



**Krajský úřad Královéhradeckého kraje  
odbor zdravotnictví**

# **KONCEPCE ZDRAVOTNICTVÍ KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE 2016 - 2020**

## Obsah

Úvodní slovo .....	3
1. Demografická situace v KHK .....	5
2. Síť zdravotnických zařízení v KHK .....	13
3. SWOT analýza zdravotnictví v KHK .....	17
4. Předpokládané potřeby zdravotní péče v KHK v letech 2020 - 2025 .....	19
5. Návrhy činností a rozvoje ve vybraných segmentech .....	21
5.1 Přednemocniční neodkladná péče .....	21
5.2 Všeobecné praktické lékařství .....	22
5.3 Ambulantní specialisté .....	28
5.3.1 Stomatologie .....	28
5.3.2 Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD) .....	29
5.4 Akutní lůžková péče .....	31
5.4.1 Vnitřní lékařství .....	31
5.4.2 Chirurgické obory .....	36
5.4.3 Pediatrie (dětské lékařství) a neonatologie .....	41
5.4.4 Gynekologie a porodnictví .....	45
5.4.5 Ortopedie .....	48
5.4.6 Neurologie .....	50
5.4.7 Rehabilitace .....	53
5.4.8 Psychiatrie .....	57
5.4.9 Radioterapie a onkologie .....	60
5.4.10 Urologie .....	64
5.4.11 ORL (Otorinolaryngologie) .....	66
5.4.12 ARO + NIP .....	69
5.4.13 Ostatní .....	73
5.5 Následná péče (včetně LDN) .....	82
5.6 Odborné léčebné ústavy a ozdravovny .....	88
5.7 Domácí zdravotní péče .....	91
5.8 Lékárenská péče .....	93
5.9 Hospicová péče .....	95
6. Lidské zdroje ve zdravotních službách .....	99
7. Programy prevence a podpory zdraví .....	104
8. Činnost a odpovědnost státní správy a samosprávy .....	108
9. Identifikované problémy a úkoly na nejbližší období .....	113

---

Závěr .....	116
Abecední seznam osob podílejících se na zpracování koncepce .....	117
Seznam tabulek .....	118
Seznam grafů .....	120
Abecední seznam zkratk.....	121

## Úvodní slovo



Vážení spoluobčané,

do rukou se Vám dostává Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2016 - 2020, zásadní dokument mapující stav zdravotnictví a jeho rozvoj v následujících letech.

Je to materiál obsáhlý. Zahrnuje množství statistických dat popisujících stav zdravotnictví Královéhradeckého kraje ve všech oborech nezávisle na druhu poskytovatele zdravotní péče.

Z podrobné demografické analýzy vyplývá, že naděje dožití u obou pohlaví patří mezi nejvyšší v České republice, což svědčí i o kvalitní a dostupné zdravotní péči zahrnující celé spektrum služeb od dobře organizované přednemocniční neodkladné péče (ZZS) až po poskytování superspecializované péče v centrech (FN HK). Na druhou stranu, kraj postihuje reálné demografické stárnutí a počet osob ve starších věkových skupinách roste rychleji než populace jako celek. To znamená výrazně vyšší nároky na celkový rozsah zdravotní péče v budoucím období.

Zpracovaná SWOT analýza identifikuje zásadní hrozby zdravotnictví v kraji. Mezi ty nejzávažnější patří v současné době nedostatek zdravotnického personálu téměř ve všech oborech poskytované péče. Týká se to nejen lékařů, ale i nelékařských zdravotnických pracovníků (především zdravotních sester). Situace je již dnes v některých oborech kritická a vzhledem k věkovému složení lékařů je do budoucna alarmující. Zdravotnický personál je to nejcennější, co zdravotnická zařízení v současné době mají. Je proto nutné společně hledat cesty, jak stávající personál v našem kraji udržet a jak vychovat odborné zdravotnické pracovníky pro budoucí období. Jedná se v současné době o dominantní vliv, který bude určovat další možný rozvoj rozsahu poskytovaných zdravotních služeb v našem kraji.

Koncepce pojmenovává problematická místa jednotlivých oblastí poskytování zdravotní péče. Je úkolem následujícího roku zpracovat návrhy způsobu eliminace slabých stránek a hrozeb zdravotnictví v kraji a kultivovat koncepci tak, aby byly odstraněny zjištěné nedostatky a zároveň byly zapracovány nově zjištěné podněty a doposud nezpracované oblasti. Je nutné rozšířit aktivity v oblasti prevence a podpory zdraví a zapojit širší veřejnost do naplňování koncepce zdravotnictví v Královéhradeckém kraji.

V průběhu roku 2016 je rovněž nutné zpracovat Koncepci rozvoje Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje na období 2016 - 2020 a Koncepci péče o duševní zdraví v Královéhradeckém kraji v návaznosti na Reformu péče o duševní zdraví v ČR.

Vážení spoluobčané,

Královéhradecký kraj se pravidelně umísťuje v anketě "Nejllepší místo pro život" na nejvyšších příčkách. Takto vysoké ohodnocení si náš kraj zaslouží z mnoha příčin. Jednou z hlavních je jistě i zajištění kvalitní a dostupné zdravotní péče pro občany našeho kraje.

Pokud chceme udržet a do budoucna zvyšovat úroveň poskytované zdravotní péče, musíme být schopni reagovat na neočekávané vnější vlivy a turbulence, kterými si zdravotnictví v posledních letech prošlo. Přestože je zdravotnictví v současné době relativně stabilizované, musíme být schopni i v nejbližším období pružně reagovat na očekávané změny v potřebách poskytování zdravotní péče v budoucnu.

---

Předložená koncepce je strategickým dokumentem, který je podkladem pro hledání cest k dalšímu rozvoji zdravotnictví našeho kraje. Poděkování patří všem, kteří se na zpracování tohoto dokumentu aktivně podíleli a projeví ochotu i nadále spolupracovat při vytyčování cílů vedoucích ke zlepšení celkového zdravotního stavu obyvatel našeho kraje.

PharmDr. Jana Třešňáková

členka Rady Královéhradeckého kraje zodpovědná za oblast zdravotnictví

## 1. Demografická situace v KHK

Demografický stav obyvatelstva je jeden z klíčových faktorů ovlivňující jak reálnou tak očekávatelnou poptávku po zdravotní péči ve sledovaném regionu. Podrobné demografické údaje o obyvatelstvu v Královéhradeckém kraji jsou uvedeny v jednotlivých částech přílohy č. 1 (Analytický podklad koncepce zdravotnictví KHK). V následující kapitole jsou popsány pouze vybrané demografické údaje, které jsou nezbytné pro základní demografickou charakteristiku KHK.

Ke konci roku 2013 žilo v Královéhradeckém kraji celkem **551 909** obyvatel. Tento počet představuje **5,2 %** počtu obyvatel České republiky a řadí KHK na desáté místo při srovnání počtu obyvatel mezi jednotlivými kraji. Hustota obyvatel (116 obyvatel/km<sup>2</sup>) je menší než vykazuje celostátní průměr (133 obyvatel/km<sup>2</sup>).

**Tabulka 1 Základní údaje krajů (k datu 31. 12. 2013)**

Území, kraj, okres	Rozloha (km <sup>2</sup> )	Počet obyvatel	Průměrný věk	Hustota obyvatelstva na 1 km <sup>2</sup>	Počet obcí
Hlavní město Praha	496	1 243 201	42,0	2 506	1
Středočeský kraj	11 016	1 302 336	40,6	118	1 145
Jihočeský kraj	10 057	636 707	41,6	63	623
Plzeňský kraj	7 561	573 469	41,9	76	501
Karlovarský kraj	3 314	300 309	41,5	91	132
Ústecký kraj	5 335	825 120	40,9	155	354
Liberecký kraj	3 163	438 609	41,1	139	215
<b>Královéhradecký kraj</b>	<b>4 759</b>	<b>551 909</b>	<b>42,0</b>	<b>116</b>	<b>448</b>
Pardubický kraj	4 519	515 985	41,5	114	451
Kraj Vysočina	6 796	510 209	41,6	75	704
Jihomoravský kraj	7 195	1 170 078	41,7	163	673
Olomoucký kraj	5 267	636 356	41,7	121	399
Zlínský kraj	3 963	586 299	42,0	148	307
Moravskoslezský kraj	5 427	1 221 832	41,5	225	300
<b>Česká republika celkem</b>	<b>78 867</b>	<b>10 512 419</b>	<b>41,5</b>	<b>133</b>	<b>6 253</b>

Zdroj: ČSÚ

Při srovnání průměrného věku v jednotlivých krajích v ČR, lze konstatovat, že Královéhradecký kraj s průměrným věkem **42 let** má spolu se Zlínským krajem a Hlavním městem Prahou nejstarší obyvatelstvo v republice.

Území kraje je rozděleno do pěti okresů (Hradec Králové, Jičín, Náchod, Rychnov nad Kněžnou a Trutnov), ve kterých je celkem 448 obcí. Největší obcí a zároveň sídlem kraje je město Hradec Králové s 92 808 obyvateli. Dalšími největšími městy v kraji jsou podle počtu obyvatel Trutnov (30 893 obyvatel), Náchod (20 408 obyvatel), Jičín (16 367 obyvatel), Dvůr Králové nad Labem (15 946 obyvatel), Vrchlabí (12 599 obyvatel), Jaroměř (12 475 obyvatel) a Rychnov nad Kněžnou (11 184 obyvatel).

Vývoj počtu obyvatel v jednotlivých okresech Královéhradeckého kraje je relativně stabilní a v období posledních 12. let nevykazuje žádné výrazné výkyvy (tabulka 2). Tento trend lze předpokládat i v nejbližší budoucnosti a výrazněji bude ovlivněn pravděpodobně pouze předpokládanou podporou budované průmyslové zóny Kvasiny, kde lze v nejbližším regionu předpokládat mírný nárůst obyvatel.

**Tabulka 2 Vývoj počtu obyvatel v jednotlivých okresech Královéhradeckého kraje**

Okres	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hradec Králové	160 228	159 885	159 880	160 107	160 412	161 349	162 377	163 011	163 378	162 820	162 689	162 651
Jičín	77 368	77 066	77 031	77 306	78 098	78 852	79 585	79 618	80 165	79 686	79 314	79 168
Náchod	112 448	112 423	112 219	112 293	112 302	112 507	112 582	112 342	112 294	112 206	111 874	111 595
Rychnov nad K.	78 397	78 409	78 400	78 640	78 753	79 042	79 198	79 238	79 152	79 086	79 169	78 933
Trutnov	119 996	119 780	119 766	120 022	120 078	120 462	120 778	120 193	119 814	120 058	119 900	119 562
<b>Královéhradecký kraj</b>	<b>548 437</b>	<b>547 563</b>	<b>547 296</b>	<b>548 368</b>	<b>549 643</b>	<b>552 212</b>	<b>554 520</b>	<b>554 402</b>	<b>554 803</b>	<b>553 856</b>	<b>552 946</b>	<b>551 909</b>

Zdroj: ČSÚ

### Věkové složení obyvatelstva

Jedním ze stěžejních demografických ukazatelů významných zejména pro zdravotní stav populace je věková struktura. S jistou mírou zjednodušení lze konstatovat, že větší počet obyvatel ve vyšším věku znamená výraznější nároky na rozsah zdravotní péče. Věková skladba obyvatelstva KHK se od celorepublikové struktury v roce 2013 lišila především vyššími podíly ve věku obyvatelstva 65+ a mírně nižším podílem osob ve skupině 0-14 (tabulka 3).

**Tabulka 3 Věková struktura obyvatel KHK a ČR 2013**

Věk	HK		ČR	
0-14	82276	14,90%	1577455	15,00%
15-64	367934	66,70%	7109420	67,60%
65+	101699	18,40%	1825544	17,40%
<b>Celkem</b>	<b>551909</b>	<b>100%</b>	<b>10512419</b>	<b>100%</b>

Při podrobnějším pohledu na vývoj v jednotlivých věkových skupinách v období 2002-2013 (tabulka 4) lze konstatovat **25 % nárůst** (z 80 tis. na 101 tis.) počtu obyvatel ve skupině 65+. Z údajů vyplývá, že i Královéhradecký kraj postihuje reálné demografické stárnutí a počet osob ve starších věkových skupinách roste výrazně rychleji než populace jako celek.

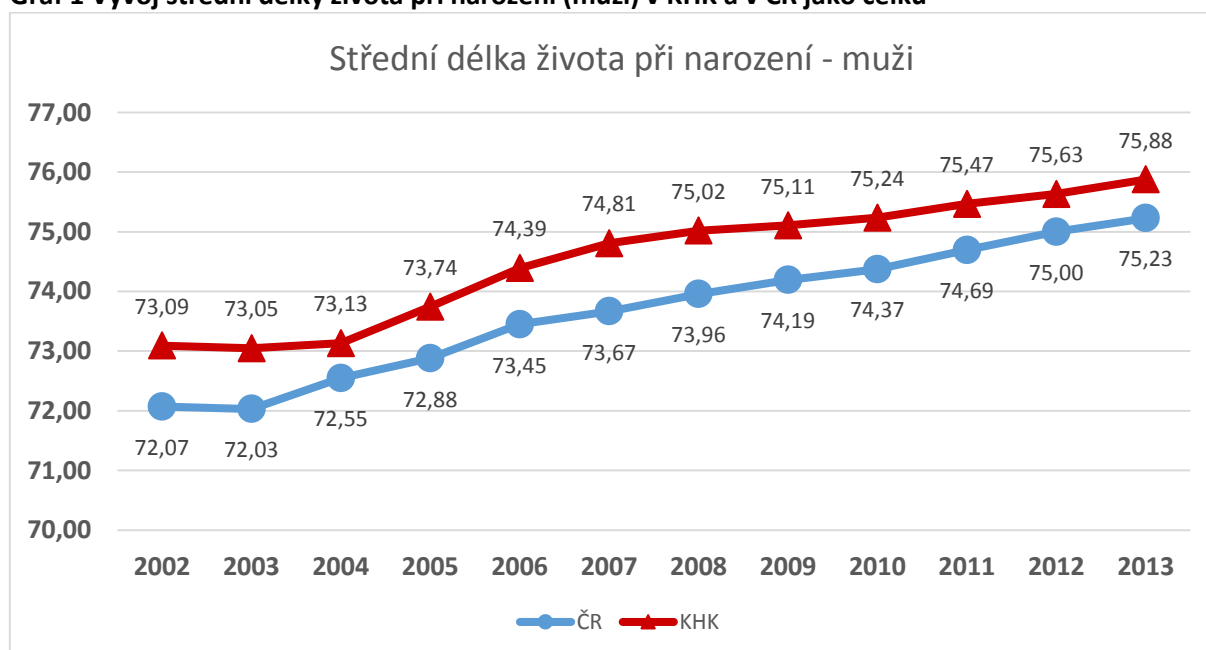
Tabulka 4 Vývoj věkové struktury obyvatel v KHK

Věk	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14	86 220	84 476	82 758	81 394	79 829	79 367	79 228	79 811	80 624	81 441	81 789	82 276
15-64	382 132	382 842	383 816	385 321	386 995	388 608	388 434	385 465	382 757	377 554	372 586	367 934
65+	80 085	80 245	80 722	81 653	82 819	84 237	86 858	89 126	91 422	94 861	98 571	101 699
<b>Celkem</b>	<b>548 437</b>	<b>547 563</b>	<b>547 296</b>	<b>548 368</b>	<b>549 643</b>	<b>552 212</b>	<b>554 520</b>	<b>554 402</b>	<b>554 803</b>	<b>553 856</b>	<b>552 946</b>	<b>551 909</b>

Zdroj: ČSÚ - Demografické ročenky krajů 2001-2013

Dalším demografickým ukazatelem, který nám potvrzuje výše uvedený trend stárnutí populace v KHK i celé ČR, je ukazatel střední délky života při narození. U mužů v KHK se hodnota tohoto ukazatele zvýšila ze 73,09 v roce 2002 na 75,88 v roce 2013 (graf 1) a u žen ze 78,8 v roce 2002 na 81,56 v roce 2013 (graf 2).

Graf 1 Vývoj střední délky života při narození (muži) v KHK a v ČR jako celku

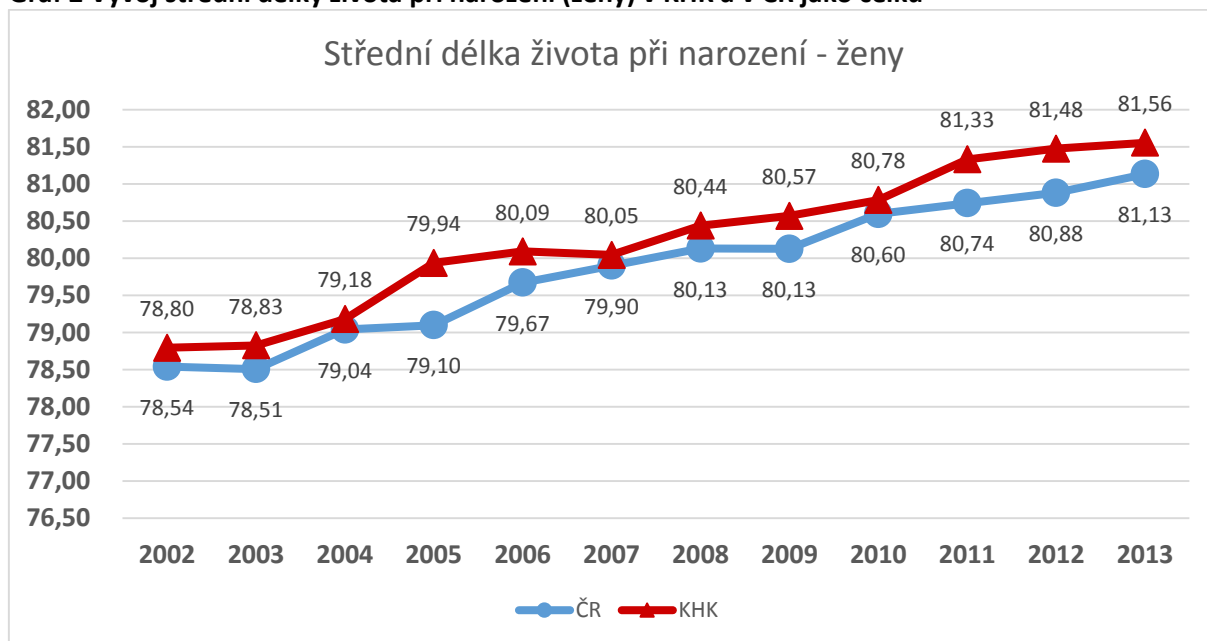


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2013, Demografické ročenky ČR 2001-2013

Mezi lety 2002-2013 vzrostla naděje dožití v ČR u obou pohlaví o 3,16 a u žen o 2,59. V KHK se hodnota střední délky života u mužů zvýšila o 2,79 let a u žen o 2,76.



Graf 2 Vývoj střední délky života při narození (ženy) v KHK a v ČR jako celku

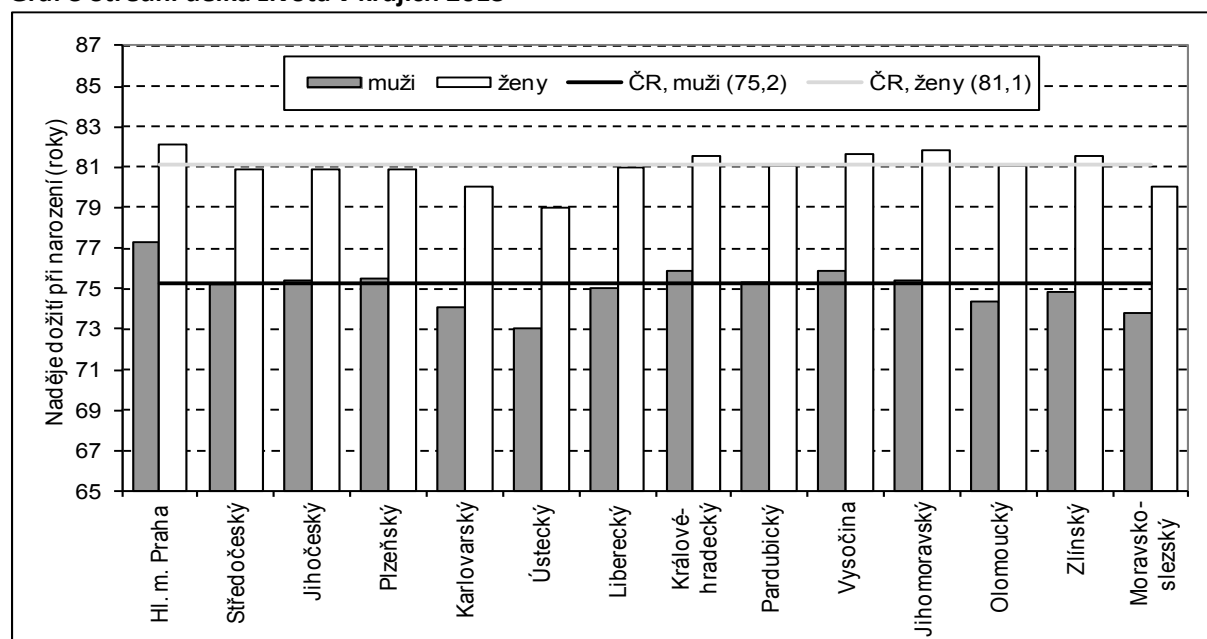


Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2013, Demografické ročenky ČR 2001-2013

Při mezikrajském srovnání střední délky života mužů (rok 2013) je KHK s hodnotou 75,88, společně s Vysočinou na druhém místě v ČR. Vyšší hodnotu mělo jen Hlavní město Praha (77,3). Variabilita regionů v ČR v současné době poměrně nízká, kdy mezi krajem s nejvyšší a nejnižší hodnotou střední délky života je aktuálně u žen diference 2,6 roku a u mužů 4,2 roku.

Pokud budeme vycházet z komentářů nejvyšší hodnoty tohoto ukazatele v Praze, který je nejčastěji zdůvodňován rozvinutou sítí zařízení poskytujících zdravotní péči a rychle dostupnou kvalitní zdravotnickou službu včetně PNP, můžeme z vysoké hodnoty dožití v KHK odvodit obdobné závěry o kvalitě a dostupnosti zdravotní péče v regionu.

Graf 3 Střední délka života v krajích 2013

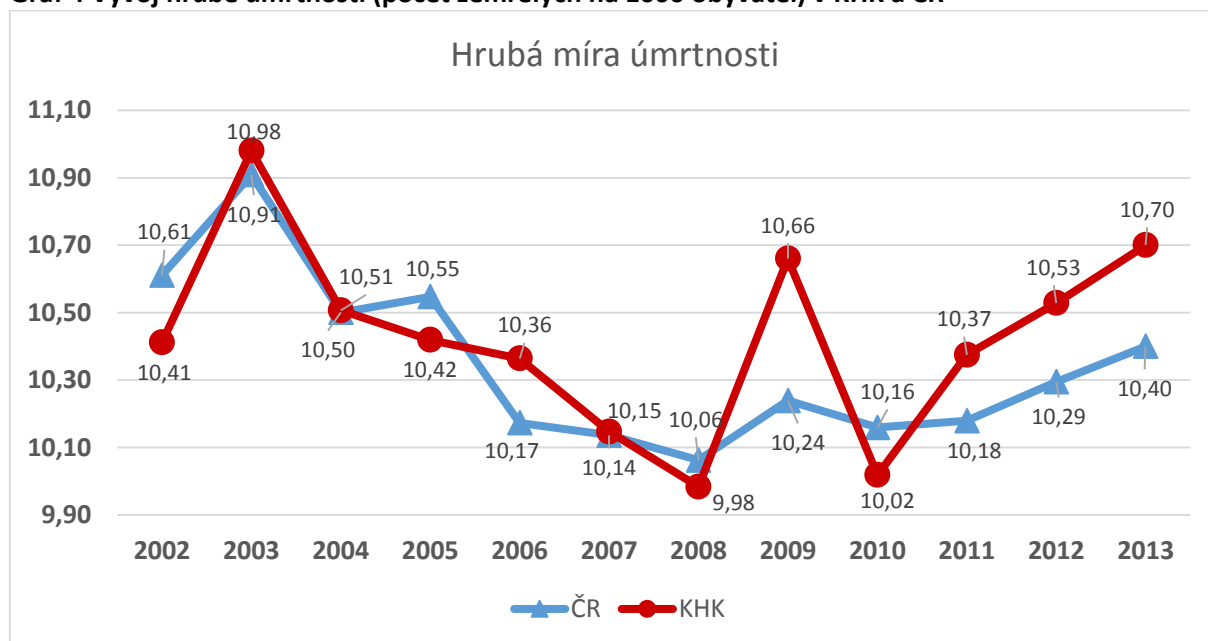


Zdroj: ČSÚ - Populační vývoj v krajích

## Úmrtnost

Hrubá míra úmrtnosti je v KHK ve sledovaném období relativně proměnlivá. Střídá se i s průměrem celé České republiky. Nejvyšší míru hrubé úmrtnosti zaznamenal KHK v roce 2003 v hodnotě 10,98, po které se popisovaná hodnota postupně snižovala pod republikový průměr až na 9,98 v roce 2008. V roce 2009 se krátkodobě zvýšila na hodnotu 10,66. V následujícím roce se snížila opět pod republikový průměr a následně se až do roku 2013 postupně zvyšovala až na hodnotu 10,7.

**Graf 4 Vývoj hrubé úmrtnosti (počet zemřelých na 1000 obyvatel) v KHK a ČR**



Zdroj: ČSÚ – Demografické ročenky krajů 2001-2013, Demografické ročenky ČR 2001-2013

## ÚMRTNOST PODLE PŘÍČIN

Z hlediska čtyř nejčastěji uváděných příčin smrti (novotvary, nemoci oběhové soustavy, nemoci dýchací soustavy a vnější příčiny) byly v roce 2013 hodnoty standardizované míry úmrtnosti Královéhradeckého kraje mírně pod průměrem celé České republiky (mimo nemoci dýchací soustavy u mužů). Nejčastější příčinou smrti v ČR i v Královéhradeckém kraji jsou dlouhodobě **nemoci oběhové soustavy**.

**Tabulka 5 Standardizované míry úmrtnosti na nejčtenější třídy příčin smrti v krajích (na 100 000 obyvatel), 2013**

Kraj	Muži					Ženy				
	novotvary	nemoci oběhové soustavy	nemoci dýchací soustavy	vnější příčiny	celkem	novotvary	nemoci oběhové soustavy	nemoci dýchací soustavy	vnější příčiny	celkem
Hl. m. Praha	358,1	672,0	100,1	68,8	1 423,6	231,7	487,6	54,1	28,8	967,3
Středočeský	432,0	805,7	116,4	96,3	1 710,2	227,8	604,2	56	35,2	1 113,2
Jihočeský	388,2	720,9	137,3	99,5	1 573,2	250,1	550,8	72,7	31,7	1 093,6
Plzeňský	384,4	806,9	111,6	85,2	1 644,8	223,1	578,3	62,5	40,0	1 122,1
Karlovarský	440,0	830,3	114,1	93,1	1 760,2	257,1	599,7	65,2	39,5	1 185,0
Ústecký	446,6	930,6	134,8	89,5	1 886,2	263,8	695,3	64,5	36,2	1 272,2
Liberecký	401,6	804,9	124,1	88,8	1 650,6	238,4	584,8	59,6	32,6	1 068,4
Královéhradecký	381,0	792,9	133,5	71,7	1 594,7	221,0	588,5	64,2	32,1	1 069,2
Pardubický	387,2	757,2	126,1	106,1	1 619,6	217,3	557,0	69,9	41,7	1 084,4
Vysočina	368,1	818,1	124,3	76,9	1 626,3	201,7	562,3	50,9	28,4	1 018,7
Jihomoravský	369,1	725,1	99,6	94,3	1 528,5	208,9	532,6	39,6	36,0	970,0
Olomoucký	407,5	846,5	127,9	101,1	1 724,6	210,9	585,6	62,1	33,1	1 052,6
Zlínský	358,8	927,5	113,3	116,5	1 730,7	196,6	610,5	51,3	28,1	1 052,8
Moravskoslezský	403,0	875,6	145,3	90,7	1 777,1	236,0	620,4	70,9	37,6	1 132,9
<b>ČR</b>	<b>394,2</b>	<b>798,3</b>	<b>120,3</b>	<b>90,4</b>	<b>1 647,3</b>	<b>227,0</b>	<b>577,7</b>	<b>58,9</b>	<b>34,1</b>	<b>1 074,9</b>

Zdroj: ČSÚ – Populační vývoj v krajích 2013

### Očekávaný demografický vývoj

Pro predikci dalšího demografického vývoje v následujícím období je využitelná studie „*Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065*“ zpracovaná a publikovaná ČSÚ v roce 2010. Prezentovaná projekce v krajích vypovídá o hypotetickém vývoji počtu obyvatel a věkovém složení daného kraje/oblasti, který by byl výsledkem pouze očekávaného vývoje přirozené měny závislé na vývoji porodnosti a úmrtnosti.

Vývoj plodnosti v posledních dvou desetiletích měl ve všech územních celcích shodný trend. Úroveň plodnosti v 90. letech 20. století prudce klesla, ve všech krajích minimálně o třetinu. Nejnížší úroveň plodnosti pak zaznamenaly všechny kraje na přelomu 20. a 21. století. V novém století, resp. mezi roky 2001 a 2008, došlo k mírnému nárůstu ukazatele úhrnné plodnosti ve všech krajích ČR.

Podle projekce dojde k růstu plodnosti ve všech územních celcích. Intenzita růstu plodnosti se bude v jednotlivých krajích mírně lišit – menší nárůst je očekáván v Ústeckém, Karlovarském a Středočeském kraji, naopak nejvyšší v kraji Pardubickém, Jihomoravském, na Vysočině a také Královéhradeckém kraji.

Společně s růstem plodnosti se bude ve všech krajích zvyšovat průměrný věk matek při porodu. Do roku 2050 je očekáván jeho nárůst na 30,4 – 32,8 let.

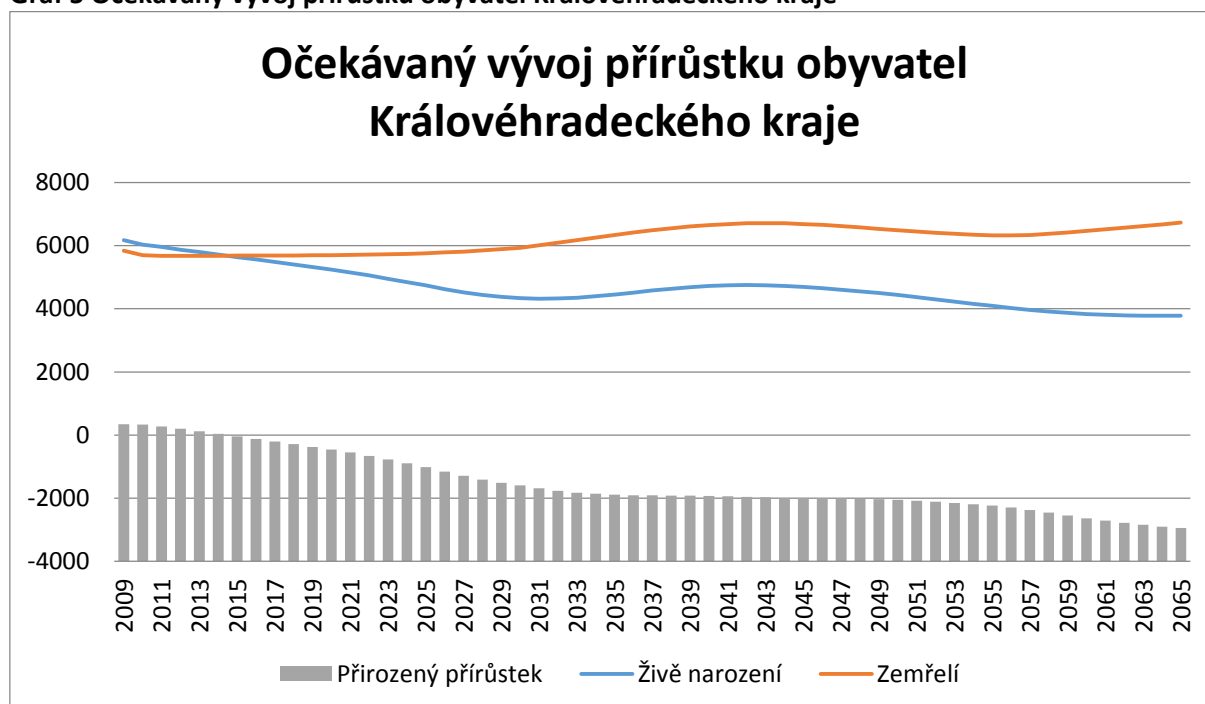
Tabulka 6 Úhrnná plodnost v krajích ČR

	1991		1999		2001		2008		2009		2025		2050		2065	
	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí	ÚP	pořadí
Hlavní město Praha	1,68	14	1,04	14	1,10	14	1,37	14	1,39	14	1,47	14	1,61	14	1,61	14
Středočeský kraj	1,82	12	1,13	9	1,16	5	1,6	2	1,60	1	1,65	7	1,72	7	1,72	7
Jihočeský kraj	1,89	9	1,16	5	1,13	8	1,50	6	1,50	5	1,62	9	1,68	9	1,68	9
Plzeňský kraj	1,80	13	1,10	12	1,13	11	1,50	7	1,49	6	1,62	8	1,68	8	1,68	8
Karlovarský kraj	1,87	10	1,15	7	1,22	2	1,53	4	1,47	10	1,60	11	1,66	12	1,66	12
Ústecký kraj	1,85	11	1,18	3	1,22	1	1,61	1	1,57	2	1,68	3	1,72	6	1,72	6
Liberecký kraj	1,90	6	1,17	4	1,18	3	1,56	3	1,57	3	1,68	1	1,75	1	1,75	1
<b>Královéhradecký kraj</b>	<b>1,91</b>	<b>3</b>	<b>1,18</b>	<b>2</b>	<b>1,18</b>	<b>4</b>	<b>1,53</b>	<b>5</b>	<b>1,53</b>	<b>4</b>	<b>1,67</b>	<b>5</b>	<b>1,74</b>	<b>3</b>	<b>1,74</b>	<b>3</b>
Pardubický kraj	1,91	2	1,21	1	1,13	9	1,49	8	1,48	12	1,68	4	1,74	4	1,74	4
Vysočina	1,92	1	1,15	6	1,14	7	1,48	10	1,45	9	1,68	2	1,74	5	1,74	5
Jihomoravský kraj	1,89	8	1,10	13	1,11	13	1,49	9	1,48	7	1,67	6	1,74	2	1,74	2
Olomoucký kraj	1,91	4	1,12	11	1,13	10	1,46	12	1,48	8	1,60	12	1,67	10	1,67	10
Zlínský kraj	1,90	5	1,12	10	1,11	12	1,40	13	1,39	13	1,56	13	1,63	13	1,63	13
Moravskoslezský kraj	1,90	7	1,14	8	1,16	6	1,46	11	1,45	11	1,61	10	1,66	11	1,66	11

Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Počet obyvatel všech krajů by se za předpokladu nulové vnitřní i zahraniční migrace v horizontu projekce snížil, a to o 13 – 23%. V KHK bude docházet k prohlubování záporného přirozeného přírůstku obyvatel, který bude mít negativní vliv na vývoj indexu stáří (počet osob ve věku 65 a více let na 100 dětí do 15 let).

Graf 5 Očekávaný vývoj přírůstku obyvatel Královéhradeckého kraje



Zdroj: ČSÚ – Projekce obyvatelstva v krajích a oblastech ČR do roku 2065

Ve všech krajích ČR je v uplynulých letech patrný trend stárnutí obyvatelstva: index stáří v celorepublikovém průměru překročil poprvé hranici 100 v roce 2006, avšak v Hlavním městě Praze tomu tak bylo již v roce 1995. Naopak na prahu projekce (1. 1. 2009) ještě ve čtyřech krajích (Středočeský, Karlovarský, Ústecký a Liberecký) počet seniorů nepřevyšoval počet dětí mladších 15 let. Na základě vývoje populace (pouze) přirozeným pohybem se bude index stáří ve všech krajích prudce zvyšovat. Od roku 2015 je očekávána ve všech regionech početní převaha seniorů na dětemi, a ta bude stále markantnější, přičemž ve 30. letech 21. století již bude dosahovat hodnoty 200 seniorů na 100 dětí. V horizontu projekce by se index stáří mohl pohybovat v rozmezí 245 – 354 seniorů na 100 dětí.

### Dílčí závěry demografie v KHK

Na základě stávající demografické situace i projekce obyvatelstva Královéhradeckého kraje do roku 2065 podle ČSÚ, lze konstatovat následující závěry:

- Přírůstek obyvatel je v KHK trvale pod průměrem ČR.
- Největší přírůstek obyvatel od roku 2002-2013, byl zaznamenán v roce 2007 a to v hodnotě 2569 osob. Hlavním důvodem tohoto přírůstku bylo saldo migrace.
- Proces stárnutí obyvatelstva zasahuje Královéhradecký kraj velice negativně a je nad průměrem republikového srovnání. Podíl osob starších 65 let je nad 18%.
- O stárnutí obyvatelstva v Královéhradeckém kraji svědčí i vývoj průměrného věku obyvatel. Ten trvale roste a ve sledovaném období 2002-2013 vzrostl v Královéhradeckém kraji o 2,4 roku. Ve srovnání s ČR, které vzrostlo o 2,2 roku, je trvale nad průměrem České republiky.
- Lze očekávat setrvalý počet obyvatel zhruba do roku 2020 a následně mírný pokles až do roku 2065 (za předpokladu nulové migrace), kde může počet obyvatel klesnout až o 15%.
- Stárnutí obyvatelstva:
  - do roku 2035 se zvýší průměrný věk o 7 let
  - do roku 2066 se pak zvýší na hodnotu 50,4 let
  - podíl dětí do 15 let se sníží ze současné hodnoty 14,3% na 12,7%
  - podíl osob nad 65 let naopak může dramaticky narůst z 15,7% až na neuvěřitelných 34,7%, což představuje nárůst o 220%. Tento nárůst je hlavně na úkor ekonomicky aktivního obyvatelstva.
- Předpokládaná změna struktury onemocnění od akutních k chronickým.
- Další nárůst počtu závažných chronických onemocnění:
  - nádorová onemocnění
  - onemocnění oběhové soustavy
  - muskuloskeletální poruchy
  - metabolické poruchy (diabetes, obezita)
  - chronická obstruktivní onemocnění plic
  - poruchy zraku
  - poruchy sluchu
  - onemocnění ledvin
- Nárůst počtu onemocnění nervového systému (demence).

Hlavním závěrem kapitoly demografická situace v KHK je neodvratný proces stárnutí obyvatelstva. Tento proces je možný zmírnit jen kladným saldem migrace. Z pohledu poskytování zdravotní péče je nezbytné se na tento trend připravit zejména v oblasti tvorby přípravy restrukturalizace sítě poskytovatelů zdravotní péče včetně dostatečného personálního zabezpečení.

## 2. Síť zdravotnických zařízení v KHK

Problematice sítě poskytovatelů zdravotní péče v regionu KHK včetně dostupnosti a vybavenosti v jednotlivých segmentech zdravotnictví jsou věnovány samostatné části v příloze č. 1 Koncepte zdravotnictví v KHK. V následující kapitole je pouze základní přehled poskytovatelů zdravotní péče na území KHK a stručné hodnocení naplnění stávajících legislativních požadavků na místní a časovou dostupnost zdravotních služeb.

Dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění je definována Nařízením vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb č. 307/2012 Sb. Ve smyslu tohoto předpisu je rozlišována místní a časová dostupnost zdravotních služeb, kdy místní dostupnost je vnímána dojezdovou vzdáleností obyvatel k nejbližšímu smluvnímu poskytovateli definovaných zdravotních služeb (přepočtenou na čas dojezdu). Lze konstatovat, že v současné době je místní dostupnost zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění v KHK plně v souladu se stávající legislativou.

Časová dostupnost je z pohledu vyhlášky vnímána jako možnost absolvovat plánované zdravotnické zákroky do definovaného časového období („waiting list“). Tato časová dostupnost je u oblastních nemocnic i u FN HK v souladu s legislativou až na drobné výjimky. Maximální hodnoty jsou přesahovány pouze u endoskopických vyšetření – kolonoskopie, a to u všech zařízení ZH KHK mimo MN Dvůr Králové nad Labem. Mírně jsou přesahovány maximální hodnoty časové dostupnosti výkonů u náhrady kolenního kloubu a náhrady kyčelního kloubu v ON Náchod a pouze pro pojištěnce VZP. V ON Trutnov je maximální hodnota překročena také u výkonů magnetické resonance.

Síť poskytovatelů zdravotní péče je v současné době v KHK tvořena z pohledu časového (přednemocniční, akutní nemocniční, následná) i z pohledu spektra a rozsahu zdravotní péče (základní, specializovaná, superspecializovaná) dostatečným spektrem poskytovatelů všech typů požadované péče.

Souhrnné údaje o síti poskytovatelů zdravotní péče v Královéhradeckém kraji jsou uvedeny v tabulce 12.

**Tabulka 7 Síť zdravotnických zařízení v Královéhradeckém kraji v roce 2013**

Druh zařízení	Počet zařízení	Přepočtený počet lékařů	Přepočtený počet ZPBD	Lůžka
Fakultní nemocnice (včetně ambulantní části)	1	653,57	1 861,85	1 312
Nemocnice (včetně ambulantní části)	8	487,91	1 568,42	1 974
<b>Nemocnice celkem</b>	<b>9</b>	<b>1 141,48</b>	<b>3 430,27</b>	<b>3 286</b>
Léčebny pro dlouhodobě nemocné	5	17,89	123,37	443
Psychiatrické léčebny - dospělí	1	1,50	17,50	56
Rehabilitační ústavy - dospělí	1	9,00	56,50	159
Ostatní odborné léčebné ústavy - dospělí	1	1,30	13,75	28
Ostatní dětské odborné léčebné ústavy	1	1,50	9,00	30

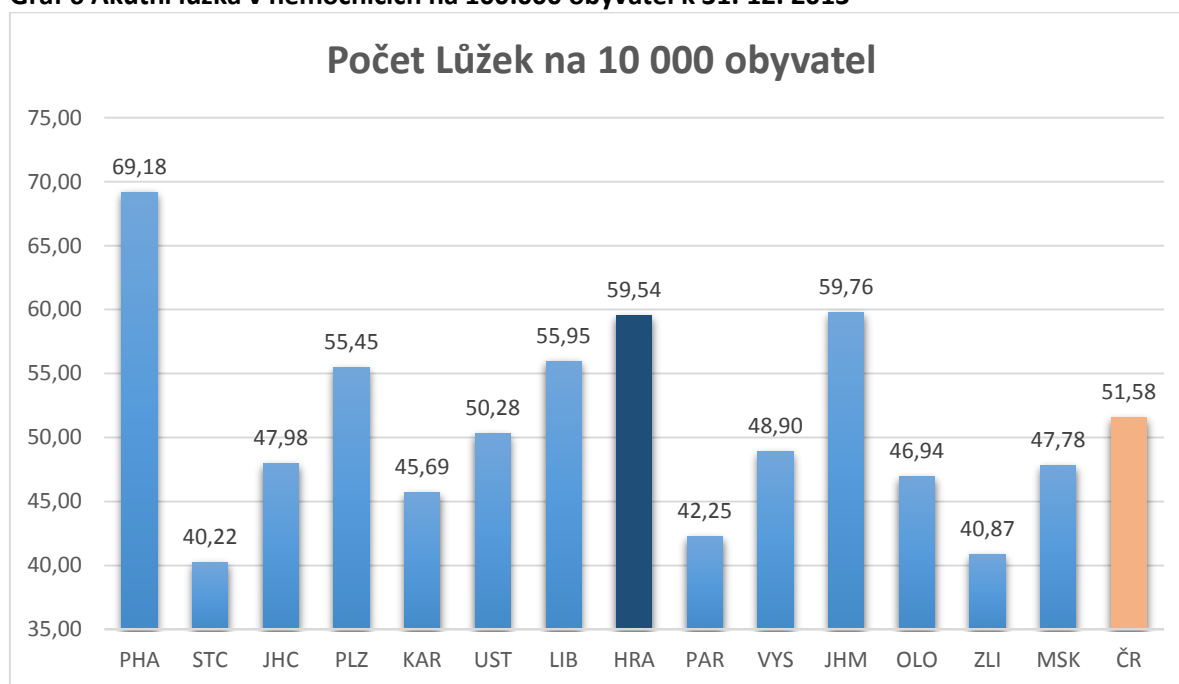
Ozdravovny a sanatoria (celodenní)	4	1,11	20,00	285
Hospic	1	2,30	14,90	30
<b>Odborné léčebné ústavy celkem</b>	<b>14</b>	<b>34,60</b>	<b>255,02</b>	<b>1 031</b>
Lázeňské léčebny - dospělí	2	15,77	69,24	1 111
<b>Lázně celkem</b>	<b>2</b>	<b>15,77</b>	<b>69,24</b>	<b>1 111</b>
Sdružená ambulantní zařízení	6	42,55	55,55	
Zdravotnická střediska	9	35,67	57,20	
Samost. ordinace prakt. lékaře pro dospělé	240	248,77	243,02	
Samost. ordinace prakt. lék. pro děti a dorost	113	115,32	107,70	
Samost. ordinace prakt. lékaře stomatologa	302	349,67	297,97	
Samost. ordinace prakt. lékaře gynekologa	59	65,28	71,65	
Samost. ordinace odborného lék. specialisty	401	399,66	432,93	
Ostatní ambulantní zařízení	229	17,93	403,83	
<b>Samostatná ambulantní zařízení celkem</b>	<b>1 359</b>	<b>1 274,85</b>	<b>1 669,85</b>	
Kojenecké ústavy a dětské domovy	1	0,60	18,00	
Dětské stacionáře a centra	1	0,70	5,60	
Jesle a další dětská zařízení	2		12,00	
Stacionáře pro dospělé	1			
Dopravní a záchranná zdravotnická služba	17	47,97	232,42	
Ostatní	1	4,00	4,00	
<b>Zvláštní zdravotnická zařízení celkem</b>	<b>23</b>	<b>53,27</b>	<b>272,02</b>	
Lékárny	152	0,00	206,45	
Výdejny	4	0,02	3,01	
Ostatní	21		25,34	
<b>Zařízení lékárenské péče celkem</b>	<b>177</b>	<b>0,02</b>	<b>234,80</b>	
Orgány ochrany veřejného zdraví	1			
Ostatní zdravotnická zařízení	3	0,45		
<b>Celkem - absolutně</b>	<b>1 588</b>	<b>2 520,44</b>	<b>5 931,20</b>	<b>5 428</b>
<b>Celkem - na 10 000 obyvatel</b>		<b>45,67</b>	<b>107,47</b>	<b>98,35</b>

Zdroj: ÚZIS - Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013

Mezi základní kapacitní údaje o síti poskytovatelů lůžkové zdravotní péče patří poměrové údaje o počtu lůžek na definovaný počet obyvatel, procentuální vytíženost lůžek a průměrná ošetrovací doba na lůžku.

Při porovnání poměrového ukazatele počtu lůžek na 10 000 obyvatel v KHK s ostatními kraji v ČR lze z třetí nejvyšší hodnoty (po Praze a JMK) usuzovat na možné rezervy ve stávajícím počtu lůžkového fondu. Při posuzování a vyhodnocování je však nutné brát zřetel i na skutečnost, že FN HK s rozsahem poskytované péče patří mezi nadregionální pracoviště a výrazná část jejích kapacit je využívána i pacienty mimo KHK zejména z Pardubického kraje, který má naopak třetí nejmenší kapacity lůžkového fondu.

**Graf 6 Akutní lůžka v nemocnicích na 100.000 obyvatel k 31. 12. 2013**

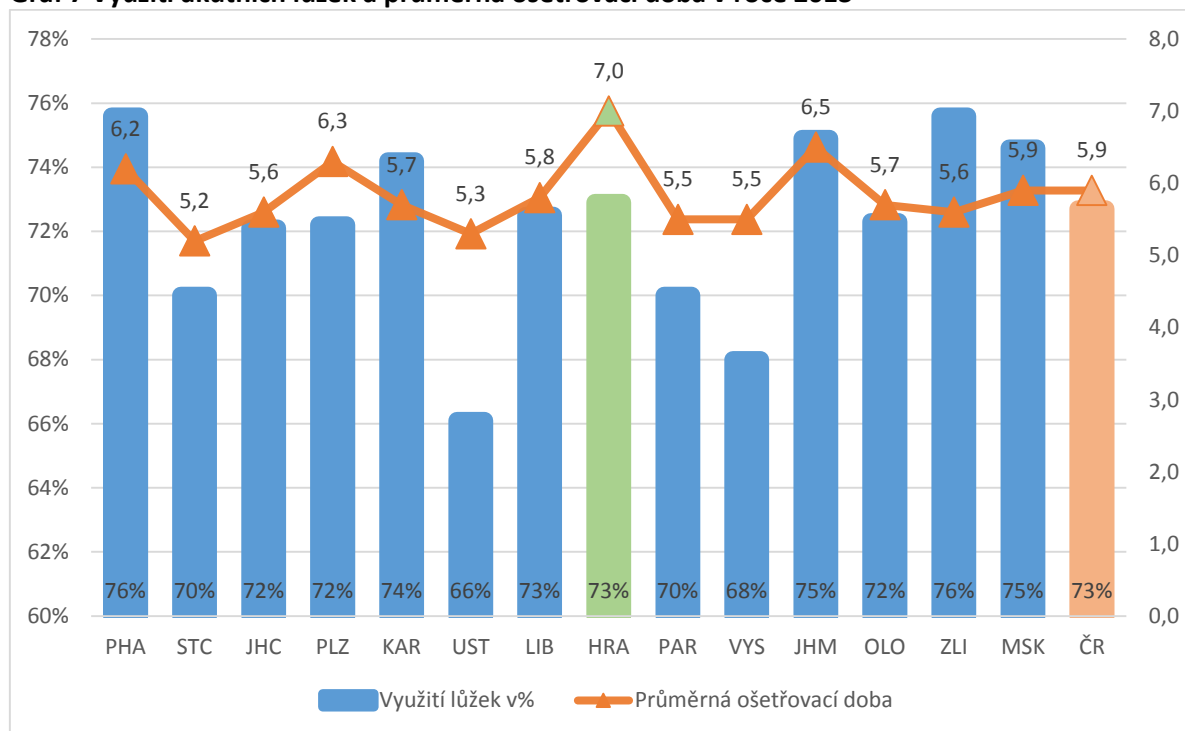


Zdroj: ÚZIS - Lůžková péče 2013

V souladu s konstatováním mírných rezerv v lůžkovém fondu je i skutečnost, že průměrného využití akutních lůžek ve výši 73 % v KHK (shoda s průměrem ČR) je dosaženo za cenu nejdelší průměrné ošetrovací doby v republice.



Graf 7 Využití akutních lůžek a průměrná ošetrovací doba v roce 2013



Zdroj: ÚZIS - Lůžková péče 2013

#### Dílčí závěr

Z výše popsaných údajů i z podkladů uvedených v příloze č. 1 vyplývá stávající dostatečná kapacita sítě poskytovatelů zdravotní péče na území KHK, kdy z mezikrajského a z celorepublikového srovnání lze usuzovat na možné mírné rezervy v kapacitách akutní lůžkové péče a nedostatečnost ve vybraných typech následné péče (NIP, DIOP).

### 3. SWOT analýza zdravotnictví v KHK

Předložená SWOT analýza zdravotnictví v KHK byla zpracována na základě podkladů vycházejících z analytického materiálu ke zdravotnické koncepci KHK 2016 – 2020 (příloha č. 1), oborových materiálů ke zdravotnické koncepci KHK 2016 – 2020 (kapitola č. 5) a z platné „Strategie rozvoje KHK 2014 -2020“. Je výsledkem akceptovatelné shody zástupců jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče v KHK a zástupců krajské správy, vzdělávacích institucí ve zdravotnictví a zdravotních pojišťoven přítomných na společném jednání dne 15. 10. 2015 na KÚ Královéhradeckého kraje.

#### Silné stránky

1. Dobrá dostupnost základních zdravotnických služeb v kraji
2. Relativně vysoký počet lékařů v samostatných ordinacích, převážně specialistů, ve srovnání s republikovým průměrem
3. Působnost FN HK jako nadregionálního superspecializovaného pracoviště a vazba na LF a FaF UK
4. Vzájemná spolupráce a provázanost oblastních nemocnic ZH KHK včetně centrálního řízení
5. Vzdělávací kapacity pro odborný zdravotnický personál v kraji (SZŠ, VOŠZ, LF a FaF UK)
6. Systém centralizace pohotovostních služeb v nemocnicích
7. Dostupná domácí péče

#### Slabé stránky

1. Reálný nedostatek odborného zdravotnického personálu
2. Nevyvážený poměr mezi počtem akutních lůžek a lůžek následné péče a nedostatek zdravotně-sociálních lůžek
3. Nedostatečné mzdové ohodnocení NLZP v nemocnicích i primární péči
4. Nedostatečná kapacita pobytových sociálních služeb pro specifické cílové skupiny (osoby s duševním onemocněním, osoby s PAS atd.)
5. Nízký zájem absolventů SZŠ o práci v oboru
6. Nedostatečná kompatibilita informačního systému ve zdravotnictví
7. Historicky nižší finanční ohodnocení akutní péče než je republikový průměr
8. Zastaralý stavebně-technický stav některých pobytových zařízení zdravotních služeb
9. Nevyvážená dostupnost odborných lékařů v některých částech regionu
10. Nevyvážená regionální dostupnost dopravní zdravotní služby mimo základní pracovní dobu
11. Absence jasných racionálních pravidel úhrad zdravotně-sociálních služeb
12. Věková struktura odborného zdravotnického personálu včetně NLZP (u některých specializací)

#### Příležitosti

1. Zlepšování zdravotního stavu a kvality života populace
2. Využití nových trendů v poskytování péče a technologického vybavení poskytovatelů
3. Další rozvoj integrovaného záchranného systému včetně jeho jednotlivých složek a společné infrastruktury
4. Vytvoření podmínek pro prohlubování a zvyšování odbornosti pracovníků ve zdravotnictví
5. Rozvoj a aplikace výzkumu a vývoje ve zdravotnictví
6. Podpora vzdělávací soustavy v souladu se současnými i budoucími požadavky trhu práce
7. Modernizace a zvyšování kvality vnitřního vybavení u všech poskytovatelů zdravotní péče
8. Zvyšování kvality služeb a komfortu klientů poskytovatelů zdravotních služeb a zavádění standardů kvality poskytovaných služeb ve zdravotnictví

9. Optimalizace územní dostupnosti a kvality specializovaných zdravotních služeb
10. Rozvoj a vyšší míra kompatibility a propojení informačních systémů
11. Zlepšení návaznosti PNP na akutní nemocniční péči včetně zřizování centrálních (urgentních) příjmů
12. Zlepšení koordinace a kvality zdravotní péče v jednotlivých oborech prostřednictvím činnosti „krajských oborových koordinátorů“

### **Hrozby**

1. Nedostatek zdravotnického personálu v celém spektru poskytované péče, včetně superspecializované
2. Neudržitelnost rozsahu a kvality veřejných služeb v důsledku nedostatku finančních prostředků a vzájemné provázanosti
3. Absence vyváženého systému úhrad zdravotní péče
4. Nekoncepční legislativní změny a nepřiměřené požadavky (zákony, vyhlášky, nařízení, směrnice, ...) v systému zdravotnických služeb
5. Zhoršující se věková struktura obyvatelstva, stárnutí populace
6. Nadužívání zdravotní péče
7. Zdražování zdravotních služeb s dopadem na sociálně slabší skupiny obyvatel
8. Dopady nezdravého životního stylu a pokračující trend stárnutí na kvalitu života obyvatel
9. Prohloubení socioekonomických disparit uvnitř kraje a zhoršování dostupnosti zdravotních služeb
10. Obtížná personální udržitelnost LPS

Výsledná podoba SWOT analýzy je pouze prvotním analytickým výstupem, který by se měl v průběhu krátkého období transformovat do stanovení konkrétních cílů a následně i opatření k implementaci, které by v rámci KHK reálně uplatnily nalezené příležitosti, využily a rozšiřovaly silné stránky a naopak eliminovaly definované hrozby a odstraňovaly nalezené stávající slabé stránky nebo alespoň minimalizovaly jejich dopady.

Každý výše uvedený bod v jednotlivých částech by měl vyvolat stanovení měřitelného cíle a následně i opatření, které by adekvátně reagovalo na danou oblast se záměrem postupné kultivace systému zdravotní péče v KHK s maximálně pozitivním dopadem na občany regionu.

## 4. Předpokládané potřeby zdravotní péče v KHK v letech 2020 - 2025

V rámci strategické analýzy byla zpracována analýza předpokládaných potřeb ve vybraných segmentech zdravotní péče v Královéhradeckém kraji v letech 2020 – 2025. Jedná se o technickou analýzu, která vychází z extrapolací předcházející situace. Zdravotnictví sice vykazuje určitou technickou trendovost, ale zároveň prochází nesystémovými změnami, které ovlivňují přirozený trend. Dále je zdravotnictví ovlivněno rozvojem technologie, farmakologie a modernizací léčebných postupů, které také nevykazují lineární trendy. Pro další zhodnocení trendů je nezbytné korigovat technickou analýzu na základě fundamentální analýzy, tj. s využitím medicínského pohledu na jednotlivé obory.

V technické analýze budoucího vývoje byly pomocí lineární závislosti uvedeny i sledované hodnoty jednotlivých parametrů pro rok 2020 a 2025. Vzhledem ke značnému zjednodušení při výpočtech sledovaných hodnot a odhlédnutí od mnoha relevantních vlivů a dalších okolností uvedené budoucí hodnoty jen naznačují možnou situaci v jednotlivých segmentech zdravotní péče ve sledovaném období.

V analýze předpokládaných potřeb byla pro specifikaci současného stavu v kraji popsána aktuální dostupnost služeb na základě následujících charakteristik:

- demografický vývoj,
- zdravotní stav populace,
- počty pacientů, hospitalizovaných, počet ošetření,
- vytíženost lůžek v jednotlivých oborech.

Pro zjištění existující nabídky zdravotnických služeb byly specifikovány parametry:

- vývoj počtu lékařů a lůžek v preventivní péči,
- vývoj počtu lékařů a lůžek v ambulantní péči,
- vývoj počtu lékařů a lůžek na oddělení v nemocnicích,
- průměrná ošetrovací doba,
- demografická struktura lékařů a dosažená specializace.

### Metodika zpracování dat

Mezi základní použité metody pro zpracování dat ve studii patřila tvorba časových řad z veřejně dostupných zdrojů, jako jsou UZIS či ČSÚ. Na základě existence časových řad pak byla pomocí metod lineární predikce stanovována hodnota pro další období. V případě výkyvů v časových řadách byla pomocí jednoduchých klouzavých průměrů, lineárního trendu a exponenciálních klouzavých průměrů stanovováno místo změny trendu v časové řadě a predikce byla provedena následně od tohoto bodu. Výsledkem je stanovení předpokládaného trendu na základě vývoje minulého.

Analýza byla zaměřena na 12 vybraných oborů akutní lůžkové péče, které byly vybrány podle největšího rozsahu lůžkového fondu v nemocnicích v KHK. Tyto obory byly doplněny o lůžka následné lůžkové péče. Celkem tak bylo posuzováno 13 následujících oborů: vnitřní lékařství, chirurgie, pediatrie, gynekologie, ortopedie, neurologie, rehabilitace, psychiatrie, radioterapie a onkologie, urologie, ORL, ARO a lůžka následná péče.

Výsledkem zpracované analýzy je trend změny rozsahu lůžkové péče. Při akceptaci trendů ve výše uvedených oborech by tak došlo v KHK v následujících 12 letech k restrukturalizaci lůžkového fondu a k celkovému poklesu lůžek.

---

### Dílčí závěr

Podle stanovených predikcí lze ve sledovaných oborech akutní lůžkové péče v KHK předpokládat změny v počtu ošetrovacích dnů, vytížení i rozsahu potřeb lůžkového fondu. Ke všem výše uvedeným údajům je nezbytné přistupovat jako k technické analýze bez fundamentálního zhodnocení medicínského vývoje, a proto doporučujeme pokračovat v analýze potřeb **zdravotní péče** fundamentální analýzou ve zvolených oborech a teprve potom začít plánovat opatření a implementaci kroků směřujících k restrukturalizaci stávajícího lůžkového fondu a jeho racionálnímu rozmístění v regionu.

## 5. Návrhy činností a rozvoje ve vybraných segmentech

### 5.1 Přednemocniční neodkladná péče

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Pokračování rostoucího zatížení ZZS KHK jak v segmentu „zdravotnická záchranná služba“, tak v „převozu pacientů neodkladné péče“. Důvodem je a bude stárnutí populace se zvýšenými nároky na zdravotní služby a rostoucí počet výjezdů (převozů) v rámci centrové péče (pokračující specializace zdravotnických zařízení).

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Při zachování sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí ve stávající podobě jsou kapacity ZZS KHK dostatečné (dostatečný počet posádek RV, RLP i RZP), pouze by bylo vhodné posílení v Hradci Králové (rozšíření čtvrté RZP v Hradci Králové na nepřetržitý provoz).

#### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Geografická dostupnost: na hranici časové dostupnosti 20 minut je obec Pec pod Sněžkou a Malá Úpa, bude řešeno dostavbou výjezdové základny v Temném Dole. Za hranici časové dostupnosti jsou obce Orlické Záhoří a Bartošovice v Orlických horách – bylo by možné řešit pouze za zcela nepřiměřených nákladů. Racionální je nechat stávající rozložení sil a prostředků v okrese Rychnov nad Kněžnou. Pokud řešit, tak jako politické rozhodnutí zřizovatele.

#### 4. Rozsah poskytované péče

Nepředpokládají se změny v druzích poskytované péče v rámci ZZS KHK. Nadále ZZS KHK bude zajišťovat 3 typy zdravotních služeb, a to dominantně „zdravotnickou záchrannou službu“, „převoz pacientů neodkladné péče“ a velmi okrajově s předpokladem útlumu také „dopravní zdravotní službu“.

#### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Kritická situace je na pozicích lékařů. Již nyní není ZZS KHK schopna bez balancování na hraně zákoníku práce zajistit pokrytí stávajících lékařských posádek personálem. Zhruba polovinu pracovní doby lékařů je nutno pokrývat mimo vlastní zdroje ZZS KHK (externisty). Zájemců z řad lékařů o práci v hlavním pracovním poměru na zdravotnické záchranné službě je málo a nestačí pokrýt přirozený úbytek stávajících kmenových lékařů. Externí lékaři, kteří se podílí na zajištění chodu ZZS KHK jsou pak ve většině zaměstnanci nemocnic v Královéhradeckém kraji. S rostoucími personálními obtížemi nemocnic se očekává snížení jejich kapacity pro výpomoc ZZS KHK. Je předpoklad dalšího postupného zhoršování personální situace na pozicích lékařů. Existuje hrozba nuceného přechodu do režimu bez lékaře. Aktuálně je ZZS KHK schopna pokrýt území kraje lékaři do 20 minut (výjimky viz výše), ale v případě nucené redukce o další, byť jedinou, lékařskou posádku v systému pak dostupnost lékaře do 20 minut nedokáže garantovat.

#### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

Vybudování výjezdové základny a školicího střediska v Temném Dole, okres Trutnov (2016).  
Vybudování výjezdové základny v Jičíně (2019-2020).

## **7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)**

Řešit personální situaci v oblasti lékařů spoluprací s holdingovými nemocnicemi v bývalých okresních městech (Trutnov, Náchod, Jičín, Rychnov nad Kněžnou) sdílením lékaře primárně pracujícího na urgentním příjmu, který by v případě potřeby vyjížděl do terénu.

## **8. Předpokládané investiční potřeby**

Pravidelná každoroční obměna vozového parku (6 až 7 sanitních vozů ročně), výjezdové středisko Temný Důl 14 mil. Kč, výjezdové středisko Jičín 20 mil. Kč, IROP 2014–2020: vzdělávací a školicí středisko 18 mil. Kč, zodolnění a technické dovybavení středisek v rizikových oblastech 20 mil. Kč.

## **9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK**

Vzhledem k demografickému vývoji se předpokládá zvýšený přísun pacientů prostřednictvím ZZS KHK do zdravotnických zařízení v Královéhradeckém kraji. Vzhledem k omezenému počtu lékařů v přednemocniční péči budou se nadále zvyšovat nároky na racionálně organizovaný příjem akutně nemocných pacientů v nemocnicích, nejlépe formou urgentních příjmů.

## **10. Letecká záchranná služba (LZS)**

Ad dlouhodobé cíle: Požadavek ZZS KHK na rozšíření doby letové pohotovosti vrtulníku LZS na optimálně 24 hodin denně od zahájení nového kontraktu na provozovatele letecké techniky pro zajištění LZS od 1. ledna 2017 na předpokládanou dobu dalších 8 let (současný stav: 14,5 hod v letních měsících, 12 hod v zimních měsících). Důvodem je již nyní nejvyšší počet realizovaných primárních zásahů LZS do terénu ze všech 10 středisek LZS v ČR navzdory oficiálnímu provozu LZS pouze v režimu VFR den, tzn. od východu do západu slunce. Aktuální řešení není optimální z důvodu nemožnosti využívání technologií a techniky, které by zvýšily úroveň bezpečnosti nočního provozu (noční vidění, kompatibilní vrtulník, vyškolení posádek na noční zásahy). LZS je nedílnou součástí PNP zejména v oblasti centrových programů (traumata, KPR, AKS) a v kontextu očekávaného nedostatku lékařů v systému, který bude vyžadovat přehodnocení rozmístění lékařských posádek v kraji a/nebo v méně vytížených střediscích omezení jejich pracovní doby (např. pouze denní RLP), lze zajistit dostupnost lékařské posádky vrtulníkem z HK do 20 minut na celém území KHK i v nočních hodinách. Modelováním potřeb nočních zásahů v měsíci květen 2015 byl zjištěn již nyní požadavek na min. 1 noční zásah LZS denně.

Pokračování ve výcviku a připravenosti posádek LZS pro zásahy s využitím speciálních leteckých technik (podvěsy). Požadavkem pracovní skupiny AZSS pro přípravu kontraktu na provoz LZS od roku 2017 je však financování této činnosti zahrnout do obsahu zakázky s úhradou letových hodin na výcvik ze strany MZ ČR.

Ad dlouhodobé cíle: V budoucích 10 letech lze v souladu s evropskými trendy očekávat rozšíření indikací pro zajištění leteckých transportů pacientů za kontinuální KPR do kardiocentra (spatřené zástavy na podkladě fibrilace komor bez reakce na úvodní léčbu v terénu), kde lze zajistit léčbu kauzální příčiny.

## **5.2 Všeobecné praktické lékařství**

### **1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru**

Všeobecné praktické lékařství je základním oborem, poskytujícím kontinuální péči o dospělou populaci. Uplatňuje se v primární péči, jejímž úkolem není pouze vlastní kurativa, ale i prevence a poradenství.

Všeobecní praktičtí lékaři (dále VPL) působí nejbližší pacientům, využívají znalosti jejich bio-psycho-sociálního prostředí. V současné době se zvyšuje jejich role koordinační, stávají se nejen průvodci pacienta po zdravotnickém systému, svojí činností působí proti negativním jevům spojeným se zvyšující se specializací a technologickým pokrokem (indikace nadbytečných či duplicitních vyšetření, polypragmatie). Díky přesahu do sociální oblasti se významně uplatňují v komplexu komunitní péče. S ohledem na stárnutí populace se bude jejich význam v této oblasti zvyšovat.

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Současná síť ordinací kopíruje stav socialistického zdravotnictví, kdy existoval systém „obvodů“. Po privatizaci většina ordinací pokračuje v činnosti, výjimkou jsou periferní vesnické lokality, odkud se činnost ordinací přestěhovala do větších sídel (zpravidla nejbližší město).

Významným trendem oboru je pokračování této centralizace. Začínající lékaři mají zájem provozovat praxe zejména ve velkých městech (snazší sdílení pacientů, zástupnost, dostupnost specialistů, nemocnice).

Praxe VPL jsou nízkoprahové, pacienti je navštěvují se širokým spektrem problémů, z nichž mnohé přesahují resort zdravotnictví (sociální status, zaměstnanost, rodina). Je tomu uzpůsobena úhrada péče (kapitace) i provozní standardy. Stejně jako v jiných vyspělých systémech si VPL stěžují na přetížení, zejména administrativou, na druhé straně kontinuálně rozšiřují spektrum své činnosti i kompetence (aktuálně např. POCT metody, dispenzarizace diabetiků, monitorování krevního tlaku přístrojem ABPM).

Důležitý potenciál představují VPL při mimořádných událostech (epidemie, pandemie) díky svému působení přímo v terénu (nejen kurativa, ale i informovanost pacientů).

Díky univerzálnosti a orientaci v systému jsou dále schopni nahradit výpadek v jiném segmentu (např. zajištění péče při nepřítomnosti ambulantního specialisty).

## 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Dle údajů ÚZIS v KHK v čase stoupá počet pacientů registrovaných u VPL (viz graf 9). Některé praxe již odmítají registrovat nové pacienty, jiné deklarují volnou kapacitu (např. prostřednictvím webu SPL ČR). V případě obtížné registrace se v procesu hledání lékaře s volnou kapacitou uplatňují zdravotní pojišťovny, plošné problémy nebyly v tomto ohledu v KHK zaznamenány.

Snižující se počet výkonů (viz graf 10) byl ve sledovaném období ovlivněn regulačními poplatky, regulačními mechanismy zdravotních pojišťoven i zvyšujícím se sdílením pacientů (rozdávající se síť ambulantních specialistů, agentury domácí péče, hospicová péče apod.). Nebyl tedy způsoben zhoršující se dostupností péče (síť poskytovatelů nevykazuje dlouhodobě významnějšími výkyvy). Plošně KHK naplňuje zákonný rámec časové dostupnosti péče.

## 4. Rozsah poskytované péče

VPL kromě léčebně preventivní péče vykonávají návštěvy u pacientů, poskytují pracovní lékařské služby, agendu pro MPSV, kontakty s orgány státní správy, provádějí posudkovou činnost, administrativu. Významnou roli představuje poradenství, jak pro pacienty samotné, tak jejich rodiny. Základní provozní doba (zpravidla ji kopíruje ordinační doba) odpovídá běžné 8,5 hodinové pracovní době. Tak jsou ostatně konstruovány smlouvy se zdravotními pojišťovnami i úhrady (kapitace).

V posledních letech se předmětem celospolečenské diskuse stává efektivita práce VPL, zejména s ohledem na redukci LPS. Ozřejmuje se, že koncept primární péče má svůj význam pouze v běžné pracovní době (6-18, resp. 8-20 hodin dle místních zvyklostí). Pro zbytek dne se již nejedná o péči primární, nýbrž o její výseč, péči akutní. Podíl VPL na této pohotovostní službě je jedním z významných koncepčních témat. Je třeba na ně nahlížet systémově, se zohledněním dalších segmentů (struktura centrálních či urgentních příjmů nemocnic, ZZS), návyků pacientů (preferance nemocnice jako místa poskytujícího komplexní služby), personálních možností, legislativního rámce (přesčasová práce) i nákladovosti.



## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

VPL v Evropě stárnou, výjimkou není ČR ani KHK (viz tabulka 8). Věková křivka KHK kopíruje křivku ČR i v dlouhodobém horizontu (viz graf 8). Je tedy zřejmé, že chybějící personální kapacitu není možné saturovat z jiných, například sousedních regionů. V rámci oboru nelze také uvažovat o větším zapojení cizinců (na rozdíl od např. operačních oborů či komplementu). Důvodem je nutnost jazykové výbavy i znalosti místního prostředí pacientů.

Nezbytným se v tomto ohledu jeví zapojení kraje již do specializačního vzdělávání nových lékařů. Systémově je nutné pracovat nejen s absolventy (posílení místních vazeb), ale i potencionálními rekvalifikanty (nepromyšlené přesuny směrem k všeobecnému praktickému lékařství by mohly personálně ohrozit jiné obory). Na druhé straně je možné využít vstřícné vzdělávací programy pro rekvalifikaci z některých oborů (víze pro lékaře intenzivních oborů, ohrožených syndromem vyhoření). Je nutno pracovat i na využití centrálních dotačních programů určených na vzdělávání.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

V současné době lze považovat situaci v oboru za stabilizovanou. Přesto je třeba se i v krátkodobém horizontu vyrovnat s aktuálními problémy, jejichž řešení by mohlo napomoci:

- Vytvoření krajských stipendijních programů pro absolventy, zájemce o obor VPL. Ekonomická podpora akreditovaných pracovišť VPL ke zlepšení podmínek pro řádné provádění školící činnosti.
- Vytvoření koncepce specializačního vzdělávání, využívající potenciál krajských nemocnic (školící místa, administrativní podpora – směřování centrálních dotací, zaměstnávání lékařů před a po atestaci, pokud nedojde k bezprostřednímu převzetí volné praxe).
- Podpora obsazování neatraktivních, periferních praxí (ve spolupráce se zdravotními pojišťovnami a obcemi).
- Podpora sdílení medicínských dat jednotlivých poskytovatelů, směřující k dostupnosti důležitých informací o pacientovi (alergie, medikace, abusus – zejména v režimu pohotovosti).
- Centralizace informací o pracovištích VPL v definované struktuře s user friendly prezentací a dostupností na <http://www.kr-kralovehradecky.cz/> se zvýrazněním akreditovaných pracovišť.
- Rozvoj systému komunitní péče (s ohledem na rostoucí počet obyvatel na rozhraní zdravotní a sociální péče, kde se do popředí dostává ošetrovatelská problematika).
- Vytvoření koncepce efektivní pohotovostní služby (společně s podporou vzniku centrálních příjmových ambulancí nemocnic).
- Podpora vybraných ambulancí VPL v oblasti urgentní medicíny vybavením AED.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Personální stabilizace oboru.
- Zachování současné sítě poskytovatelů (zamezení pozvolné centralizace služeb).
- Fungující systém sdílení medicínských dat mezi jednotlivými poskytovateli v regionu.
- Rozvoj komunitní péče v regionu.
- Vytvoření dlouhodobě udržitelného systému pohotovostní akutní péče (s ohledem na personální a organizační možnosti).

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Vybudování příjmových ambulancí v areálech nemocnic.
- Nákup AED pro vybrané ambulance VPL.
- Náklady na propojenost informačních systémů nemocnic a jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb (nejen oboru VPL).
- Stipendijní programy pro absolventy/rekvalifikanty se zájmem o obor VPL.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Klíčovým východiskem pro činnost VPL je dostatečně dimenzovaná síť jejich ordinací. Předpokládá dostatečný počet odborně způsobilých (atestovaných) lékařů. Výpadek v síti by způsobil přetížení sousedících praxí, ale i jiných poskytovatelů (ambulantních specialistů, nemocnic). Naopak, dostatečně dimenzovaná síť praktických lékařů dokáže absorbovat tlak v případě výpadku v jiném segmentu (např. nepřítomnost ambulantního specialisty, agentury domácí péče apod.). Samostatným tématem je LPS, kde lze v dlouhodobém horizontu očekávat větší provázanost mezi VPL, ZZS a nemocnicemi, zejména s ohledem na plošně tíživou personální situaci.

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

Lze předpokládat, že široké spektrum činností VPL se bude nadále rozvíjet. Poroste jejich role koordinační a poradenská, zejména v prostředí kontinuálně stárnoucí populace. Investice do oboru tedy budou mít přesah i mimo resort zdravotnictví.

#### Slabé stránky

- Omezená pravomoc KÚ jako registrujícího orgánu (stejně jako ČLK či profesních organizací) vede k jistotě, že unifikace procesů jednotlivých ordinací, jejich zapojení do různých projektů i ochota ke spolupráci (např. sdílení dat) nebude jednotná.
- Nízké povědomí o „Metodice pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR říjen 2006“ a její uplatňování (všeobecné praktické lékařství vs. nemocnice).

#### Příležitosti

- Vysoká variabilita oboru daná unikátní šíří jeho záběru napříč celým zdravotnictvím umožňuje aplikovat regionálně prospěšná řešení různých úkolů (popsány výše). Klíčová je v tomto ohledu komunikace mezi jednotlivými poskytovateli, KÚ, zdravotními pojišťovnami a dalšími potencionálně spolupracujícími subjekty, zejména s ohledem na posilování regionálních vazeb a zvyšování vzájemné důvěry. Možná je spolupráce VPL na dalších projektech kraje – prevence negativních jevů, sociální služby apod. (využití jejich znalostí a zkušeností s logistikou pacientů jednotlivými systémy).

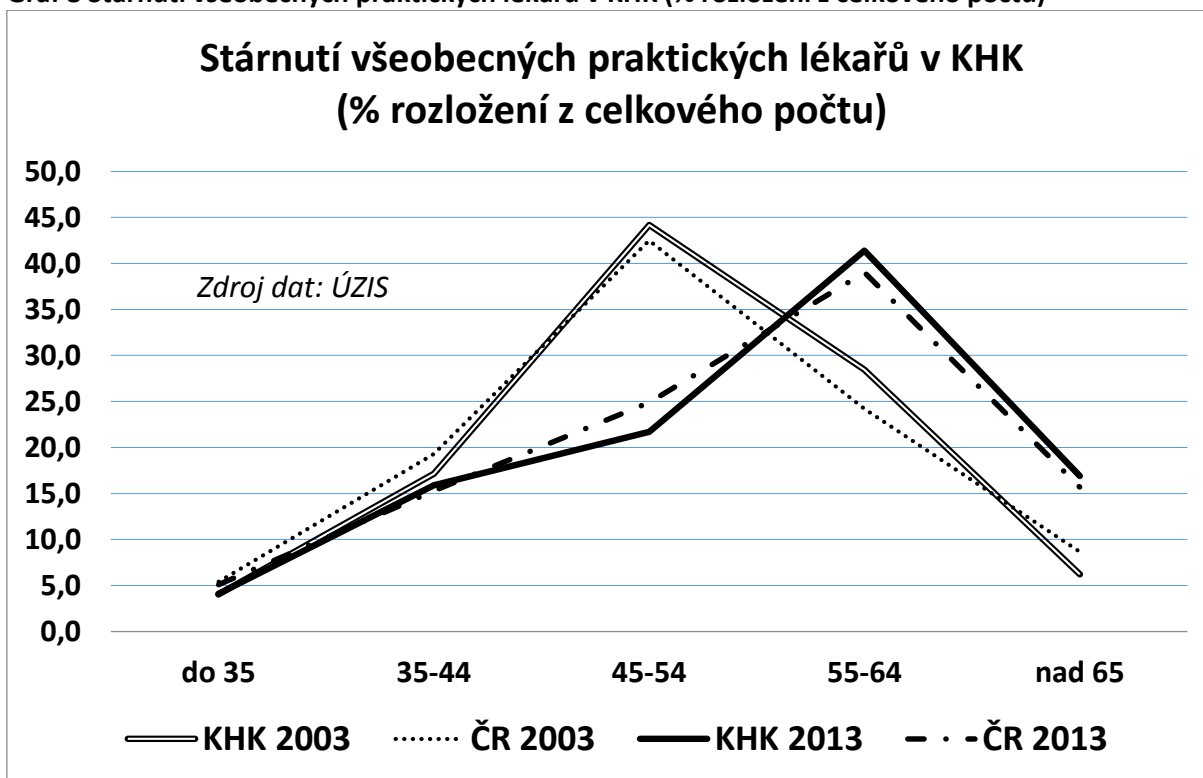
#### Hrozby

- Samostatným, dosud nepopsaným rizikem, je současný systém přebírání praxí. Prodej praxí VPL je legální, zůstává však předmětem dohody dvou subjektů, prodávajícího a kupujícího. Vyšší zájem zde není zohledněn (teoreticky lze dospět k destrukci sítě i při dostatečném počtu nově atestovaných lékařů, pokud se nedohodnou se svými předchůdci na podmínkách převzetí praxí). V tomto ohledu lze očekávat vyšší aktivitu zdravotních pojišťoven, které jsou za fungování sítě odpovědné.
- Velkou neznámou pro VPL je i politika SW firem, které momentálně sledují jiné cíle než vytvoření uživatelsky přívětivého prostředí pro uživatele. To zvyšuje nedůvěru lékařů k elektronizaci zdravotnictví.

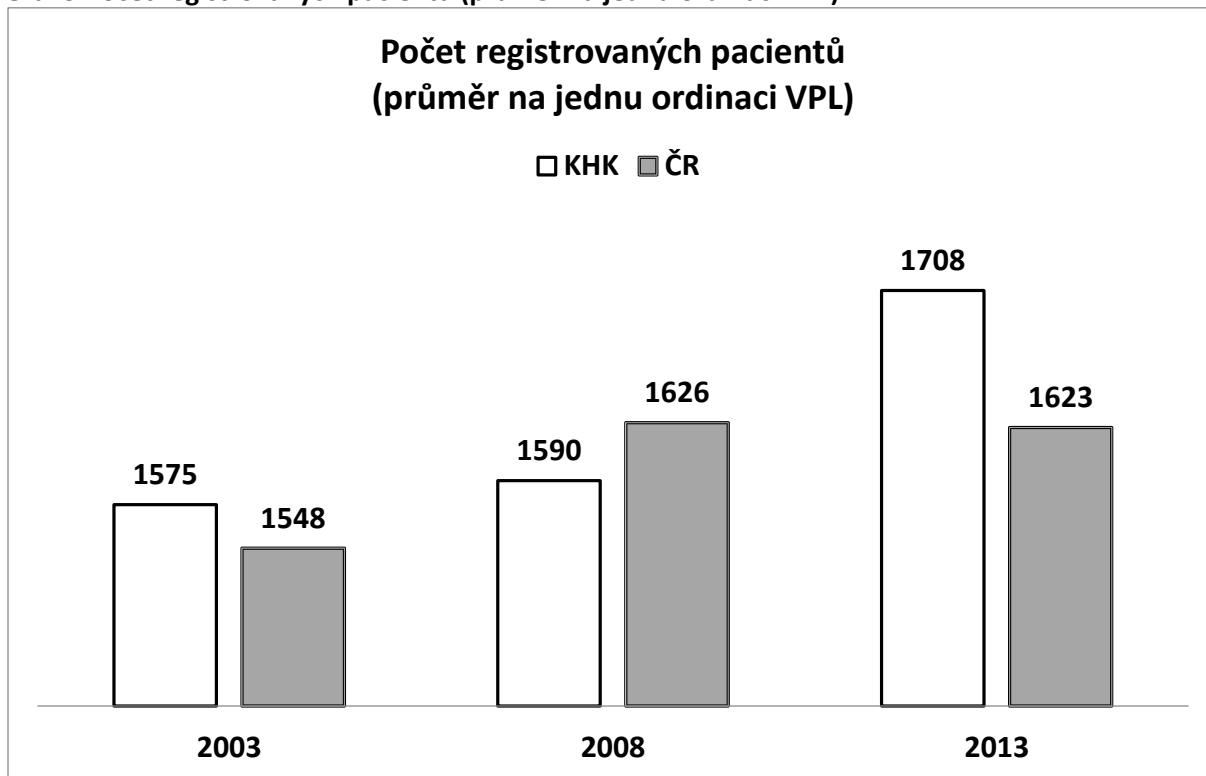
**Tabulka 8 Počet všeobecných praktických lékařů v KHK**

Věk	Absolutně	Procentuálně
do 35	11	4,1%
35 až 44	41	15,9%
45 až 54	56	21,7%
55 až 64	107	41,4%
nad 65	44	16,9%
<b>Celkem</b>	<b>259</b>	<b>100%</b>

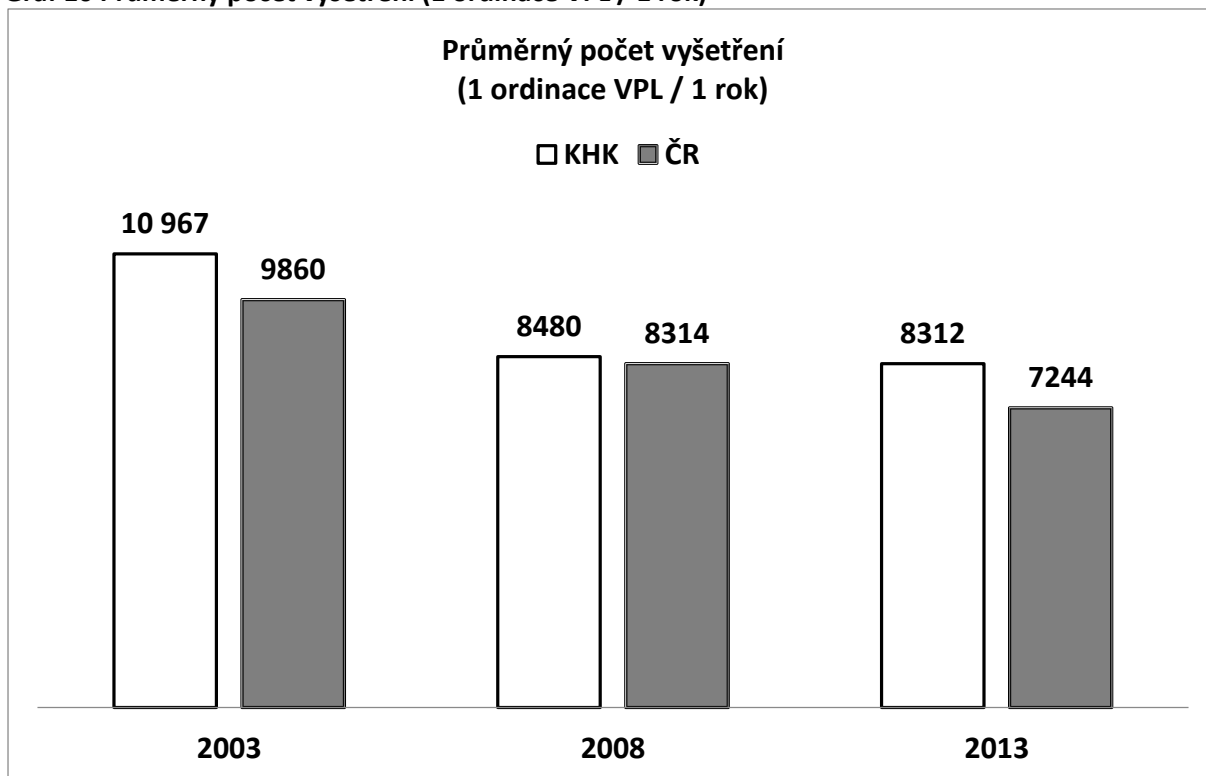
ÚZIS – Ročenka KHK 2013

**Graf 8 Stárnutí všeobecných praktických lékařů v KHK (% rozložení z celkového počtu)**

Graf 9 Počet registrovaných pacientů (průměr na jednu ordinaci VPL)



Graf 10 Průměrný počet vyšetření (1 ordinace VPL / 1 rok)



## 5.3 Ambulantní specialisté

### 5.3.1 Stomatologie

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Vzhledem k důrazu na prevenci lze i nadále předpokládat další zvýšení důrazu na prevenci základních stomatologických onemocnění. Vzhledem k rostoucím požadavkům na kvalitu poskytované péče lze očekávat další zvyšování preference kvalitnějších nadstandardních forem ošetřování.

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Stávající strategie zdravotních pojišťoven dlouhodobě neumožňuje vznik žádných nových smluvních zařízení, kdy je povolena „pouze“ obměna při odchodu do starobního důchodu za mladé kolegy. Obecným trendem je nárůst počtu s.r.o. praxí a zároveň pokles počtu podnikajících jako fyzická osoba.

#### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Ve všech oblastech KHK je v současné době stabilizovaná síť smluvních praxí praktických zubních lékařů (ZL), kdy větší výskyt praxí bez smluv se zdravotními pojišťovnami je pouze v oblasti Hradce Králové. U většiny smluvních ZL jsou pouze minimální volné kapacity pro registraci nových pacientů v oblastech HK, Jičín, Rychnov a prakticky žádné volné kapacity pro registraci v oblastech Náchod a Trutnov.

#### 4. Rozsah poskytované péče

Ve většině stomatologických zdravotnických zařízení je poskytována komplexní stomatologická péče pro děti i dospělé. Ortodontická péče je koncentrována převážně do oblasti HK. V ostatních oblastech KHK je dostupnost nižší. V rámci KHK je jen velmi omezený počet ambulantních stomatochirurgických pracovišť. Specializovaná ambulantní zařízení pedostomatologické péče nejsou v podstatě v KHK k dispozici. Stomatologická LPS je dobře dostupná ve všech oblastech o víkendech a centrální stomatologická LPS v HK s delší čekací dobou.

#### 5. Personální analýza

V období 2016 - 2020 lze v personální oblasti předpokládat:

- mírný pokles průměrného věku aktivního zubního lékaře z cca 50 na 48let,
- nárůst počtu ZL ve věkové kategorii 25 - 40, ale zároveň i v kategorii 60 - 70!,
- mírný pokles počtu ZL ve věku 55 – 60,
- v absolutních počtech bude nejvíc ZL ve věku 25 - 30, pak 60 - 65!, následováno skupinou ve věku 30 – 35 let,
- nelze předpokládat další navyšování počtu studentů oboru stomatologie, kdy možnou korekci počtu přijímaných studentů lze předpokládat až okolo roku 2017.

#### 6. Krátkodobé cíle

- Posílení preventivních programů pro zapojení zejména mladé generace do pravidelné péče o chrup.
- Snížení zahlcení centrální LPS v HK.
- Podpora vzniku ortodontických praxí a ambulancí stomatochirurgických pracovišť v odlehlejších lokalitách.
- Podpora předávání zubních praxí v okrajových regionech při odchodu do důchodu.

## 7. Dlouhodobé cíle

- Vytvoření motivačního programu pro obsazování praxí v neatraktivních oblastech pro mladé kolegy.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Zvýšení úhrady za hodinu na zubních LPS - centrální i satelitní.

### 5.3.2 Praktický lékař pro děti a dorost (PLDD)

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

PLDD- praktičtí lékaři pro děti a dorost pečují v současné době o necelých 20% populace. Obor PLDD tedy patří k základním pilířům primární péče jako takové. Jeho rozvoj závisí nejen na demografické situaci ale i na činnosti a zodpovědnosti vládních činitelů MZ, Poslanecké sněmovně a orgánů Krajské samosprávy.

Jeho samostatná existence je v poslední době zpochybňována a jako jedna z alternativ je zvažováno zrušení. V případě zániku je velmi obtížné zpracovávat a rozvíjet jakoukoliv „Koncepci“ pokud nebudeme schopni zachovat alespoň současný stav. V ČR má v současné době každé dítě právo na svého registrujícího praktického dětského lékaře, který se o něj stará od narození do dovršení 19 let věku. Je to stav, který nám „Evropa“ závidí - dle slov Dr. Bjorna Wettergrena, předsedy pediatrie v EAP, bychom na tento systém měli být hrdí.

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

V současné době není zásadní problém s hledáním svého PLDD. Tato situace se ale bude v některých lokalitách v krátkém časovém horizontu zhoršovat a to dominantně v souvislosti se stoupajícím věkem poskytovatelů této péče.

#### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Na území KHK je pokrytí péče PLDD je dostačující. Ambulantní péči o děti a dorost na území kraje zabezpečovalo ke konci roku 2013 celkem 119 ambulantních zdravotnických pracovišť, ve kterých pracovalo 116,62 lékařů a 110,50 ZPBD (průměrný roční přepočtený počet pracovníků celkem, včetně smluvních). První signály, o možném zhoršení péče o děti v krátkém časovém horizontu jsou v některých méně atraktivních lokalitách – např. Broumovsko, kde tato situace již hrozí v roce 2016.

LPS v KHK je zajišťována 7 stanicemi, většinou v prostorách oblastních nemocnic. Služeb se účastní PLDD i DL příslušných dětských oddělení dle místní potřeby. Zároveň část PLDD participuje na zajištění ÚPS příslušných nemocnic.

Problematická je dostupnost některých odborníků v dětských specializacích – je obtížné zajistit včasný termín na specialisovaná vyšetření – alergologie, gastroenterologie, dětské psychiatrie, psychologie aj.

#### 4. Rozsah poskytované péče

PLDD - praktický lékař pro děti a dorost poskytuje péči v „první“ linii, kdy zajišťuje:

- péči o registrované pacienty od narození do dovršených 19 let
- léčebnou a preventivní péči
- vyhledávání rizikových faktorů vedoucích k pozdějším nemocem
- realizaci posudkové a sociální činnosti
- očkování dle vyhlášek MZ a hygienika při ohrožení epidemiolog /Hepatitis A/
- koordinaci péče o nemocné ale i zdravé dítě

- řešení problémů nejen jeho pacientů ale i rodičů a soc. prostředí.

PLDD je nositelem výše uvedených úkonů a interakcí mezi dítětem, rodiči a dalšími subjekty podílejícími se na péči o dítě jako takové - specialisté, škola, sociální sféra aj. Je komunikačním a koordinačním uzlem v péči o dítě nemocné, problematické, dítě ohrožené prostředím ale především na poli prevence o dítě zdravé.

### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Průměrný věk PLDD v KHK je v současné době 56 roků! Podle údajů o věkové struktuře je akutní nedostatek mladých PLDD, kdy ve věkové skupině do 39 let jsou pouze 3% a naopak 38 % ve věkové skupině nad 60 let. V řešeném období bude pro KHK potřeba cca 20 mladších kolegů, kteří v současné době nejsou! V horizontu 10 let lze očekávat ukončení činnosti cca 30-40 osob, které nebude mít kdo nahradit. Při rychlém a razantním řešení formou pobídek a vnější podpory bude dostupné řešení v horizontu několika let!

**Tabulka 9 Věkové složení PLDD v KHK v roce 2013**

Věk	-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Celkem
muži	0	1	3	6	5	0	15
ženy	0	3	18	41	36	4	102
<b>celkem</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>47</b>	<b>41</b>	<b>4</b>	<b>117</b>
<b>%</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>18</b>	<b>40</b>	<b>35</b>	<b>3</b>	<b>100</b>

Zdroj: ÚZIS - Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013

### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

Krátkodobým cílem by měla být podpora legislativního zakotvení oboru v systému primární péče a zároveň jasná podpora pro mladé lékaře pro vstup do oboru jinak hrozí zhoršení péče o děti zvláště v určitých neatraktivních lokalitách. V aktuálně rizikových oblastech, kde hrozí rychlé zhoršení péče – viz Broumovsko v r. 2016 - podpořit vstup mladých lékařů v oboru PLDD motivačními pobídkami do tohoto regionu - možnost bydlení, existenční jistotou.

### 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

V dlouhodobé perspektivě vyvinout snahu o zatraktivnění praxi PLDD nejen v rizikových lokalitách - již před ukončením vzdělání na LF nabídky např. finanční podpory během dalšího vzdělávání k získání specializované způsobilosti v oboru PLDD, zajištění možnosti bydlení se závazkem provozovat praxi PLDD v potřebné lokalitě po určitou dobu atd.

Zajistit financování rezidentů v oboru PLDD ve své spádové nemocnici opět vázané na provozování praxe v potřebné lokalitě.

### 8. Předpokládané investiční potřeby

Finanční podpora vynakládaná v současnosti MZ ČR na 1 RM – rezidentské místo je cca 28 000 Kč měsíčně. Vzdělávací program v oboru PLDD trvá 4 roky a je zakončen atestací. Tato částka má pokrýt mzdové náklady školenci (včetně odvodů), náklady na následné poplatky za kurzy a stáže v nemocnicích.

Pro doplnění věkového propadu v oboru PLDD by bylo třeba 50 až 70 RM ročně v rámci ČR. Současná situace je ale maximálně 25 míst financovaných ze zdrojů MZ ČR. Zde by byl prostor pro **vícezdrojové financování** a možnost podílu obcí, měst a krajů k zajištění PLDD opět v potřebných lokalitách.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Pokud v dohledné době nenastane legislativní a personální stabilizace oboru PLDD a mladí kolegové nebudou mít pocit jistoty systému, může dojít ke zhoršení dostupnosti zdravotní péče o dětskou populaci. Proto PLDD podporují koncepci zdravotní péče nejenom na úrovni kraje, ale i na úrovni celého státu.

## 5.4 Akutní lůžková péče

### 5.4.1 Vnitřní lékařství

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Současná statistická data deklarují jednoznačný demografický trend stárnutí populace, který z celorepublikového hlediska vypadá nejméně příznivě pro Královéhradecký kraj. Dalším demografickým trendem je prodlužování délky života. S tím spojená polymorbidita, chroničnost onemocnění, polypragmasie s možnými lékovými interakcemi atd., budou vyžadovat stále větší péči a to ať již formou ambulantních stacionářů (observační lůžka s možností aplikace léků, infuzí, monitorací vitálních funkcí), či klasickou formou lůžkové péče s členěním na lůžka péče intenzivní, intermediární či standardní. Proto je nutné zachovat stávající lůžkový fond a uvažovat o návazných typech lůžkové péče (následná lůžka).

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 10 Obloženost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK – Vnitřní lékařství (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmulovaných lůžek	Průměrná obloženost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obloženosti (stejná oš.doba)	Obloženost z maximální kapacity
ON JC	JC	Vnitřní lékařství - standard	71	77,94%	8,52	2 370	20 197	61,48	77,94%
ON JC	NB	Vnitřní lékařství - standard	34	73,69%	8,41	1 088	9 145	27,84	73,69%
ON NA	NA	Vnitřní lékařství - standard	60	89,95%	7,09	2 780	19 699	59,97	89,95%
ON NA	RK	Vnitřní lékařství - standard	65	65,50%	6,09	2 474	15 066	45,86	63,50%
ON NA	BR	Vnitřní lékařství - standard	31	66,99%	5,82	1 303	7 580	23,07	66,99%
ON TU	TU	Vnitřní lékařství - standard	60	69,15%	6,08	2 780	16 891	51,42	77,13%
MN DK	DK	Vnitřní lékařství - standard	40	66,45%	5,08	1 790	9 090	27,67	62,26%
ČNHNK	Vrchlabí	Vnitřní lékařství - standard	27	59,60%	7,13	827	5 894	17,94	59,81%



FN HK	HK	Vnitřní lékařství - standard	242	86,23%	8,19	8 363	68 499	208,52	77,55%
<b>Celkem</b>		<b>Vnitřní lékařství - standard</b>	<b>630</b>	<b>72,83%</b>	<b>6,93</b>	<b>23 775</b>	<b>172 061</b>	<b>523,78</b>	<b>74,83%</b>

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obloženost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obloženosti (stejná oš.doba)	Obloženost z maximální kapacity
ON JC	JC	Vnitřní lékařství - JIP	12	82,90%	3,31	1098	3632	11,06	82,92%
ON JC	NB	Vnitřní lékařství - JIP	3	94,98%	3,65	285	1040	3,17	94,98%
ON NA	NA	Vnitřní lékařství - JIP	6	94,12%	8,40	242	2033	6,19	92,83%
ON NA	RK	Vnitřní lékařství - JIP	6	68,30%	2,97	498	1479	4,50	67,53%
ON TU	TU	Vnitřní lékařství - JIP	6	57,53%	2,58	489	1260	3,84	57,53%
MN DK	DK	Vnitřní lékařství - JIP	4	62,81%	4,65	197	917	2,79	62,81%
FN HK	HK	Vnitřní lékařství - JIP	57	86,15%	6,76	2 536	17 142	52,18	82,39%
<b>Celkem</b>		<b>Vnitřní lékařství - JIP</b>	<b>94</b>	<b>78,11%</b>	<b>4,62</b>	<b>5345</b>	<b>27503</b>	<b>83,72</b>	<b>80,16%</b>

Pozn. **Interna FN HK** zahrnuje kardiologickou, gastroenterologickou, gerontometabolickou a hematologickou kliniku.

- **ON Jičín + Nový Bydžov** - bude trvat tlak na hospitalizace polymorbidních obvykle špatně až zcela imobilních a obtížně kurabilních pacientů. Možnost většího využití lůžek interního oddělení v NB pro pacienty z Hradce Králové (např. pro podávání stanovené terapie, nutné čekání na lůžku na specializovaný výkon atd.).
- **ON Trutnov** - současný lůžkový fond oddělení je optimální.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** – sezónní tlak na lůžka v letním období.

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Dostupnost zdravotní péče je dostačující.

#### Problémy:

- Interní oddělení nahrazují LPS.
- Malá kapacita ambulancí – diabetologie, revmatologie.
- Tlak jiných oborů na interní lůžka – komplikované případy.

#### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** – v celé šíři oboru.
- **Oblastní nemocnice** – zajišťují standardní péči včetně intenzivní a částečně specializovanou péči. Spolupráce s FN HK.

#### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 11 Počty lékařů na odděleních ALP - Interní obory (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.	1	6	2	3	2	14	6,40
		bez spec.	10	2	1			13	11,40
ON Jičín	NB	se spec.		1		4		5	4,10
		bez spec.	5					5	4,20
ON Náchod	NA	se spec.		3	1	2		6	6,10
		bez spec.	11	2	1			14	11,90
ON Náchod	RK	se spec.	1	4	1	3		9	6,50
		bez spec.	6					6	5,80
ON Náchod	BR	se spec.			1			1	1,33
		bez spec.	6					6	5,60
ON Trutnov	TU	se spec.		6	3			9	7,50
		bez spec.	6					6	6,00
MN DK	DK	se spec.			2	1		3	2,80
		bez spec.	3	1				4	3,80
ČNHNK	Vrchlabí	se spec.	1	1	3	2	3	10	5,55
		bez spec.	1		1			2	2,00
FN HK	HK	se spec.	15	47	24	23	7	116	84,45
		bez spec.	32	2				34	26,85
<b>Celkem v KHK</b>		<b>se spec.</b>	<b>18</b>	<b>68</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	<b>12</b>	<b>173</b>	<b>124,73</b>
		<b>bez spec.</b>	<b>80</b>	<b>7</b>	<b>3</b>			<b>90</b>	<b>77,55</b>

- **ON Trutnov** – v současné době má problém s počtem lékařů – ohrožen chod oddělení ve velmi krátké době.

Tabulka 12 Interní obory - členění na specializace pouze u FN HK

I. interní kardiologická klinika							
Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
	25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
se specializací	6	18	8	8	1	41	28,70
bez specializace	6	0	0	0	0	6	4,60
II. interní gastroenterologická klinika							

Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
	25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
se specializací	2	12	6	5	2	27	20,46
bez specializace	8	0	0	0	0	8	6,03
<b>III. interní gerontometabolická klinika</b>							
Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
	25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
se specializací	2	8	7	5	2	24	17,93
bez specializace	8	2	0	0	0	10	9,10
<b>IV. interní hematologická klinika</b>							
Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
	25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
se specializací	5	9	3	5	2	24	17,36
bez specializace	10	0	0	0	0	10	7,13

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Personální stabilizace interních oddělení napříč všemi nemocnicemi.
- **FN HK** – přístrojová obnova, dobudování personálního zázemí pro zaměstnance. Rehabilitační park plicní kliniky.
- **ON Jičín** – zkrácení ošetrovací doby, multioborová JIP interních oborů bude k dispozici všem pacientům neoperačních oborů ON JC, zavedení intermediální péče na standardních lůžkách, vybudování oddělení centrálního příjmu včetně expektačních lůžek, rozšiřování spektra specializované ambulantní péče.
- **ON Jičín (Nový Bydžov)** – zachovat lůžkové oddělení pro podporu LDN a RHB oddělení, změnit indikační schéma pro příjem akutních stavů, zvážit transformaci části lůžek na následnou péči, rozvoj ambulantní a diagnostické péče pro region Nový Bydžov.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** – rozšíření echokardiografie.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Udržení personálu se specializovanou způsobilostí ve zdravotnických zařízeních.
- **FN HK** – udržení a rozvoj Komplexního kardiovaskulárního centra.
- **ON Jičín** – cílově transformace jedné stanice akutních lůžek na následnou péči OD 24, začlenění endokrinologie pod interní oddělení, zvážit vytvoření společného týmu lékařů interních oddělení a LDN společně garantujících provoz jednotlivých oddělení, zvážit vytvoření ordinariátu infekce, spolupráce interních oborů formou SLF např. s onkologií a následnou péčí.
- **ON Jičín (Nový Bydžov)** – zaměření směrem ke gerontologické péči a spolupráci s rehabilitačním odděleními a odděleními následné péče.
- **ON Náchod a Rychnov nad Kněžnou** – výstavba nových prostor pro lůžková zařízení, restrukturalizace lůžkové péče směrem k následné péči.
- **ON Trutnov** – dosažení specializované způsobilosti u mladých lékařů.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** – udržení lůžkového fondu. Získání akreditace. Trvalá spokojenost pacientů, minimum oprávněných stížností na péči. Spolupráce s terénem.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Obměna fyzicky a morálně zastaralé přístrojové techniky napříč všemi nemocnicemi.
- **ON Jičín a Nový Bydžov** – investiční prioritou je dokončení modernizace areálu Jičín, optimální cestou je návrh generelu nemocnice a jeho následná realizace, záložní zdroj NB,
- **ON Trutnov** - monitory k centrále JIP, telemetrie, kardiologický ultrazvuk, vybavení gastroporadny, obnova endoskopické techniky – videogastroskop a videokoloskop.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** - nový kardioechografický přístroj. Nákup nových přístrojů rozšiřujících diagnostické a léčebné možnosti. Rozšíření rozvodů kyslíku. Klimatizace.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

- **ON Jičín a Nový Bydžov** - nedostatečná kapacita morfologické diagnostiky, nedostatek personálu a financí
- **ON Náchod a Rychnov nad Kněžnou** - nutno řešit dialýzu.
- **ON Trutnov** – nebezpečí personálního kolapsu, nutná kooperace se ZZS KHK při řešení případů s dekompenzovaným psychiatrickým onemocněním, primárně směřovat na příslušné odborné pracoviště, které je schopno jim poskytnout adekvátní odbornou péči – spádově nejbližší je to psychiatrická klinika FN HK.

## Oborová SWOT analýza

### Silné stránky

- Kvalitní diagnostické vybavení.
- Příjemné prostředí.
- Stabilizovaná „spádová“ oblast.
- Podpora regionu.
- Přímá návaznost se zařízením následné péče u některých poskytovatelů (MN DK, ON Jičín).
- „Blízkost“ pacienta, interakce pacient-příbuzní-lékař-NLZP.
- Optimální pokrytí a dosažitelnost zdravotní péče v regionu poskytovaných zařízeními ZH KHK, dobře fungující vzájemná spolupráce.
- Velmi dobrá spolupráce se ZZS KHK.
- Dobře fungující spolupráce s FN HK, jakožto poskytovatelem a garantem superspecializované zdravotní péče.

### Slabé stránky

- Nedostatek personálu.
- Neakreditované pracoviště v **MN DK**.
- Nižší finanční ohodnocení proti státním nemocnicím u nemocnic ZH KHK.
- „Nízké“ sebevědomí „malých“ nemocnic.
- Absence lůžek následné péče v ON Trutnov, i když v současné době funguje poměrně dobře spolupráce s lůžky následné péče jiných zdravotnických subjektů v rámci okresu ale i kraje.

### Příležitosti

- Vzhledem k stárnoucí populaci, nárůst počtu civilizačních chorob.
- Šance na vyvážený osobní a pracovní život pro mladé lékaře v ON.
- V kombinaci s LDN zajistit komplexnost zařízení – OCHRIP, dlouhodobá rehabilitace, zajištění dialyzační léčby, atd.
- V rozvoji jednotlivých podoborů vnitřního lékařství,
- Uvádění do praxe nových medikamentů (např. nová antikoagulantia, nové možnosti léčby diabetu, terapeutické endoskopie).

- Zavedení intermediální péče na standardních lůžkách, budování centrálních příjmů včetně expektačních lůžek.
- Budování interních stacionářů.

### Hrozby

- Nedostatek lékařů.
- V případě většího využití lůžek interního oddělení v Novém Bydžově pro vysokonákladové pacienty z FN HK (např. pro podávání stanovené terapie, nutné čekání na lůžku na specializovaný výkon atd.) by bez změny financování, docházelo k výraznému ekonomickému propadu, (vyžádaná péče, drahá terapie).
- Z medicínského hlediska je nutné považovat za riziko/hrozbu, již v současnosti patrný, nárůst nozokomiálních infekcí způsobených polyrezistentními kmeny a to především u polymorbidních pacientů, jejichž léčba je už nyní velmi ekonomicky náročná a další nárůst nákladů lze očekávat. Z tohoto pohledu je už nyní patrný tlak na lůžka s možností izolace pacienta a se zvýšeným hygienickým režimem (např. ON TU má t. č. k dispozici 5 takovýchto pokojů).

## 5.4.2 Chirurgické obory

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Zvyšující se průměrný věk pacientů povede k nárůstu operativity starších lidí, co se týká množství i rizika možných komplikací vyplývajících z polymorbidity pacientů a většího počtu operací a reoperací v dané tělesné oblasti. S tím souvisí zvyšování nákladů na implantáty a ovlivnění doby hospitalizace v závislosti na četnosti perioperačních komplikací a kapacitě lůžek rehabilitační a následné péče.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 13 Obloženost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Chirurgické obory (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmulovaných lůžek	Průměrná obloženost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obloženosti (stejná oš.doba)	Obloženost z maximální kapacity
ON JC	JC	Chirurgie - standard	51	75,32%	4,49	2 596	11 656	35,48	62,62%
ON NA	NA	Chirurgie - standard	55	67,81%	4,83	2 685	12 972	39,49	64,62%
ON NA	RK	Chirurgie - standard	53	76,00%	4,10	2 851	11 683	35,56	60,39%
ON TU	TU	Chirurgie - standard	50	74,67%	5,73	2 275	13 030	39,67	71,40%
MN DK	DK	Chirurgie - standard	49	75,19%	6,11	2 058	12 566	38,25	70,26%
ČNHNK	Vrchlabí	Chirurgie - standard	27	51,10%	4,14	1 216	5 039	15,34	51,13%

FN HK	HK	Chirurgie - standard	261	73,38%	6,66	9 699	64 562	196,54	67,77%
<b>Celkem</b>		<b>Chirurgie - standard</b>	<b>546</b>	<b>70,50%</b>	<b>5,15</b>	<b>23 380</b>	<b>131 508</b>	<b>400,33</b>	<b>65,99%</b>

ON NA	NA	Chirurgie - JIP	4	87,60%	4,18	306	1 279	3,89	87,60%
ON NA	RK	Chirurgie - JIP	4	83,80%	2,60	468	1 218	3,71	83,42%
ON TU	TU	Chirurgie - JIP	4	66,30%	4,50	215	968	2,95	66,30%
MN DK	DK	Chirurgie - JIP	3	92,71%	7,01	136	954	2,90	87,12%
FN HK	HK	Chirurgie - JIP	46	85,78%	4,00	3 459	13 843	42,14	82,45%
<b>Celkem</b>		<b>Chirurgie - JIP</b>	<b>61</b>	<b>83,24%</b>	<b>4,46</b>	<b>4 584</b>	<b>18 262</b>	<b>55,59</b>	<b>82,02%</b>

Pozn.

**ON Trutnov** - 10 lůžek ORL je vyčleněno v rámci chirurgického oddělení (viz kapitola ORL).

**Chirurgie FN HK** zahrnuje kardiochirurgickou, chirurgickou, neurochirurgickou a oční kliniku a kliniku dětské chirurgie.

V krátkodobém horizontu lze předpokládat nutnost zachování stávající kapacity, případně potřebu navýšení lůžek oborové JIP. V delším časovém horizontu se může projevit vliv jednodenní chirurgie s dopadem na snížení počtu ošetřovacích dnů na lůžku.

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

- **FN HK** – rozsah péče okresního typu pro okres Hradec Králové a specializovaná péče pro celý KHK.
- **ON Jičín** – nedostatečně fungující segment ambulantních chirurgů, problém obsazení v Novém Bydžově.
- **ON Náchod** – pokrývá celý region, nutnost rozšíření sítě privátních chirurgických ambulancí – v nemocnici se zaměřit na specializovanější chirurgickou péči.
- **ON Trutnov** – nepředpokládá se zásadní posun v počtu poskytované péče, pokud nedojde k uzavření některých sousedních nemocnic. Klienty jsou spádoví pacienti a turisté z celé České republiky a zahraničí. Spádovost je zajištěna periferními ambulancemi, které jsou obsazeny nemocničními lékaři.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** – pokrývá plně region plus částečně Hořicko a Jaroměřsko.

### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** – základní, specializovaná a superspecializovaná péče.
- **ON Jičín** – poskytuje plnou péči v oboru všeobecné chirurgie včetně onkochirurgie, s rozšířeným záběrem v oblasti traumatologie a cévní chirurgie.
- **ON Náchod** - za hlavní cíle z hlediska rozsahu zdravotní péče se považuje:
  - zachování stávajícího rozsahu včetně onkochirurgie,
  - rozvoj mini invazivních technik v onkochirurgii,
  - zahájení programu metabolické/bariatrické chirurgie,

- další rozvoj chirurgie jícnového hiatu,
- komplexní léčba cholelithiasy se zavedením peroperační choledochoskopie a peroperačního ERCP,
- zavedení chirurgie štítné žlázy (ve spolupráci s ORL),
- další rozvoj rekonstrukční cévní chirurgie dolních končetin s možností rutinního použití peroperační angiografie,
- rozvoj traumatologie,
- rozvoj jednodenní chirurgie.
- **ON Trutnov**
  - zabezpečuje plnou odbornou zdravotní péči v oblasti chirurgie.
- **MN Dvůr Králové nad Labem**
  - plná péče v oboru všeobecné chirurgie včetně základního rozsahu onkochirurgie.

Rozvoj kooperace chirurgických oddělení jednotlivých nemocnic holdingu i FN HK. V diskuzi je určitá subspecializace jednotlivých chirurgických oddělení na určité problematiky s cílem zajistit si dostatečný spád a prooperovanost lékařů, především u ne tak častých diagnóz, a zkrácení čekacích dob pro pacienty.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

**Tabulka 14 Počty lékařů na odděleních ALP - Chirurgické obory (k 31. 12. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		5	4	3	1	13	11,23
		bez spec.	3					3	3,00
ON Náchod	NA	se spec.	1	4	2	4		11	8,90
		bez spec.	3					3	2,80
ON Náchod	RK	se spec.		5	2			7	6,10
		bez spec.	4					4	4,00
ON Trutnov	TU	se spec.		4	4	3	1	12	10,60
		bez spec.	5					5	4,10
MN DK	DK	se spec.		1	1	3		5	4,20
		bez spec.	1		1			2	1,80
ČNHNK	Vrchlabí	se spec.		2	3	5		10	4,30
		bez spec.	3					3	3,00
FN HK	HK	se spec.	10	32	29	24	5	100	79,23
		bez spec.	31	2				33	25,05
<b>Celkem v KHK</b>		<b>se spec.</b>	<b>11</b>	<b>53</b>	<b>45</b>	<b>42</b>	<b>7</b>	<b>158</b>	<b>124,56</b>
		<b>bez spec.</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>1</b>			<b>53</b>	<b>43,75</b>

Pozn. **FN HK** - Kardiochirurgická klinika, Chirurgická klinika, Dětská chirurgie, Neurochirurgická klinika, Oční klinika.

Tabulka 15 Počty atestací na odděleních ALP - Chirurgické oddělení (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura				
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více
ON Jičín	JC	chirurgie		5	4	3	1
		úrazová chirurgie (traumatologie)		2			
		cévní chirurgie			2		
ON Náchod	NA	chirurgie	1	4	2	3	
		cévní chirurgie			1	1	
ON Náchod	RK	chirurgie		5	1		
		cévní chirurgie		1			
ON Trutnov	TU	chirurgie		2	4	2	1
		úrazová chirurgie (traumatologie)		1		1	
		cévní chirurgie		1			1
		dětská chirurgie				1	
MN DK	DK	chirurgie		1	1	3	
FN HK	HK	chirurgie	4	8	9	9	4
		úrazová chirurgie (traumatologie)	1	3	4	2	
		cévní chirurgie	1	2	2	2	
		dětská chirurgie	1	2	1	4	
		plastická chirurgie	1	1		3	
Celkem v KHK		<b>se spec.</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>7</b>
		chirurgie	5	25	21	20	6
		úrazová chirurgie (traumatologie)	1	6	4	3	
		cévní chirurgie	1	4	5	3	1
		dětská chirurgie	1	2	1	5	
		plastická chirurgie	1	1		3	

Chirurgický tým musí být spojitý a to i z hlediska věku i vzdělání (absolventi - lékaři s kmenem – lékaři se specializovanou způsobilostí) včetně dostupnosti NLZP personálu s příslušnou specializací.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

### • FN HK

- V následujících letech bude pokračovat rozvoj centrové péče a s tím souvisejících chirurgických oborů onkochirurgie, úrazová chirurgie, cévní chirurgie, kolorektální chirurgie, hepato-pankreato-biliární chirurgie.
- Do konce roku 2015 bude pořízen operační robot a jeho aplikace v prvním kole bude nasměřována ku prospěchu uroonkologie, kolorektální chirurgie, gynekologie a následně cévní chirurgie.

### • ON Jičín

- Udržení stávajícího rozsahu operativy.
- Rozšiřování operativy v oblasti traumatologie a cévní chirurgie.
- Zahájení programu jednodenní chirurgie.
- Rozšíření spektra výkonů v oblasti urologie a ortopedie.



- Průběžná obnova přístrojového vybavení.
- Podíl na péči centrálního příjmu nemocnice.
- **ON Náchod**
  - Udržení rozsahu operativy ve stávajícím rozsahu.
  - Udržení onkochirurgie ve stávajícím rozsahu.
  - Zahájení programu metabolické chirurgie.
  - Rozvoj jednodenní chirurgie.
  - Stabilizace chirurgického týmu.
  - Stavebně technické úpravy k zajištění poskytování zvýšeného hygienického režimu u některých infektů.
  - Navýšení počtu lůžek oborové chirurgické JIP.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- **FN HK**
  - V současnosti probíhá příprava chirurgického centra. Projekt je pracovně nazýván „Modernizace chirurgických oborů – rekonstrukce a přístavba Bedrnova pavilonu“. Tento projekt by měl vést k další koncentraci chirurgických oborů do jednoho místa. Předpokládá se, že dojde ke stěhování ortopedické kliniky, neurochirurgické kliniky, kliniky ORL a maxilofaciální chirurgie.  
Projekt předpokládá skoro totální rekonstrukci Bedrnova pavilonu a vystavění pavilonu nového – přístavby Bedrnova pavilonu.
  - Tento projekt předpokládá rozvoj a vybudování centra pro jednodenní chirurgii a s tím související redukci lůžkového fondu.
  - Udržení Traumatologického centra pro dospělé se spádovým územím pro celý Královéhradecký kraj.
- **ON Jičín** – rozvoj spolupráce s FN HK i v rámci projektu návazné péče EU fondů
- **ON Náchod** – centrální operační sály pro všechny chirurgické obory,
- **N Rychnov nad Kněžnou** - centrální operační sály pro všechny chirurgické obory,
- **MN Dvůr Králové nad Labem** - výstavba nových operačních sálů.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- **ON Jičín** – průběžná obnova přístrojového vybavení včetně lůžek pooperační péče
- **ON Náchod** - předpokládané investiční potřeby jsou úzce spjaty s plánovanou výstavbou v nemocnici a měly by vyřešit stávající nejpalčivější stavebně technické a hygienické problémy chirurgického oddělení a operačních sálů.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** - průběžné obnovování a upgrade opotřebovaných nástrojů a přístrojů, nový operační stůl na dolním sále, výstavba nových operačních sálů.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

#### Slabé stránky

- Problémy s překladem, zejména starších pacientů na rehabilitační nebo lůžka následné péče.
- Ztížené možnosti vzdělávání a omezené možnosti naplnění vzdělávacích programů.
- Problém přesčasové práce.

### Příležitosti

- Kooperace nemocnic v KHK s určitou subspecializací, což by mohlo vést ke zvýšení efektivity využití pracovníků i technického vybavení.

### Hrozby

- Nedostatek odborného personálu (LP i NLZP).
- Rozpor mezi vysokými nároky na vzdělání a nízkými kompetencemi NLZP, odrážejícími se v neatraktivnosti oboru.
- Vynucená centralizace péče v rámci KHK či ZHKHK.

## 5.4.3 Pediatrie (dětské lékařství) a neonatologie

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Obor pediatrie a neonatologie lze i do budoucna považovat za jeden ze čtyř základních oborů zdravotní péče. Po mírném zvýšení porodnosti na přelomu tisíciletí se počet narozených dětí opět snižuje a ze stávajících demografických trendů lze předpokládat, že bude i nadále dlouhodobě klesat. Tomuto stavu bude čelit převážně neonatologie. Vzhledem k vrcholu „babyboomu“ v roce 2008 potřebnost pediatrických lůžek do roku 2020 klesat nebude. Specifikou dětské péče je trend minimalizace dětských hospitalizací. Výhledově lze předpokládat další pokles potřeby dětských nemocničních lůžek. Z pohledu dlouhodobých trendů, existuje reálná hrozba neudržení všech dětských a novorozeneckých oddělení v regionu, vzhledem k jejich nedostatečné výkonnosti a tlaku na ekonomickou racionalitu. Mírný nárůst poptávky po péči v oboru pediatrie lze očekávat v oblasti Rychnova nad Kněžnou v návaznosti na rozvoj průmyslové zóny Kvasiny a předpokládaný nárůst počtu obyvatel v produktivním věku v této oblasti.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 16 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Pediatrie (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetřovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	Dětské	20	86,19%	3,26	1 932	6 292	19,15	86,19%
ON NA	NA	Dětské	42	55,34%	2,66	2 945	7 825	23,82	51,04%
ON RK	RK	Dětské	20	64,80%	2,95	1 575	4 641	14,13	63,58%
ON TU	TU	Dětské	20	80,85%	2,79	2 079	5 795	17,64	79,38%
FN HK	HK	Dětské	38	53,07%	7,41	913	6 763	20,59	48,76%
<b>Celkem</b>		<b>Dětské</b>	<b>140</b>	<b>68,05%</b>	<b>3,81</b>	<b>9 444</b>	<b>31 316</b>	<b>95,33</b>	<b>61,28%</b>

Pozn. **ON Náchod** včetně 8 lůžek doprovodu

FN HK	HK	Dětská JIP	7	87,29%	6,48	340	2 204	6,71	86,26%
-------	----	------------	---	--------	------	-----	-------	------	--------

Tabulka 17 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Neonatologie (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetřovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	Novorozenecké	12	83,49%	4,72	774	3 657	11,13	83,49%
ON NA	NA	Novorozenecké	15	70,85%	4,27	897	3 826	11,65	69,88%
ON RK	RK	Novorozenecké	10	63,90%	4,03	573	2 307	7,02	63,21%
ON TU	TU	Novorozenecké	10	81,51%	4,82	617	2 975	9,06	81,51%
FN HK	HK	Novorozenecké	48	76,50%	5,08	2 602	13 221	40,25	75,46%
<b>Celkem</b>		<b>Novorozenecké</b>	<b>95</b>	<b>75,25%</b>	<b>4,58</b>	<b>5 463</b>	<b>25 986</b>	<b>79,11</b>	<b>74,94%</b>

FN HK	HK	Novorozenecká JIP	22	119,78%	17,84	539	9 618	29,28	119,78%
-------	----	-------------------	----	---------	-------	-----	-------	-------	---------

Pozn.: V **ON Jičín** jsou v rámci ORL vyčleněna 4 lůžka pro dětské pacienty.

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Stávající geografické pokrytí je v rámci kraje dostatečné a rovnoměrné. Dětská a novorozenecká oddělení je potřeba v oblastních nemocnicích zachovat vzhledem k zajištění geografické dostupnosti péče i odpovídající příjmové úrovně ze strany zdravotních pojišťoven (pediatrie jako jeden ze čtyř základních oborů péče). Akutní péče je 24 hodin dostupná t. č. dostatečně. Kapacitní problém je možné pozorovat s některými dětskými specializacemi zajišťovanými DK FN HK: dětská gastroenterologie, dětská revmatologie.

V mimopracovní dobu PLDD, která začíná u některých již v poledne, zajišťují dětská oddělení v regionech i základní pediatrickou péči.

### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** – komplexní péče v oboru pediatrie včetně superspecializované mimo závažné onkologické případy (FN Motol).
- **ON Jičín** – komplexní péče v oboru na úrovni nemocnice okresního typu.
- **ON Náchod** – komplexní péče v oboru na úrovni nemocnice okresního typu.
- **N Rychnov nad Kněžnou** – komplexní péče v oboru na úrovni nemocnice okresního typu.
- **ON Trutnov** – komplexní péče v oboru na úrovni nemocnice okresního typu.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 18 Počty lékařů na odděleních ALP – Pediatrie a neonatologie (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		5	2			7	5,85
		bez spec.	1					1	1,00
ON Náchod	NA	se spec.	3	1	1	1		6	5,13
		bez spec.	4					4	4,00
ON Náchod	RK	se spec.	1		1	1		3	2,20
		bez spec.	5					5	5,00
ON Trutnov	TU	se spec.	1	1	1	1		4	3,10
		bez spec.	3					3	3,00
FN HK	HK	se spec.	5	11	8	4	1	29	22,50
		bez spec.	11					11	7,70
Celkem v KHK		se spec.	10	18	13	7	1	49	38,78
		bez spec.	24					24	20,70

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zajištění personální dostatečnosti pro udržení stávajícího rozsahu poskytované péče.
- Postupná obnova stávajícího přístrojového vybavení.
- Zvyšování komfortu pro pacienty na odděleních.
- Rozšiřování možnosti pobytu doprovodu na odděleních.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Zajištění činnosti všech dětských (novorozeneckých) oddělení v nemocnicích v KHK, za podmínky naplnění odpovídající výkonnosti a využitelnosti lůžkového fondu.
- Racionalizace počtu lůžek dětských (novorozeneckých) na jednotlivých odděleních v nemocnicích v KHK.
- **FN HK**
  - Modernizace a dostavba perinatologického centra.
  - Udržení perinatologického centra v KHK.
  - Centrum dětské traumatologie.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Průběžná obnova přístrojového vybavení a stavební obnova dětských oddělení v jednotlivých nemocnicích v KHK.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Zkušený personál.
- Funkční specializované poradny tzv. "okresního" typu.
- Dobrá spolupráce s dětskými praktickými lékaři.
- Dětská kardiologie a dětská diabetologie v regionu RK.
- Zdravotnické zařízení pro větší děti a hůře dostupnou „spádovou“ oblast + celoroční péče o množství rekreatantů v ON TU.
- Akreditace pro specializační vzdělávání lékařů, prodloužená do roku 2023 v ON TU.
- Moderní zdravotnická technika.
- Rychlé zavádění nových doporučených postupů a metod.

#### Slabé stránky

- Personální zajištění 24 hodinové péče, požadavky na odbornost lékaře zajišťujícího ÚPS. Zároveň lékař dětského oddělení sloužící ÚPS zajišťuje LPS ve všedních dnech od 15:30 do 8 hodin následujícího dne, v sobotu, v neděli a ve svátky od 18 hod. opět do 8 hodin následujícího dne. Nevýhovující především v exponovaných obdobích roku (letní měsíce s dobou dovolených, vánoce, velikonoce a další svátky, kterým předchází 1-2 pracovní dny). Bez participace zajištění zdravotních služeb ze strany dětského praktika, který by měl sloužit společně s nemocničním pediatrem a zajišťovat LPS, slouží ÚPS nemocniční pediatr na dětském oddělení (včetně neonatologických lůžek) a zároveň má na starosti LPS.
- Dětská neurologie a dětská psychiatrie v regionu RK.
- Komplikovaná péče o děti klientů pobytového střediska - azylového zařízení v Kostelci n. O (jazyková bariéra, anamnéze, očkovací anamnéza ...).
- Katastrofální nedostatek kvalifikovaného personálu.

#### Příležitosti

- V rámci oddělení mít i pediatrický obvod.
- Podílet se na výchově a přípravě praktiků, kteří by byli schopni sloužit ÚPS na oddělení a zapojit se do 24 hodinové péče o pacienty.
- Radikálně změnit vzdělávací program, včetně ukončení rozdělení oboru do dvou, musí být jen jeden obor „pediatrie“.
- Výrazně omezit dobu pobytu mladých lékařů na vyšším pracovišti v rámci vzdělávacího programu
- Zapojit PLDD do 24 – hodinové péče o pacienty.
- Změnit systém vzdělávání dětských sester.

#### Hrozby

- Mezi aktuální hrozby lze řadit nedostatek lékařů v oboru a jejich odchod z nemocnic do ambulantních zařízení. Pokud nedojde ke změně stávajícího vzdělávacího postgraduálního systému a všichni pediatři (v dalším svém profesním směřování pak někdo PLDD a někdo nemocniční pediatr) se nebudou muset podílet po získání specializované způsobilosti na zajištění 24 hod. péče o dětské pacienty, dojde v budoucnu ke zhroucení systému pediatrické péče a ke zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

- Další hrozbou je stávající systém vzdělávání NLZP, kdy dětská zdravotní sestra se musí stá nejdříve všeobecnou zdravotní sestrou a následně teprve získat specializaci na dětskou. Celková doba vzdělávání je tak nastavena na 8 let a vede k celkovému nedostatku specializovaných sester v oboru.

#### 5.4.4 Gynekologie a porodnictví

##### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Vytíženost lůžek v oboru je přímo závislá na vývoji porodnosti a na existenci či zániku porodnic v okolí regionu, kde se však nepředpokládá v nejbližší době žádná změna. Péče v oboru gynekologie a porodnictví pravděpodobně nebude rozvojem zdravotní službou, zejména vzhledem k demografickým trendům - úbytku počtu porodů. Potřeba služeb v oboru bude pravděpodobně dále klesat i vzhledem ke stále většímu přesunu gynekologických zákroků do ambulantního sektoru a rostoucímu trendu jednodenní chirurgie (gynekologie) v závislosti na úhradovém mechanismu. V úzké návaznosti na pokles počtu porodů bude klesat pravděpodobně i využití lůžek novorozeneckých oddělení. Opačný trend lze očekávat v nárůstu požadavků na intenzivní neonatologická lůžka (FN HK). Trend vzniku nových specializovaných center onkogynekologie a perinatologie.

##### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 19 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK – Gynekologie a porodnictví (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	Gynekologie a porodnictví	35	64,56%	4,55	1 775	8 076	24,58	63,22%
ON NA	NA	Gynekologie a porodnictví	45	47,27%	3,20	2 229	7 132	21,71	43,42%
ON NA	RK	Gynekologie a porodnictví	30	46,00%	3,38	1 429	4 828	14,70	44,09%
ON TU	TU	Gynekologie a porodnictví	43	57,28%	3,72	2 203	8 200	24,96	52,25%
FN HK	HK	Gynekologie a porodnictví	65	82,86%	4,06	4 526	18 382	55,96	77,48%
<b>Celkem</b>		<b>Gynekologie a porodnictví</b>	<b>218</b>	<b>59,59%</b>	<b>3,78</b>	<b>12 162</b>	<b>46 618</b>	<b>141,91</b>	<b>58,59%</b>
FN HK	HK	Gynekologie a porodnictví JIP	4	91,90%	1,13	1 102	1 248	3,80	85,48%

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Péče je v současné době v regionu zabezpečena rovnoměrně s dostatečnou dostupností.

### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** - gynekologicko-porodnická péče v plném spektru včetně perinatologické péče a onkogynekologické péče.
- **ON Jičín**
  - Porodnice - všechny porody po 36. týdnu a péče o rizikové těhotné.
  - Gynekologie - rozsah operativy rozšířen o onkologickou péči v součinnosti s FN HK a onkologií ON JC.
- **ON Náchod**
  - Porodnice - všechny porody po 36. týdnu a péče o rizikové těhotné.
  - Gynekologie - prenatální diagnostika (kromě prvotrimestrálního screeningu) a operační léčba v rozsahu obvyklém pro nemocnici II. typu, částečně onkologická operativa.
- **N Rychnov nad Kněžnou**
  - Porodnice - všechny porody po 36. týdnu a péče o rizikové těhotné.
  - Gynekologie - urogynekologické vyšetření a operační zákroky.
- **ON Trutnov**
  - Porodnice - všechny porody po 36. týdnu a péče o rizikové těhotné.
  - Gynekologie - prenatální diagnostika, urogynekologické vyšetření a operační zákroky.

### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 20 Počty lékařů na odděleních ALP - Gynekologicko-porodnické oddělení (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		2		1		3	2,80
		bez spec.	3					3	3,00
ON Náchod	NA	se spec.		2	4	1		7	3,43
		bez spec.	4					4	4,00
ON Náchod	RK	se spec.	1	1	2			4	3,50
		bez spec.	1					1	1,00
ON Trutnov	TU	se spec.	1	3	2	1	1	8	4,30
		bez spec.	4					4	4,00
FN HK	HK	se spec.	4	9	5	4	3	25	14,67
		bez spec.	9					9	6,90
Celkem v KHK		se spec.	6	17	13	7	4	47	28,70
		bez spec.	21					21	18,90

### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zajištění personální stabilizace jednotlivých oddělení v rámci regionu.
- Zajištění průběžné obnovy přístrojového vybavení.

- Naplňování centrových programů v oblasti onkogynekologie a perinatologické péče.

#### 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Zajistit činnost stávajících gynekologicko-porodnických oddělení v nemocnicích, za podmínky naplnění nepodkročitelných požadavků odborných společností.

Lze očekávat tlak na optimalizaci počtu lůžek gynekologicko-porodnických oddělení v nemocnicích v KHK, kdy je vhodné otevřít diskuzi nad možnou řízenou centralizací.

#### 8. Předpokládané investiční potřeby

- **FN HK** – v souladu s investičním plánem FN HK. Rekonstrukce Porodnické a gynekologické kliniky, včetně začlenění obou složek perinatologického centra (porodnická a neonatologická část).
- **ON Jičín** - obnova a doplnění přístrojového vybavení.
- **ON Náchod** - výstavba nových prostor gynekologického a porodnického oddělení včetně nových operačních sálů. Akutní potřeba obnovy přístrojového vybavení operačního sálu (laparoskopická věž, laparoskopické nástroje, myčka operačních nástrojů s nerezovou linkou, elektrokoagulační zdroj, kardiokografické přístroje na porodnici).
- **N Rychnov nad Kněžnou** - rekonstrukce porodnického sálu včetně obměny přístrojového vybavení operačních sálů.
- **ON Trutnov** - humanizace porodního sálu, obnovu přístrojového vybavení a obnova lůžek.

#### 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Prioritou pro udržení dostatečné úrovně péče v regionu je udržení perinatologického centra v KHK (FN HK).

#### Oborová SWOT analýza

##### Silné stránky

- Rovnoměrné rozložení v rámci regionu (1 porodnice na okres).
- Stabilní výkon v počtech porodů u jednotlivých porodnic.
- Široké spektrum operací.

##### Slabé stránky

- Personální nedostatečnost u lékařského i nelékařského zdravotnického personálu jak pro basální provoz, tak pro služby ÚPS.

##### Příležitosti

- V rozvojových oblastech v KHK (Kvasiny) lze předpokládat nárůst mladších zaměstnanců v produktivním věku, kteří na sebe budou pravděpodobně vázat mírný nárůst gynekologicko-porodnické péče.

##### Hrozby

- Jako největší hrozba je identifikováno nedostatečné financování provozu a mezd v nemocnicích.
- Neatraktivnost oboru gynekologie a porodnictví, z hlediska náročnosti postgraduální přípravy a finančního ohodnocení, pravděpodobně povede ke zvyšování personálního nedostatku na jednotlivých odděleních. Personální dostatečnost bude určovat do budoucna reálnou udržitelnost oddělení v jednotlivých nemocnicích. Personální poddimenzování v relativně krátkém časovém úseku je reálnou hrozbou.



## 5.4.5 Ortopedie

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Vzhledem k setrvávajícím demografickým trendům - stárnutí obyvatelstva, dochází k posunu věku endoprotetických pacientů. Vedle běžných TEP výkonů roste výrazně i poptávka po reoperacích. Dominantní limitace počtu plánovaných výkonů je dána úhradou zdravotních pojišťoven. Vedle plánovaných endoprotetických výkonů lze očekávat i další nárůst traumatologických výkonů u starších pacientů.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 21 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Ortopedie (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON NA	NA	Ortopedie	25	79,7%	5,37	1 317	7 070	21,52	77,48%
ON NA	RK	Ortopedie	29	74,0%	5,31	1 225	6 507	19,81	61,47%
ON TU	TU	Ortopedie	20	66,5%	7,52	615	4 626	14,08	63,37%
FN HK	HK	Ortopedie	73	79,21%	8,41	2 281	19 173	58,37	71,96%
<b>Celkem</b>		<b>Ortopedie</b>	<b>147</b>	<b>74,84%</b>	<b>6,65</b>	<b>5 438</b>	<b>37 376</b>	<b>113,78</b>	<b>69,66%</b>
FN HK	HK	Ortopedie JIP	4	80,54%	1,87	589	1 101	3,35	75,41%

U FN HK část realizovaných operací endoprotéz zabezpečuje traumatologické oddělení.

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Dostupnost zdravotní péče v tomto segmentu je v regionu relativně rovnoměrná, kdy jediným okresem bez samostatné ortopedie je Jičín, se směřováním pacientů do ON Trutnov, FN HK a nemocnic v Liberci, Mladé Boleslavi a Semilech. Všechny tři pracoviště ZH KHK jsou využitelná k operativním zákrokům TEP a pracoviště FN HK jako vysoce specializované pracoviště k plnému spektru ortopedických operací. Vzhledem k rostoucím požadavkům na kloubní náhrady lze předpokládat navyšování výkonů a zvyšování výkonů pracovišť.

Tabulka 22 Čekací doba (na první kloub)

	ON Náchod	ON Trutnov	N Rychnov n. Kněžnou
Artroskopie	2 až 3 týdny	3 týdny	2 až 4 týdny
TEP kolene	18 měsíců	4 měsíce (TEP)	2 až 5 měsíců (TEP)
TEP kyčle	14 měsíců		

#### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** - zajištění ortopedických výkonů v celém spektru oboru ortopedie.
- **ON Náchod** - zajištění ortopedických výkonů v základním spektru oboru ortopedie mimo spondylochirurgie, dětské operativy a onkologie a septika (komplikované).
- **N Rychnov nad Kněžnou** - zajištění ortopedických výkonů v základním spektru oboru ortopedie mimo spondylochirurgie, dětské operativy a onkologie a septika (komplikované).
- **ON Trutnov** - zajištění ortopedických výkonů v základním spektru oboru ortopedie mimo spondylochirurgie, dětské operativy a onkologie a septika (komplikované).
- **ON Jičín** - zajištění traumat jako součást chirurgického oddělení.
- **MN Dvůr Králové nad Labem** - zajištění drobných ortopedických výkonů jako součást chirurgického oddělení.

#### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 23 Počty lékařů na odděleních ALP - Ortopedie (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Náchod	NA	se spec.	2	2	3			7	6,55
		bez spec.	1					1	1,00
ON Náchod	RK	se spec.	1	1	4	2		8	5,40
		bez spec.	2					2	1,80
ON Trutnov	TU	se spec.		1	2	2	1	6	3,80
		bez spec.	1					1	1,00
FN HK	HK	se spec.		8	4	1	3	16	12,75
		bez spec.	5	2				7	6,35
Celkem v KHK		se spec.	3	12	13	5	4	37	28,50
		bez spec.	9	2				11	10,15

#### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zajistit odpovídající personální zajištění pro udržení činnosti ortopedických oddělení.
- Zajistit výkon „velkých ortopedických reoperací“ na stávajících pracovištích.
- Zajistit průběžnou obnovu přístrojové techniky a technické úpravy prostor ortopedických oddělení nemocnic v KHK.

#### 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Zajistit činnost všech ortopedických oddělení nemocnic v KHK.
- Zajistit činnost velkých reoperací ve všech stávajících pracovištích v KHK (včetně úhrady ZP).
- Zabezpečení dostatečných kapacit návazné péče.
- Zvyšování komfortu pacientů.
- Aktivně reagovat na případné možnosti nadstandardní péče.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- **FN HK** - v souladu s plánem investičního rozvoje FN HK proběhne centralizace v rámci projektu „Modernizace chirurgických oborů – rekonstrukce a přístavba Bedrnova pavilonu“.
- **ON NA** - průběžné obnovování přístrojové techniky.
- **ON TU**
  - Ortopedické pily a frézy.
  - Vybudování septických pokojů.
  - Monitorovací centrála na pooperační pokoje.
  - Stavební úpravy na oddělení - sociální zařízení čtyř pokojů.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Stabilizovaná personální situace lékařů v ON Náchod.
- Vysoce kvalifikované ošetření s velmi dobrou zpětnou vazbou od obyvatel Rychnovska a s nárůstem pacientů z širšího regionu v nemocnici Rychnov nad Kněžnou.
- Moderní operační sály v ON Trutnov.
- Krátké čekací doby na operace v ON Trutnov a nemocnici Rychnov nad Kněžnou.

#### Slabé stránky

- Stávající nedostatečné lůžkové oddělení a protahovaná rekonstrukce stávajících operačních sálů v ON Náchod.
- Absence septických pokojů v ON Trutnov.

#### Příležitosti

- Vybudování plánované části generelu v ON Náchod s novým operačním traktem a lůžkovým oddělením.
- Vzhledem k rozvoji průmyslové zóny Kvasiny a okolí s vysokým podílem fyzické práce a předpokládanému růstu obyvatel Rychnovska lze očekávat vyšší poptávku po službách ortopedického oddělení v nemocnici Rychnov nad Kněžnou.
- Zvýšení počtu operací, zejména endoprotéz a reimplantací.
- Vybudování septických pokojů v ON Trutnov.

#### Hrozby

- Vysokým rizikem v dalším období je nedostatek odborného zdravotnického personálu (LP i NLZP).

## 5.4.6 Neurologie

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Péči v oboru neurologie lze považovat za rozvíjející se zdravotní službu, zejména vzhledem k demografickým trendům, tj. stárnutí obyvatelstva a rozvoji civilizačních nemocí. Potřeba těchto zdravotních služeb bude i do budoucna dále narůstat. Jedná se především o pacienty s cévní mozkovou příhodou, epileptiky, atd.

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 24 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Neurologie (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmulovaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš. doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	Neurologie - standard	22	68,08%	5,61	947	5 309	16,16	66,11%
ON NA	NA	Neurologie - standard	30	51,67%	4,93	1 073	5 294	16,12	48,35%
ON TU	TU	Neurologie - standard	30	79,38%	5,11	1 037	5 301	16,14	48,41%
FN HK	HK	Neurologie - standard	50	72,57%	6,33	2 041	12 921	39,33	70,80%
<b>Celkem</b>		<b>Neurologie</b>	<b>132</b>	<b>67,92%</b>	<b>5,50</b>	<b>5 098</b>	<b>28 825</b>	<b>87,75</b>	<b>59,83%</b>

ON NA	NA	Neurologie - JIP	4	91,00%	4,27	277	1 183	3,60	81,03%
ON TU	TU	Neurologie - JIP	4	75,00%	5,25	183	961	2,93	65,82%
FN HK	HK	Neurologie - JIP	6	90,31%	4,40	424	1 864	5,67	85,11%
<b>Celkem</b>		<b>Neurologie - JIP</b>	<b>14</b>	<b>85,44%</b>	<b>4,64</b>	<b>884</b>	<b>4 008</b>	<b>12,20</b>	<b>78,43%</b>

## 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Rozložení poskytované akutní lůžkové péče (ALP) v regionu KHK je relativně rovnoměrné, kdy jediným přímo „nepokrytým“ okresem je Rychnov nad Kněžnou, kde jsou pacienti směřováni do ON Náchod a do FN HK. Využití lůžkové kapacity jednotlivých oddělení je nerovnoměrné v závislosti na spektru ošetrovaných diagnóz a průměrné ošetrovací době. Činnost všech neurologických oddělení (FN HK, ON JC, ON NA, ON TU) je potřeba v kraji zachovat ve stávajících kapacitách, jejich využitelnost a pokrytí je odpovídající. Výhledově pravděpodobně poroste potřeba těchto lůžek.

## 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** – komplexní spektrum neurologické péče,
- **ON Jičín** – základní spektrum ambulantní a lůžkové neurologické péče,
- **ON Náchod** – komplexní spektrum mimo centrové péče RS, dětské pacienty a KCC,
- **ON Trutnov** – komplexní spektrum mimo centrové péče RS, dětské pacienty a KCC,
- **ON NA – N Rychnov nad Kněžnou** - zajištění základní neurologické péče v rámci odborností lékařů interních oddělení. Při potřebách akutní neurologické péče spolupráce s ON Náchod a FN HK.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 25 Počty lékařů na odděleních ALP - Neurologie (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		4	2	1		7	2,51
		bez spec.	3	1				4	2,60
ON Náchod	NA	se spec.	1	4	1	2		8	5,05
		bez spec.	1					1	1,00
ON Trutnov	TU	se spec.		5	1	1		7	4,83
		bez spec.	1					1	1,00
FN HK	HK	se spec.	2	9	5	1	2	19	12,15
		bez spec.	5	1				6	4,60
Celkem v KHK		se spec.	3	22	9	5	2	41	24,54
		bez spec.	10	2				12	9,60

Již v současné době je akutní nedostatek lékařského personálu na odděleních neurologie, kdy v **ON Trutnov** - chybí 2 lékaři a v **ON Náchod** - chybí 2 lékaři.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zajistit odpovídající personální zajištění pro činnosti neurologických oddělení a JIP.
- Zajistit průběžnou obnovu přístrojové techniky a technické úpravy prostor neurologických oddělení v KHK.
- Zajistit finanční podmínky pro obnovu přístrojového vybavení pro iktová centra.
- Zlepšení kooperace s následnou péčí.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Zajistit činnost všech stávajících neurologických oddělení nemocnic v KHK, včetně JIP v požadovaných kapacitách (viz Bod 2).
- **FN HK** – udržet Komplexní cerebrovaskulární centrum.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- **FN HK** – v souladu s investičním plánem FN HK.
- **ON Jičín** - MR, obnova přístrojového vybavení.
- **ON Náchod** - MR, EMG.
- **ON Trutnov**
  - Přístroj pro detekci **motorických evokovaných potenciálů**.
  - Výměna zařízení pro **celonoční polysomnografii (PSG)** pro spánkovou laboratoř (z r. 2006).
  - Obnova MR na nový **1.5 T**.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Iktové centrum v ON Trutnov (statut je udělen MZ ČR do 31. 12. 2020), kdy „spádová“ oblast zasahuje částečně i do Libereckého kraje.

#### Slabé stránky

#### Příležitosti

- Systematické provádění sonotrombolýzy během intravenosní trombolýzy a léčba kořenovými obstrukcemi pod CT kontrolou při vertebrogenních onemocnění v ON Trutnov.
- Rozšíření portfolia vyšetření evokovaných potenciálů o vyšetření MEP (motorické evokované potenciály) a urychlit diagnostiku u parapares a indikací operačních zákroků na krční páteři v ON Trutnov.
- Spolupráce mezi neurologií a spánkovou laboratoří, zejména vzhledem k nedostatku těchto pracovišť v ČR, v ON Trutnov.

#### Hrozby

- Největší hrozbou pro budoucí činnost poskytovatelů v oboru neurologie je personální nedostatečnost lékařů i NLZP!
- Zatížení oddělení neurologie psychiatrickými pacienty. Neurologie supluje zejména akutní péči o pacienty s alkoholovým deliriem, úzkostnými stavy, depresemi a psychózami, zejména v době ústavní pohotovostní služby. Rezervy spatřujeme ve využívání akutní ambulance praktickými lékaři (zatížení neindikovanými pacienty).
- Návaznost na stávající využívání/zneužívání ZZS, kdy možnou eliminací hrozby je využívání plného spektra kompetencí RZP.

## 5.4.7 Rehabilitace

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Poptávka po rehabilitaci ambulantní i lůžkové stoupá v závislosti na stárnutí populace a na rozvoji neurologie a operačních oborů - ortopedie a chirurgie. Přibývá pacientů s degenerativním postižením pohybového aparátu, kteří jsou v produktivním věku (díky prodlužující se době odchodu do důchodu), přibývá pacientů po náhradách nosných kloubů nejen jako primoimplantace, ale i seniorů s několikatými reoperacemi. Zvyšuje se počet pacientů přežívajících po dopravních nehodách a cévních mozkových příhodách s těžkými pohybovými deficity.

Dále se dá předpokládat, že mladá generace vzhledem ke způsobu života a všeobecně malé pohybové aktivitě bude zvýšeně poptávat rehabilitační péči z důvodů bolestí zad, svalových dysbalancí atd.

V souvislosti s výrazným zkvalitněním péče o předčasně narozené, zvýšením počtu jejich přežití, současně ale i počtu narozených s vadou, dochází k nárůstu a zvýšení nároků na rehabilitační péči těchto dětí.

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 26 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Rehabilitace (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JI	NB	Rehabilitace	35	92,62%	15,67	645	10 107	30,77	79,12%
ON NA	NA	Rehabilitace	34	67,31%	16,96	456	7 734	23,54	62,32%
ON TU	TU	Rehabilitace	20	86,27%	14,71	366	5 383	16,39	73,74%
FN HK	HK	Rehabilitace	44	90,05%	16,69	782	13 053	39,74	81,28%
<b>Celkem</b>		<b>Rehabilitace</b>	<b>133</b>	<b>84,06%</b>	<b>16,01</b>	<b>2249</b>	<b>36 277</b>	<b>110,43</b>	<b>74,73%</b>

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

- **FN HK** – poskytuje péči pro celý kraj a část Pardubického kraje. Návaznost na traumatologickou péči (traumacentrum) – požadavek o navýšení 20 lůžek rehabilitace.
- **ON Jičín** – poskytuje péči nejen pro pacienty okresu, ale i pro pacienty z přilehlých okresů.
- **ON Trutnov** má jediné oddělení, které poskytuje akutní lůžkovou rehabilitační péči v okrese Trutnov. Málo lůžek pro iktové centrum.
- **FN, ON Jičín, Náchod i Trutnov** pociťují nedostatek následných rehabilitačních lůžek např. Hostinné, Luže atd. Častým problémem je umístění pacientů na akutní rehabilitační lůžko.

Nutno provázat akutní a následnou péči. Následná péče má menší nároky na personální vybavení.

Problémem systému je návaznost etap péče – nutno navrhnout vhodnou celoregionální strukturu poskytované péče.

Nemocnice Náchod odesílá své pacienty buď na lůžka OLÚ do Hostinného nebo Janských Lázní, nebo potom v rámci lázeňské léčby, pacienti jsou umístováni cca s prodlevou 2-3 měsíce.

Pacient po akutním iktu, odléčený na akutním rehabilitačním lůžku cca 28 dní, který není schopen být v domácí péči a potřebuje další ústavní rehabilitaci, odchází do LDN, protože není jiná možnost!

### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK**
  - péče v celém rozsahu rehabilitační péče včetně rehabilitačně-protetického oddělení,
  - péče o pacienty po cévních mozkových příhodách v rámci KCC.
- **ON Jičín**
  - péče v rozsahu oblastní nemocnice,
  - převažují pacienti po cévních mozkových příhodách, pacienti traumatologičtí, geriatrictí, po plánovaných endoprotetických výkonech a pacienti revmatologičtí.
- **ON Náchod**
  - péče v rozsahu oblastní nemocnice,

- převažují pacienti po cévních mozkových příhodách a po plánovaných endoprotetických výkonech.
- **ON Trutnov**
  - péče v rozsahu oblastní nemocnice,
  - převažují pacienti po cévních mozkových příhodách a po plánovaných endoprotetických výkonech.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 27 Počty lékařů na odděleních ALP - Rehabilitační oddělení (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	Nový Bydžov	se spec.		2	1	1		4	3,80
		bez spec.	1			1		2	2,00
ON Náchod	NA	se spec.		1	1	1		3	2,95
		bez spec.	1	1				2	1,88
ON Náchod	RK - následná péče	se spec.			1			1	1,00
		bez spec.							
ON Trutnov	TU	se spec.		2		1		3	2,80
		bez spec.							
FN HK	HK	se spec.		2	3	3	1	9	7,03
		bez spec.	3					3	3,00
Celkem v KHK		se spec.		7	6	6	1	20	17,58
		bez spec.	5	1		1		7	6,88

- **FN HK**
  - problém feminizace oboru,
  - odchody personálu do privátní sféry,
  - problém se vzděláváním nových specialistů – systém neumožňuje vytvářet rezidenční místa.

Všeobecný problém s nedostatkem fyzioterapeutů.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Modernizace a obnova přístrojového vybavení napříč poskytovateli zdravotní péče.
- Personální zajištění napříč všemi poskytovateli zdravotní péče.
- Průběžné vzdělávání v oboru.

### ON Jičín

- **rozvoj spektra rehabilitační péče:**
  - péče o geriatrické, traumatologické pacienty, pacienty po CMP,
  - onkologická problematika, zejména terapie lymfedému u žen po operaci prsu,
  - zachování již vybudované tradice a RHB revmatologických pacientů, při revmatologické poradně v Novém Bydžově,
  - péče o děti s vrozenou vadou či zpožděním vývoje, dle konceptu Bobath,



- spolupráce s gynekologií - léčba funkční sterility dle Mojžíšové,
- posílení ergoterapie (+ prostory),
- vylepšení prostředí interiérů rehabilitace.

#### **ON Náchod**

- rozšíření stávajícího oddělení o prostory nynější infekční ambulance,
- přestěhování rehabilitační ordinace do dolní nemocnice a tím zvýšení využitelnosti ordinace,
- otevření ambulance dětské rehabilitace.

#### **ON Trutnov**

- nasmlouvat rozšíření lůžkové kapacity na minimálně 30 lůžek a s tím související zajištění dostatečných prostor pro chod lůžkového rehabilitačního oddělení,
- zavedení lymfologické péče v ambulantní i lůžkové části (nedaří se nasmlouvat příslušné výkony u VZP),
- vybavení přístroji pro robotickou a počítačově asistovanou rehabilitaci
- zařízení pro rehabilitaci ruky a prstů Gloreha,
- přístroj pro vertikalizaci, mobilizaci a proprioceptivní stimulaci se zpětnou vazbou,
- dynamický chodník s integrovanými tlakovými senzory pro analýzu a nácvik chůze,
- přístroj pro vyšetření a rehabilitaci horních končetin s motivační zpětnou vazbou,
- spolupráce s rehabilitační klinikou FN HK a 1. LF UK (účast v odborných studiích).

#### **7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)**

- **ON Jičín** - vybudování podmínek pro komplexní rehabilitaci a rozšíření péče v obou areálech (JC a NB).
- **ON Trutnov** - kompletní přebudování úseku vodoléčby.

#### **8. Předpokládané investiční potřeby**

- **ON Jičín**
  - vybavení přístroji pro robotickou a počítačově asistovanou rehabilitaci z prostředků fondů IROP,
  - průběžná obnova dalších přístrojů a vybavení v rámci projektu návazné péče IROP,
  - vybudování podmínek pro komplexní rehabilitaci (ON Jičín – RHB oddělení Nový Bydžov) a rozšíření péče (ON Jičín – areál Jičín).
- **ON Trutnov** - robotická a počítačově asistovaná rehabilitace.

#### **9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK**

##### **Oborová SWOT analýza**

##### **Silné stránky**

- Vybudovaná síť RHB pracovišť v kraji.

##### **Slabé stránky**

- Nedostatek odborného personálu.
- U zahraničního personálu se projevuje negativně nejen jazyková bariéra, ale rovněž i „jiná“ úroveň odborné erudice.

### Příležitosti

- Růst poptávky po rehabilitační péči.

### Hrozby

- Nedostatek odborného personálu – fyzioterapeuti, lékaři, zdravotní sestry, ergoterapeuti),
- Péče o dětské pacienty v privátním sektoru – nechtějí je ošetřovat, v nemocnicích chybí proškolený personál (mimo ON Trutnov).
- Nedostatečná návaznost akutní a rehabilitační péče, nedostatečná návaznost rehabilitační péče (akutní a následná).
- Dlouhé čekací lhůty.

## 5.4.8 Psychiatrie

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Zvyšující se průměrný věk a stárnutí populace vyvolá vyšší potřebu gerontopsychiatrické péče. S tím souvisí zřízení specializovaných gerontopsychiatrických ambulancí a konziliární péče na somatických odděleních (LDN, interna).

Aktuálně probíhá reforma psychiatrické péče v ČR, jejímž nositelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Z hlediska vlastního zaměření reformy psychiatrické péče je možné očekávat, že v budoucích letech vzniknou, příp. budou inovovány některé zdravotní či sociální služby, které je vhodné ukotvit v návaznosti na služby aktuálně dostupné v jednotlivých krajích. Jedná se jak o Centra duševního zdraví (CDZ), tak o další služby, jejichž dostupnost je ve stávající situaci nedostatečná. (Č. j.: MZDR 7329/2015-1/EF)

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 28 Obloženost a využitelnost lůžek nemocnic v KHK - Psychiatrie (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obloženost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obloženosti (stejná oš.doba)	Obloženost z maximální kapacity
ON JC	JC	Psychiatrie	21	92,28%	31,28	154	4 817	14,66	62,84%
ON NA	Nové Město nad Metují	Psychiatrie	30	95,07%	21,74	307	6 674	20,32	60,95%
FN HK	HK	Psychiatrie	60	88,21%	20,92	904	18 912	57,57	86,36%
<b>Celkem</b>		<b>Psychiatrie</b>	<b>111</b>	<b>91,85%</b>	<b>24,65</b>	<b>1 365</b>	<b>30 403</b>	<b>92,55</b>	<b>75,04%</b>

Pozn.

- **ON Jičín**
  - 21 lůžek je nasmlouváno, fakticky je k dispozici 15 lůžek (otevřený režim),

- plánovaná kapacita 30 lůžek bude plně využita,
- absence akutního uzavřeného oddělení.
- **ON Náchod – Nemocnice Nové Město nad Metují**
  - 30 lůžek je nasmlouváno, fakticky je k dispozici 20 lůžek (otevřený režim).
- **FN HK**
  - psychiatrické oddělení A je uzavřené oddělení s 15 lůžky uzavřeného režimu pro akutní pacienty.

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

- **FN HK**
  - psychiatrická klinika
    - oddělení A, oddělení B, oddělení C,
    - denní stacionář,
    - Léčebna návykových nemocí Nechanice (následná péče),
    - ambulance (adiktologická, pro děti a dorost, pro afektivní poruchy, psychotické poruchy, poruchy spánku).
- **ON Jičín**
  - psychiatrické oddělení – dlouhé čekací doby na umístění pacienta, častým problémem je nemožnost umístit indikovaného pacienta na akutní uzavřené oddělení v jiných zařízeních z důvodu naplněné kapacity (v KHK pouze jediné zařízení – FN),
  - psychiatrická ambulance – ambulantní péče je stále dostupná přes trvalý nárůst počtu pacientů, při současném trendu navyšování, dojde v budoucnu k prodlužování čekací doby a nutnosti snižovat frekvenci kontrol,
  - ambulance klinické psychologie.
- **ON Náchod – Nemocnice Nové Město nad Metují**
  - psychiatrické oddělení,
  - psychiatrická ambulance.

V kraji je nedostatečně řešena ambulantní adiktologická péče.

### 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** – kompletní rozsah psychiatrické péče lůžkové (akutní lůžka v areálu FN slouží k diagnostice a léčbě celého spektra duševních poruch a nemocí včetně akutních psychóz, nemocných s psychomotorickým neklidem, delirantních stavů a komplikovaných somaticky komorbidních stavů, detoxifikací a akutní péče o gerontopsychiatrické nemocné). V ambulantní péči klinika poskytuje péči v denním stacionáři pro úzkostné a afektivní nemocné (F3 a F4 skupiny dle MKN - 10), kromě příjmové ambulance má klinika ambulanci pro děti a dorost, poradnu pro afektivní poruchy, poradnu pro psychotické poruchy a poradnu pro poruchy spánku v rámci mezioborového centra spánkové medicíny FN HK. Lůžka následné péče má klinika detašované v Nechanicích. Léčebna slouží pro středně dobou odvykací léčbu při návykových nemocech.
- **ON Jičín** – lůžkové oddělení: pracuje v otevřeném režimu, přijetí na objednání, výhradně dobrovolné hospitalizace. Diagnostické spektrum: převážně úzkostné a depresivní reakce a poruchy, periodické depresivní poruchy, lehčí poruchy osobnosti, psychózy k doléčení a u pacientů s náhledem, lehčí organické poruchy. Neléčí závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách, těžké poruchy osobnosti a těžké organické syndromy, demence, deliriosní stavy. Provádí psychoterapii skupinovou i individuální. Ambulance: celé spektrum diagnóz ve všeobecné ambulanci, bez specializované ambulance.
- **Nové Město nad Metují** – všeobecná péče, vyjma akutních stavů s výrazným psychomotorickým neklidem, vyjma systematické psychoterapie, neprovádí systematickou protialkoholní léčbu.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 29 Počty lékařů - Psychiatrické oddělení (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		4	1			5	3,90
		bez spec.							
ON Náchod	Nové Město nad Metují	se spec.	2		2			4	2,20
		bez spec.	1					1	0,81
FN HK	HK	se spec.	5	4	4	1	1	15	10,90
		bez spec.	5					5	3,90
Celkem v KHK		se spec.	7	8	7	1	1	24	17,00
		bez spec.	6					6	4,71

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- vznik CDZ – RIAPS Trutnov jako pilotní projekt v KHK,
- ON Jičín vznik CDZ s rozšířenou lůžkovou částí (15 uzavřených, 15 otevřených lůžek) ve spolupráci s PDZ,
- řešení nedostatku počtu lůžek v KHK, zejména oddělení s uzavřeným režimem,
- udržení stávajícího a získání nového odborného personálu,
- nalezení dlouhodobě akceptovatelného řešení organizačního začlenění Léčebny návykových nemocí Nechanice (následná péče).

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- podpora komunitní péče a vznik CDZ ve všech okresech,
- řešení problematiky akutní hospitalizace dětských psychiatrických pacientů,
- získávání nového odborného personálu.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- CDZ Trutnov (vznik připravuje SOL Trutnov),
- CDZ Jičín,
- prostory pro možné navýšení lůžkové péče,
- humanizace prostředí stávajících prostor.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Tři lůžková nemocniční psychiatrická oddělení. Abychom tuto výhodu využili, je nutné restrukturalizovat oddělení v Jičíně a personálně posílit oddělení v Novém Městě nad Metují.
- Činnost PDZ – komunitních center v mnoha městech KH Kraje a činnost komunitního centra RIAPS v Trutnově. To mohou být dobré zárodky plánovaných CDZ komunitních center.
- V ON Jičín velmi dobré zázemí nemocnice, možnost všestranné péče o pacienty a dlouhodobě fungující a ověřená spolupráce s terénními službami PDZ.

### Slabé stránky

- Nedostatek kvalifikovaných lidí na trhu práce a nedostatek nových zájemců o obor psychiatrie.
- Špatná geografická dostupnost lůžek následné péče.
- Dvojkolejnost řízení oblastí zdravotní a sociální.

### Příležitosti

- Reforma psychiatrické péče.

### Hrozby

- Prodlévky v realizaci projektu CDZ.
- Nedostatek školeného personálu (lékařský i nelékařský).
- Nárůst pacientů – stárnutí populace, životní debaklové situace, závislosti.

## 5.4.9 Radioterapie a onkologie

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Nádorová onemocnění představují závažný zdravotní problém současné české populace. Představují čtvrtinu všech úmrtí v ČR, tvoří druhou nejčastější příčinu úmrtí. Neustále roste počet nově diagnostikovaných nádorových onemocnění. I přes rostoucí incidenci onkologických onemocnění standardizovaná úmrtnost na zhoubné novotvary mírně klesá, což je dáno jednak zvyšující se kvalitou léčby, ale také včasnějším zachytem těchto onemocnění, kdy je léčba úspěšnější. Zaváděním stále nových léků do klinické praxe je prodlužována doba přežití i u pacientů primárně v paliativní léčbě. Pacienti se dožívají i nádorové duplicity či triplicity.

To vše vede k nárůstu nákladů na léčbu a k potřebě rozšíření léčebných kapacit. Trendem bude postupné přesouvání péče na regionální pracoviště, kde bude nadále aplikována chemoterapie spolu s již déle používanou biologickou léčbou.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

V souvislosti s uvedenými fakty musíme předpokládat, že nemocní budou potřebovat i péči souvisejících oborů a jejich lůžkové zázemí – zejména chirurgie, interny a gynekologie.

Lůžková kapacita s akutními lůžky v moderní onkologii má jen částečný smysl a to zejména v centrech, kde se podává náročnější léčba a kurativně či paliativně se ozařuje. Na regionální úrovni mají lůžka spíše ošetrovatelský charakter nebo slouží k ukládání pacientů při paliativní radioterapii (většinou horší klinický stav pacientů). Většina systémové onkologické léčby se podává ambulantně v denním stacionáři (např. Oddělení klinické onkologie ON Náchod, Onkologické oddělení N Rychnov nad Kněžnou).

**Tabulka 30 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Radioterapie a onkologie (r. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	Radioterapie	20	67,62%	10,17	429	4 363	13,28	59,77%
ON TU	TU	Radioterapie	28	73,56%	9,42	741	6 982	21,25	68,32%
FN HK	HK	Radioterapie a onkologie	62	85,95%	10,73	1 719	18 437	56,12	81,47%
<b>Celkem</b>		<b>Radioterapie</b>	<b>110</b>	<b>75,71%</b>	<b>10,11</b>	<b>2 889</b>	<b>29 782</b>	<b>90,66</b>	<b>74,18%</b>

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Dostupnost onkologické péče v KHK je celkem dobrá. Eventuální prodleva je způsobená špatnou dostupností náročnějších diagnostických metod např. MR, PET/CT, ERCP, endoskopických metod apod. Dále existují delší termíny kurativní radioterapie v centrech (FN HK i Liberec). Dostupnost péče je potřeba minimálně zachovat v současném rozsahu.

### 4. Rozsah poskytované péče

**FN HK** – zajišťuje komplexní péči v oboru.

**Oblastní nemocnice** zajišťují konvenční chemoterapii a paliativní péči.

Výhledově se uvažuje i o přesunutí části cílené (biologické) léčby na necentrová pracoviště.

Rozsah poskytované péče je třeba zachovat.

Důležité je podporovat a rozšiřovat paliativní a hospicovou péči mimo lůžková zařízení.

### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

**Tabulka 31 Počty lékařů na odděleních ALP - Radioterapie a onkologie (k 31. 12. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		1				1	1,00
		bez spec.	2					2	2,00
ON Trutnov	TU	se spec.		2	1	2		5	3,55
		bez spec.							
ON Náchod	NA	se spec.		1	1			2	2,00
		bez spec.	1					1	0,20
ON Náchod	RK	se spec.			1			1	1,00
		bez spec.							
FN HK	HK	se spec.	9	4	4	2		19	18,05

	bez spec.	5					5	4,60
<b>Celkem v KHK</b>	<b>se spec.</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>4</b>		<b>28</b>	<b>25,60</b>
	<b>bez spec.</b>	<b>8</b>					<b>8</b>	<b>6,80</b>

Pozn. 1 V **ON Náchod** (NA a RK) jsou denní stacionáře.

Pozn. 2

**Oblastní nemocnice** – problém se vzděláváním – odchod personálu.

**FN HK** – problém s tabulkovými místy pro vzdělávání lékařů k atestaci v oboru onkologie.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zlepšování paliativní a hospicové péče, snaha o zlepšení komunikace s praktickými lékaři.
- **FN HK** – spolupráce a podpora vzniku paliativních ambulancí v oblastních nemocnicích.
- **ON Jičín** - rozvoj oboru v úzké spolupráci s Klinikou onkologie a radioterapie FN Hradec Králové jako detašované pracoviště KOC, výstavba nového stacionáře, zavádění nových forem léčby, zřízení ambulance paliativní péče, dostupnost chemoterapie zajistit podle klinických potřeb pacientů
- **ON Trutnov** – zachování minimálně stávajícího stavu.
- **ON Náchod** - zajištění lůžkové kapacity pro oddělení v rámci výstavby nemocnice - je nutno počítat s několika lůžky pro onkologické pacienty, kde by bylo možno podávat časově náročná chemoterapeutická schémata.
- **N Rychnov nad Kněžnou** - zachování stávajícího rozsahu péče, multioborová spolupráce, spolupráce s Klinikou onkologie a radioterapie FN Hradec Králové.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Navyšování kapacit stacionáře vzhledem k předpokládanému přesunu cílené biologické léčby na spádové onkologie.
- Výchova dalších lékařů v oboru klinická onkologie.
- Důraz na zkvalitňování péče o pacienty, jak v oblasti kurativní, tak paliativní.
- Podpora mobilní hospicové péče, zřizování ambulancí pro léčbu bolesti (ve spolupráci s anesteziology), zřizování nutričních a paliativních ambulancí.
- S rozvojem personalizované medicíny prohlubování mezioborové spolupráce.
- **FN HK** – udržení Centra vysoce specializované onkologické péče pro dospělé.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- **FN HK**
  - obnova dvou stávajících lineárních urychlovačů a pořízení třetího lineárního urychlovače včetně přístavby pro jeho umístění,
  - podpora investic do personalizované medicíny (programové vybavení, technické vybavení ...).
- **ON Jičín** – v souvislosti s plánovanou investiční výstavbou modernizovat prostory stacionáře, doplnit diagnostické vybavení nemocnice (MR).
- **ON Trutnov**
  - pořízení ortovoltážního rtg přístroje,
  - pořízení virtuálního simulátoru,
  - zřízení podpůrné a paliativní ambulance.
- **ON Náchod**
  - zajištění lůžkové kapacity v rámci plánované výstavby nemocnice,

- do budoucna prostorové rozšíření stacionáře (resp. jeho lůžkové kapacity v předpokládaném novém umístění).
- **N Rychnov nad Kněžnou** – obměna zařízení.

### 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Obecným problémem je centralizace pacientů do velkých center, která byla zřízena pro tzv. špičkovou, nákladnou léčbu (ozáření lineárními urychlovači a aplikace personalizované léčby „biologická terapie“), což způsobilo úbytek pacientů oblastním nemocnicím. Tito by se měli vracet dle spádu k dispenzární či paliativní léčbě.

V rámci zachování kvality péče je nutné zachovat dosažitelnost radioterapie pro nemocné vyžadující paliativní léčbu. Pracoviště provádějící paliativní radioterapii by mělo úzce spolupracovat s pracovišti vybavenými pro radikální léčbu a naopak.

Současný stav péče v oboru lze zachovat jen při zabezpečení kvalifikovaným personálem.

#### Spolupráce mezi FN HK a nemocnicemi v regionu:

- Klinika onkologie a radioterapie FN Hradec Králové bude nadále zajišťovat radikální radioterapii a podávání biologické léčby. Pacienty po absolvování těchto léčebných modalit bude předávat k další léčbě či sledování zpět na odesílající onkologická pracoviště.
- Klinika onkologie a radioterapie FN Hradec Králové bude podporovat možnost podávání biologické léčby na regionálních onkologických pracovištích.
- Kobaltové ozařovače v Jičíně a Trutnově budou v provozu do ukončení povolení SÚJB pro paliativní radioterapii. Nepočítá se s jejich obnovou, neboť koncepce rozvoje oboru radiační onkologie akceptovaná MZČR i pojišťovnamy preferuje koncentraci nákladné ozařovací techniky na onkologická centra. Klinika onkologie a radioterapie bude dovybavena třetím lineárním urychlovačem.
- Klinika onkologie a radioterapie bude využívat kapacity regionálních nemocnic při zajišťování některých diagnostických a léčebných metod, jako je laparoskopie, některé chirurgické zákroky, standardní onkologická systémová léčba, paliativní léčba, podpůrná léčba, rehabilitace.

#### Oborová SWOT analýza

##### Silné stránky:

- Síť onkologických pracovišť v kraji.

##### Slabé stránky:

- Paliativní hospitalizace zatěžující akutní onkologická lůžka.

##### Příležitosti:

- Dobré interpersonální vztahy,
- Příspěvek kraje na výchovu odborníků ve FN HK.
- Finanční podpora rezidenčních míst ve FN HK.

##### Hrozby:

- Administrativní tlak na přesun péče do center i u pacientů, u kterých je možno ve spolupráci s centrem podat léčbu v regionu.
- Nedostatek kvalifikovaného personálu, především lékařů.



## 5.4.10 Urologie

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Vzhledem ke stávajícímu demografickému trendu v KHK – stárnutí obyvatelstva, lze zdravotní péči v oblasti urologie považovat za mírně rozvojovou. Lze racionálně předpokládat mírný nárůst potřeb v počtu pacientů, i v důsledku změny postupů v jiných oborech, a následně realizovaných výkonů v oblasti urologie. U starších lidí lze očekávat vyšší výskyt komplikací léčby a prodloužení hospitalizací u těchto pacientů. Při pokračujícím rozvoji oboru lze souběžně předpokládat další postupný přesun výkonů z oblasti akutní lůžkové péče do oblasti ambulantního segmentu a jednodenních operačních zákroků případně zkrácení doby strávených na lůžku (zvláště při využití robotických operačních zákroků). Trend nárůstu potřeb v počtu pacientů a souběžné zkrácení pobytu na lůžku povede pravděpodobně k zachování celkové obložnosti při zachování rozsahu lůžkového fondu. Jedním z trendů v oboru je rostoucí zájem (požadavek) pacientů o laparoskopické a endoskopické zákroky.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Stávající počet lůžek v KHK je 3. nejvyšší v ČR a je na spodní hranici využitelnosti.

Tabulka 32 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Urologie (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmulovaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON NA	NA	Urologie	20	66,53%	4,51	1 001	4 511	13,73	61,79%
MN DK	DK	Urologie	20	66,90%	4,19	1 051	4 402	13,40	60,30%
FN HK	HK	Urologie	43	71,61%	4,89	2 054	10 040	30,56	63,97%
<b>Celkem</b>		<b>Urologie</b>	<b>83</b>	<b>68,3%</b>	<b>4,53</b>	<b>4 106</b>	<b>18 953</b>	<b>57,70</b>	<b>62,56%</b>

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Zdravotní péče v oboru urologie je v rámci regionu rozmístěna relativně nerovnoměrně – Hradec Králové (HK), Náchod (NA) a Dvůr Králové nad Labem (TU) a není plnohodnotně zabezpečena v okresech Jičín a Rychnov nad Kněžnou. Nejvzdálenější přístup k této péči je z okrajových částí okresu Jičín (směřování: Dvůr Králové nad Labem, Hradec Králové, Mladá Boleslav) a okresu Rychnov nad Kněžnou (směřování: Hradec Králové, Náchod, Ústí nad Orlicí, Pardubice).

V Rychnově nad Kněžnou zatím funguje urologie v podobě sjednoceného lůžkového fondu s chirurgií a je zde možnost provádět i běžné urologické zákroky (endoskopické výkony, menší otevřené operace) a bylo by vhodné v rámci dostupnosti tento trend zachovat.

### 4. Rozsah poskytované péče

V rámci FN HK je poskytovaná péče v plném spektru včetně superspecializované péče s výjimkou robotických operací. V rámci působení oddělení MN Dvůr Králové nad Labem je poskytována urologická péče v rozsahu nemocnice okresního typu, v ON Náchod je spektrum péče s významným podílem náročnějších výkonů (radikální prostatektomie, cystektomie, resekce ledvin, reimplantace močovodů apod.). U všech oddělení je předpoklad zachování rozsahu péče.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 33 Počty lékařů na odděleních ALP - Urologie (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Náchod	NA	se spec.		2		2		4	3,20
		bez spec.	2					2	2,00
MN DK	DK	se spec.		1	1	1		3	3,00
		bez spec.	1	1				2	1,53
FN HK	HK	se spec.	2	6	4	1	1	14	12,75
		bez spec.	3					3	2,60
Celkem v KHK		se spec.	2	9	5	4	1	21	18,95
		bez spec.	6	1				7	6,13

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Adekvátní personální zabezpečení k udržení stávajícího rozsahu a úrovně péče
- Zajištění odpovídajícího způsobu financování „jednodenní urologie“
- Prohlubování regionální spolupráce a stratifikace výkonů
- Zajištění průběžné obnovy přístrojové techniky
- Znovuzískání akreditace vyššího typu (ON NA)
- Získání akreditace 1. stupně (MN DK)
- Zahájení robotických operací (FN HK)

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Udržení personálního zabezpečení
- Zachování počtu oddělení v regionu
- Analýza možnosti a vhodnosti vybudování urologického oddělení v ON Jičín
- Udržení a rozvoj specializačního vzdělávání oboru v regionu

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Obnova/rekonstrukce zákrovových sálů na jednotlivých odděleních
- Laparoskopická věž
- Endoskopická věž
- Rekonstrukce oddělení
- Holmiový laser
- Obnova základních urologických nástrojů včetně koagulačních jednotek
- Laserový generátor pro endoskopické operace a drcení konkrementů

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Trvalá a spolehlivá spolupráce a komunikace jednotlivých urologických pracovišť v rámci KHK včetně FN HK.

V našem regionu není laser k miniinvazivní operaci zvětšené prostaty (nejbližší Praha, Plzeň, Opava).

## Oborová SWOT analýza

### Silné stránky

- Spolupráce mezi jednotlivými urologickými centry.
- Prezentace výsledků na kongresech, publikace.
- Krátké čekací doby v MN DK (plánované výkony 2-3 týdny, malignity 1-2 týdny, akutní záležitosti ihned).

### Slabé stránky

- Podhodnocené platby od ZP za většinu urologických výkonů.
- Nedostatečné platby za jednorázové operační nástroje nebo stenty.
- Nedokončená akreditace 1. stupně pro urologii v MN DK.

### Příležitosti

- Jednodenní urologické výkony, robotická chirurgie, nové techniky (drčení kamenů, laparoskopie), nová medikamentózní léčba.
- Urologie MN DK může zajistit akutní péči pro urologické pacienty z oblasti Jičína tak, aby nemuseli být zasíláni na urologii v Mladé Boleslavi.

### Hrozby

- Nárůst počtu pacientů, zejména komplikovaných, pro stárnutí populace a zvyšující se incidence nádorových urologických onemocnění.
- Nutnost obnovy a udržování nákladného operačních vybavení a jednorázových nástrojů.
- Nedostatek lékařského a nelékařského zdravotnického personálu.
- Technický rozvoj s rizikem zaostávání oproti ostatním oddělením a vyspělým zemím.
- Prodlužování čekací doby i na výkony pro velmi závažné diagnózy.
- Zrušení některé z urologií na podkladu nedostatku lékařského personálu nebo přístupu některých ZP při uzavírání smluv.

## 5.4.11 ORL (Otorinolaryngologie)

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Zdravotní péče v oblasti ORL se rozvíjí rovnoměrně pro pacienty všech věkových skupin a tudíž relativně nezávisle na demografických trendech. Vysoká potřebnost tohoto typu zdravotní péče je nejen u pacientů ve vyšších věkových skupinách (sluchové problémy – sluchadla), ale i pro pacienty v dětském věku. Základním konceptem je udržet a zajistit v Královéhradeckém kraji činnost 3 oddělení ORL (ON Náchod, ON Jičín, FN HK) a postupné rozšiřování superspecializované péče v oblasti ORL na úrovni FN HK.

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 34 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - ORL (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmulovaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetřovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš. doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	ORL	19	73,18%	2,78	1 786	4 964	15,11	71,58%
ON NA	NA	ORL	5	86,25%	2,15	603	1 298	3,95	71,12%
FN HK	HK	ORL	51	64,63%	4,78	2 215	10 592	32,24	56,90%
<b>Celkem</b>		<b>ORL</b>	<b>75</b>	<b>74,69%</b>	<b>3,24</b>	<b>4 604</b>	<b>16 854</b>	<b>51,31</b>	<b>61,57%</b>

Pozn.:

**ON Jičín** – z 19 lůžek jsou určena 3 až 4 lůžka pro dětské pacienty.

**ON Náchod** - ORL se počítá v rámci sdruženého chirurgického oboru s chirurgií, kde z 60 lůžek je pro ORL vyčleněno 5 lůžek.

**ON Trutnov** - 10 lůžek pro pacienty ORL je vyčleněno v rámci sdruženého chirurgického oddělení.

Z hlediska budoucího vývoje využití lůžek se předpokládá další důraz na krátkodobé hospitalizace a jejich rozvoj na základě ekonomické stimulace, kdy lze předpokládat mírné snížení počtu lůžek při zachování obložnosti a délky hospitalizace.

## 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Geografické pokrytí je v rámci kraje poměrně rovnoměrné. Tři oddělení ORL (ON NA, ON JC, FN HK) jsou doplněna o ORL ordinariát v ON Trutnov. Problém s pokrytím vybraných výkonů zdravotní péče v oblasti ORL je limitován přístupem zdravotních pojišťoven. Diskutabilní je dostupnost urgentní péče v oboru.

Samostatnou částí dostupnosti péče ORL je realizace pohotovostní služby mimo ambulantní hodiny, kdy v okrese Trutnov je zabezpečena od 15:30 do 22:00 hodin ve všedních dnech na chirurgické nebo interní ambulanci (příslužba ORL lékaře na telefonu). Víkendy a svátky je ORL služba zajištěna od 7:00 do 12:00 hodin. U hospitalizovaných ORL pacientů je telefonická příslužba zajištěna 24 hodin denně. V okrese Rychnov nad Kněžnou není pohotovostní služba zabezpečena. V ostatních okresech (Hradec Králové, Náchod, Jičín) je v rozsahu 24 h denně s výjimkou specifických období (prázdniny, dovolené).

## 4. Rozsah poskytované péče

- **FN HK** zabezpečuje komplexní péči v oboru (akreditované pracoviště I. i II. typu) mimo kochleární implantáty (KI), kdy se předpokládá v krátkém časovém horizontu převzetí péče o pacienty s KI a následně i vlastní realizace operativních zákroků KI.
- **ON Jičín** rozsah poskytované péče rozšířen o další výkony nad rámec akreditace I. typu.
- **ON Náchod** rozsah poskytované péče odpovídající akreditovanému pracovišti I. typu.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 35 Počty lékařů na odděleních ALP - ORL (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.	1	4	3			8	5,03
		bez spec.	1					1	1,00
ON Náchod	NA	se spec.		3				3	3,00
		bez spec.	1	1				2	2,00
ON Trutnov	TU	se spec.	1	2			1	4	3,60
		bez spec.							
FN HK	HK	se spec.	2	8	4	2		16	13,70
		bez spec.	2					2	2,00
Celkem v KHK		se spec.	4	17	7	2	1	31	25,33
		bez spec.	4	1				5	5,00

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zajistit odpovídající personální zajištění pro činnosti ORL ambulancí a oddělení minimálně ve stávajícím rozsahu.
- Zajistit průběžnou obnovu přístrojové techniky a technické úpravy prostor ORL oddělení v KHK.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Zajistit činnost ORL oddělení v **ON Náchod**, **ON Jičín** a **FN HK** + ORL ordinariát v **ON Trutnov**.
- Udržet stávající ORL ambulance pod správou jednotlivých nemocnic.
- Rozšiřování spektra poskytované péče ve **FN HK**.
- **FN HK** – proběhne centralizace v rámci projektu „Modernizace chirurgických oborů – rekonstrukce a přístavba Bedrnova pavilonu“.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- **FN HK** – rekonstrukce chirurgického centra FN HK a dle investičního plánu FN HK.
- **ON Jičín** – obnova a doplnění přístrojového vybavení.
- **ON Náchod** – obnova a doplnění přístrojového vybavení a vybudování nových prostor pro ORL.
- **ON Trutnov** – rekonstrukce prostorů ORL péče a obnova přístrojové techniky.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Vybavení a prostory ORL Jičín, vybavení ORL Náchod.
- Příznivé regionální rozložení trojúhelníku funkčních ORL pracovišť – Hradec Králové - Náchod – Jičín.
- Relativní dostatek soukromých ORL specialistů v ambulantních pracovištích ochotných podílet se na pohotovostních službách při ORL odděleních (Náchod, Jičín).
- Historicky vysoká kvalita ORL péče o pacienty.

- Rychlé zavádění nových diagnostických a léčebných metod a postupů (endoskopické a mikroskopické operace, osteosyntézy zlomenin ...).
- Rozvoj endonazální chirurgie.
- Nové moderní diagnostické vybavení na ambulancích – HD videoendoskop Olympus s NBI, rigidní optiky s kamerou a TV řetězcem, mikroskop, UZV vedlejších nosních dutin, otoakustické emise Echoscreen v ON Trutnov.
- Podíl na celoplošném screeningu sluchu novorozenců.

#### Slabé stránky

- Personální zajištění všech složek ORL péče v KHK.
- Personální situace v Trutnově je dlouhodobě neudržitelná
- Pravidelné uzavření oddělení v návaznosti na personální zabezpečení a nevyhovující prostory pro letní provoz, nutná výstavba nových prostor v ON Náchod.
- Nejasné postavení ORL lůžkové péče v ON Trutnov.
- Není možné získat akreditaci I. stupně, tzn. nemožnost vzdělávání „svého“ lékaře v ON Trutnov.
- Absence foniatra, který by přiděloval sluchadla v ON Trutnov.

#### Příležitosti:

- Potenciální příležitosti rozvoje ORL oboru v regionu lze spatřovat ve směřování rozvoje poskytované péče:
  - miniinvazivní chirurgie,
  - komplexnost péče včetně spolupráce s hraničními odbornostmi,
  - důraz na aplikaci moderních přístrojových a léčebných postupů.

#### Hrozby:

- Jako největší hrozby pro budoucí zabezpečení zdravotní péče oboru ORL v regionu lze považovat personální nedostatečnost lékařských pracovníků, který je zčásti způsoben nepřehledným, těžkopádným a „přebyrokratizovaným“ vzdělávacím systémem, kdy vzniká generační mezera, ale i hrozba nedostatku NLZP.
- Nedostatečné platby za poskytovanou zdravotní péči, kterou mohou vést ke stagnaci nebo útlumu poskytovaných služeb.
- Nejasné podmínky akreditace ORL Náchod omezí možnosti přijímat a vzdělávat mladé ORL lékaře. Absolutní nedostatek již atestovaných specialistů celorepublikově situaci ON Náchod významně zhoršuje.
- Zavádění jednodenní péče na lůžku bez adekvátní úhrady ze strany ZP.
- Věkové složení soukromých specialistů ve výhledu představuje riziko dalšího odlivu atestovaných lékařů z kliniky a oddělení.

### 5.4.12 ARO + NIP

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

##### a) Anesteziologická péče

v kontextu předpokládaného „stárnutí populace“ již nyní jasně prokazatelný vzestup počtu anestézií u pacientů vyššího věku se závažnějšími komorbiditami vyžadující ekonomicky i personálně náročnější zdravotní péči:

- anesteziologická ambulance - předoperační vyšetření a předoperační příprava vedená anesteziologem

- peroperační péče – použití sofistikovanějších metod anestézie („šitá na míru“) a peroperačního monitoringu – BIS, NMT, Entropy algoritmus
- pooperační péče – dospávací jednotka, u rizikových skupin pacientů vedená anesteziologem – multioborová jednotka intenzivní péče
- kontroverze s operačními obory – risk/benefit rozsáhlých operačních výkonů u rizikových skupin pacientů

#### b) Resuscitační a intenzivní péče

demografický trend stejný jako u anestézie, stoupá počet pacientů vyžadujících dlouhodobou intenzivní a resuscitační péči – v KHK je jediné oddělení NIP, které je v soukromé nemocnici ve Vrchlabí

#### c) Urgentní příjem

- v poslední době trend budování UP i v malých nemocnicích
- otázka ekonomické i „zdravotnické“ efektivity, kterou je ale možné řešit vhodným uspořádáním

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 36 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - ARO (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmalovaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	JC	ARO	7	94,87%	8,42	288	2 424	7,38	94,87%
ON NA	NA	ARO	6	67,46%	9,15	157	1 437	4,37	65,62%
ON NA	RK	ARO	5	62,70%	6,80	164	1 116	3,40	61,15%
ON TU	TU	ARO	5	95,62%	31,90	50	1 595	4,86	87,40%
FN HK	HK	ARO	12	87,40%	4,86	772	3 751	11,42	85,64%
<b>Celkem</b>		<b>ARO</b>	<b>35</b>	<b>81,61%</b>	<b>12,23</b>	<b>1 431</b>	<b>10 323</b>	<b>31,42</b>	<b>80,81%</b>

Pozn. Důvody delší doby hospitalizace na oddělení ON Trutnov v roce 2014:

1. Skladba pacientů - vysoké procento pacientů se COPD (bývalí horníci - profesní zátěž), u těchto pacientů je minimální délka umělé plicní ventilace kolem 20 dní,
2. Hospitalizace pacientky s ALS, která v rámci statistiky malých čísel výrazně modifikovala průměrnou délku hospitalizace - péče hrazena individuální dohodou se zdravotní pojišťovnou Škoda,
3. Nedostupnost oddělení NIP nebo OCHRIP.

Reálná vytíženost kapacit je vysoká.

## 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Dostupnost akutní péče je třeba zachovat minimálně v současném rozsahu. Chybí následná (dlouhodobá) intenzivní péče (NIP a DIOP).

## 4. Rozsah poskytované péče

**FN HK** - péče v plném rozsahu mimo velkých transplantačních výkonů a dětské kardiologie.

**ON Náchod, Trutnov, Jičín** - péče v plném rozsahu dle spektra základních oborů.

**MN Dvůr Králové nad Labem** - nelůžkové oddělení ARO zajišťuje anestezii u plánovaných operačních a diagnostických výkonů, vyjma oboru gynekologie a porodnictví.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

**Tabulka 37 Počty lékařů na odděleních ALP - ARO (k 31. 12. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.		2	4	1		7	6,10
		bez spec.	1	1				2	1,60
ON Náchod	NA	se spec.		5	2	2	1	10	9,00
		bez spec.	2					2	1,60
ON Náchod	RK	se spec.	2	2	3	2		9	6,45
		bez spec.	2	1				3	2,60
ON Trutnov	TU	se spec.		5	1	1		7	5,80
		bez spec.	1					1	1,00
MN DK	DK	se spec.		2				2	1,93
		bez spec.							
FN HK	HK	se spec.	4	17	17		2	40	32,93
		bez spec.	18	1				19	18,03
<b>Celkem v KHK</b>		<b>se spec.</b>	<b>6</b>	<b>33</b>	<b>27</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>75</b>	<b>62,21</b>
		<b>bez spec.</b>	<b>24</b>	<b>3</b>				<b>27</b>	<b>24,83</b>

Pozn. MN DK – nelůžkové oddělení ARO.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Zřízení NIP a DIOP.
- Řešení urgentních příjmů (Emergency).

### ON Jičín

- Řešit průběžně personální zajištění, podle požadavků operačních oborů (nyní i plánované urologické ambulance).
- Připravit se na trend jednodenní péče.
- Rozšířit dovednosti o ultrazvuková vyšetření a bronchoskopie.
- Zajistit průběžnou obnovu přístrojového vybavení.
- Rozvoj nových metod v souladu s požadavkem miniinvazivity a jednodenní péče.

### N Rychnov nad Kněžnou

- Doplnění lékařského stavu a stabilizace NLZP.
- Získání akreditace na vzdělávání lékařů v oboru.
- Možnost spolupráce s KARIM ve FNHK při vzdělávání lékařů.
- Navýšení počtu resuscitačních lůžek z 5 na 7 z důvodu nemožnosti poskytnutí péče všem pacientům z regionu.
- Příprava na předpokládaný nárůst počtu výkonů a rozsah poskytované péče v souvislosti s demografickým vývojem v regionu.



**ON Trutnov**

- Zřízení a provozování Anesteziologické ambulance.
- Dovybavení lůžkového oddělení.
- Zavedení systému hodnocení kvality anesteziologické a intenzivní péče.
- Zavedení metody CRRT – nákup přístroje v roce 2015.
- Rozšíření rozsahu nabídky blokad periferních nervů pro obory ortopedie, traumatologie, chirurgie – v závislosti na obnově UZ přístroje.
- Přestavba resuscitačního oddělení na plně boxový systém.

**MN Dvůr Králové nad Labem**

- Vybudování dospávacích pokojů.

**7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)****ON Jičín**

- Zásadní je průběžně zajištění dostatku kvalifikovaného personálu.
- Zajištění odpovídajícího technického a přístrojového vybavení.

**N Rychnov nad Kněžnou**

- Vybudování NIP a DIOP v kraji.
- Pravidelná obnova přístrojového vybavení a rozšíření počtu UZ přístrojů.

**ON Trutnov**

- Zřízení a provozování Urgentního příjmu.
- Vybudování oddělení NIP.
- Centralizace intenzivní a pooperační péče pro chirurgické obory – MOJIP.

Podíl na provozu urgentních příjmů.

**8. Předpokládané investiční potřeby**

- Postupná plánovaná obnova techniky.
- Ostatní řešení v rámci výstavby (Náchod, Rychnov).
- Nutné vybudování jednotek NIP/DIOP.

**9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK****Oborová SWOT analýza****Silné stránky****Slabé stránky**

- Nedostupnost lůžek NIP a DIOP.
- Stavební a technický stav budov, který neumožňuje dlouhodobou udržitelnost.

**Příležitosti**

- Vybudování oddělení NIP nebo DIOP s regionální dostupností.

**Hrozby**

- Nedostatek kvalifikovaného personálu v ON Jičín.

## 5.4.13 Ostatní

### 5.4.13.1 Zajištění v oblasti péče o infekční onemocnění

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

- Riziko nárůstu infekcí multirezistentní kmeny bakterií, vč. klostridií.
- Nově se objevující virové infekce.
- Nárůst pacientů s infekcí HIV (specializovaná péče i terapie).
- Izolace pacientů s virovými hepatitidami, vč. náročnosti jejich terapie (především chronická virová hepatitida C).
- Importované infekce.
- Infekce u imigrantů.
- Vakcinologie.

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 38 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Infekční klinika FN HK (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
FN HK	HK	Infekce STD	42	53,42%	6,08	1 292	7 850	23,90	51,21%
FN HK	HK	Infekce JIP	5	93,70%	4,20	404	1 696	5,16	92,93%

#### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Klinika infekčních nemocí (KIN) zajišťuje komplexní nemocniční i ambulantní péči o nemocné s infekčními chorobami včetně intenzivní péče. Vzhledem k redukci infekčních oddělení v ČR, Královéhradecký kraj nevyjímaje, je KIN v současnosti jediné lůžkové infekční pracoviště v regionu Královéhradeckého kraje. V případě potřeby pracoviště poskytuje péči na JIP navíc i pro pacienty z Pardubického kraje.

#### 4. Rozsah poskytované péče

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

Na jednotce intenzivní péče jsou hospitalizováni děti a dospělí, jejichž zdravotní stav tento typ péče vyžaduje. Nemocné s přenosnými nákazami, které vyžadují speciální režim (např. TBC, chřipka), 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). Nemocní jsou nejčastěji hospitalizováni s těmito nemocemi: 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 AIDS centru je poskytována péče osobám s infekcí HIV, a to jak z kraje Královéhradeckého, tak i Pardubického (v tomto regionu AIDS centrum není). Centrum očkování a cestovní medicíny provádí vakcinaci a poradenskou činnost před cestami do zahraničí a očkování rizikových jedinců.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 39 Počty lékařů k 31. 12. 2014

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Lékařů celkem	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
Náchod infekční ambulance	NA	se spec.	0	0	0	1	0	1	1,00
		bez spec.	0	0	0	0	0	0	
FN HK	HK	se spec.	2	5	5	1	0	13	8,74
		bez spec.	3	0	0	0	0	3	0,93
Celkem v KHK		se spec.	2	5	5	2	0	14	9,74
		bez spec.	3	0	0	0	0	3	0,93

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Udržení stávající kvality péče o pacienty i v současných limitovaných podmínkách stavebního uspořádání budovy.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Vybudování nového moderního infektologického pracoviště, splňujícího nároky na současné hygienicko-epidemiologické požadavky.
- Neméně důležitým cílem je možnost dostatečné saturace potřeb královéhradeckého regionu v péči o nemocné s přenosnými chorobami.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Výstavba nové budovy (popř. kompletní rekonstrukce) Kliniky infekčních nemocí s investičními náklady v úrovni cca 300 mil. Kč.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Stávající provozní (především kapacitní a izolační) možnosti pracoviště neumožňují plnit požadavky regionu v dostatečné míře.

## Oborová SWOT analýza

### Silné stránky

- Dobrá spolupráce s terénem.
- Relativně dobrá personální situace.
- Dlouhá tradice pracoviště.
- Efektivita péče s vysokým procentem uzdravení pacientů.
- Kvalitní mezioborová spolupráce (KARIM, mikrobiologie, biochemie...).
- Vyvážený provoz lůžkové a ambulantní části.
- Péče je poskytována týmem erudovaných lékařů (většina lékařů se specializací a s dostatečnou praxí).

### Slabé stránky

- Kritický stav budovy Kliniky infekčních onemocnění.

### Příležitosti

- Vědeckovýzkumná činnost (hepatologie, vakcinologie, virové infekce, klostridia), mezinárodní spolupráce.
- Postgraduální vzdělávání.

### Hrozby

- Potenciální stížnosti pacientů na nedostatečné hygienické zázemí především na oddělení dospělé infekce.

### 5.4.13.2 Kožní lékařství

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

- Stárnutí populace – akcentace onkologické problematiky kůže a tzv. „skin-aging“ změn.
- Nárůst onkologicky léčených pacientů – pokročilá stádia kožních onkologických jednotek spíše v péči onkologie, trendy vývoje lokálních prostředků v indikacích u kožních prekanceróz.

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Vzhledem k faktu jediného lůžkového zařízení kožní diagnostické a terapeutické péče v kraji (Klinika nemocí kožních a pohlavních FN HK) zůstává bez větších změn. (V ČR cca v roce 2009 0,91 lůžka v oboru dermatovenerologie na 10 000 obyvatel).

**Tabulka 40 Obloženost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Kožní klinika FN HK (r. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmmlouvaných 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
FN HK	HK	Kožní	21	92,97%	13,44	470	6 317	19,23	82,41%

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

- Pacienti přijíždějí do centra v Hradci Králové (Klinika nemocí kožních a pohlavních).
- V terénní praxi většinou v rámci poliklinické medicíny.

### 4. Rozsah poskytované péče

Plný rozsah dermatologické diagnostické a terapeutické péče s výjimkou závažných život ohrožujících stavů (Stevens-Johnson syndrom, Lyell – toxoalergická epidermální nekrolýza, apod.; frekvence těchto jednotek velmi nízká), kdy nelze zajistit adekvátní doporučenou terapeuticko-ošetřovatelskou péči (přístrojová technika, personální kapacity, ekonomické aspekty).

### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 41 Počty lékařů – Kožní specializace (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Lékařů celkem	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
FN HK	HK	se spec.	1	0	3	3	3	10	6,45
		bez spec.	3	0	0	0	0	3	2,00
Celkem v KHK		se spec.	3	4	5	15	10	37	
		bez spec.	3					3	

Pozn. Do celkového počtu v KHK začlenění ambulantní specialisté.

Dle tabulek doporučených počtů (2005 IZPE) na 100 000 obyvatel překročeny hodnoty ambulantních dermatovenerologů (terénní praxe však v KHK téměř vůbec nepokrývá problematiku venerologie).

### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Personální stabilizace kliniky v rámci FN v plném rozsahu (lékařský i nelékařský personál).
- Dermatoskopie jako součásti preventivního screeningu kožních nádorových onemocnění.

### 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Rozšíření spektra diagnostických metod v kooperaci s dalšími medicínskými obory.
- Zavedení nových terapeutických postupů.

### 8. Předpokládané investiční potřeby

- Rekonstrukce budovy č. 6 pro umístění kliniky do cílového prostoru.
- Obnovení stávajícího přístrojového vybavení (fototerapeutické jednotky, nový digitální dermatoskop, atd).

### 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

- Dermatologie je personálně feminizována, v rámci celého kraje (z určité části i klinické pracoviště).
- Velký podíl kvalifikovaných dermatologů je ve starším věku.
- Chybí mladí lékaři v oboru.

## Oborová SWOT analýza

### Silné stránky

- Klinické pracoviště disponuje potřebným zázemím jak rozsahem, tak kvalitou, jež není v terénní praxi dostupná,

- Komplexní péče o pacienty indikované k terapii moderními metodami (biologická terapie, jedinci po transplantacích a imunosuprimování) což je významné vzhledem k tomu, že přibývá dermatologických pacientů, jde o nemoci často chronického rázu.

#### **Slabé stránky**

- Nepříznivá věková struktura lékařů.
- Feminizace oboru.

#### **Příležitosti**

- Možnosti zlepšení prevence progresu některých kožních nádorů rozšířením kapacity pro časná vyšetření.
- Věk dermatologů v terénní praxi může znamenat vyšší příliv pacientů v klinickém zařízení.

#### **Hrozby**

- Růst rezistencí na ATB terapie u venerických jednotek (nutnost zásadní a kompletní prevence epidemiologicky závažných diagnóz).
- Nárůst alergicky podmíněných onemocnění.

### **5.4.13.3 Nukleární medicína**

#### **1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru**

- Stárnutí populace.
- Nárůst onkologicky léčených pacientů.
- Příchod nových přístrojových technologií (PET MR, polovodičová mammoscintigrafie, polovodičové SPECT gamakamery, nové metody terapie nádorů pomocí otevřených radionuklidových zářičů).

#### **2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru**

Využití současných kapacit je dostatečné.

#### **3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK**

- Pacienti přijíždějí do centra v Hradci Králové.
- PET/CT pouze ve FN HK na území KHK.
- Terapie otevřenými radionuklidovými zářiči u hyperfunkce štítné žlázy, karcinomu štítné žlázy, <sup>223</sup>Radium terapie diseminovaných kostních metastáz, cystického kraniofaryngeomu a radionuklidové synovectomie pouze ve FN HK na území KHK.
- Lůžková stanice pro podávání terapie otevřenými radionuklidovými zářiči pouze ve FN HK na území KHK – speciální radiohygienické požadavky.
- Diagnostické pracoviště nukleární medicíny je i v Jičíně a v Trutnově.

#### **4. Rozsah poskytované péče**

Oddělení nukleární medicíny (ONM) FN HK poskytuje plný rozsah diagnostických a terapeutických výkonů pomocí otevřených radionuklidových zářičů a patří mezi jedno z mála pracovišť v ČR, které poskytuje plný rozsah diagnostiky a terapie pomocí otevřených radionuklidových zářičů.

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 42 Počty lékařů - Oddělení nukleární medicíny (k 31. 12. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.				2		2	1,40
		bez spec.							
ON Trutnov	TU	se spec.				1		1	1,00
		bez spec.							
FN HK	HK	se spec.		1		1	2	4	3,80
		bez spec.	2	2				4	3,50
<b>Celkem v KHK</b>		<b>se spec.</b>		<b>1</b>		<b>4</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6,20</b>
		<b>bez spec.</b>	<b>2</b>	<b>2</b>				<b>4</b>	<b>3,50</b>

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Provést generační obměnu v kategorii lékaři, radiofarmaceuti, radiologický fyzik.
- Vypořádat se s nedostatkem personálu.
- Udržet plný rozsah diagnostických a terapeutických výkonů pomocí otevřených radionuklidových zářičů, popř. zavést nové metody jako např. léčba diseminovaných kostních metastáz u karcinomu prostaty pomocí <sup>223</sup>Radium-dichloridu.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Zavést do klinické praxe nová radiofarmaka pro scintigrafie na bázi nádorové specifických protilátek a nanobodies pro diagnostiku a follow-up nádorů a pod.
- Zavést do klinické praxe nová PET radiofarmaka na bázi nádorové specifických protilátek a nanobodies pro diagnostiku a follow-up nádorů a pro zobrazení demencí (m. Alzheimer) a m. Parkinson a pod.
- Nové přístrojové technologie (PET/MR, polovodičová mammoscintigrafie, polovodičová SPECT gamakamera).

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- Zavedení přístroje PET/MR, hybridního PET/CT s vyšší senzitivitou systému, polovodičová mammoscintigrafie, polovodičové SPECT gamakamery.
- Udržení stávajícího přístrojového vybavení - hybridní PET/CT, scintigrafické planární gamakamery, hybridní SPECT scintigrafické gamakamery, včetně zázemí pro výrobu a kontrolu kvality radiofarmak, dozimetrii a terapii otevřenými radionuklidovými zářiči.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

Nedostatek personálu v jednotlivých kategoriích, a to především lékařů a radiologických fyziků, kde je potřeba provést generační obměnu a nedostatek investic, což by mohlo vést k omezení kapacity diagnostických a terapeutických výkonů pomocí otevřených radionuklidových zářičů.

## Oborová SWOT analýza

### Silné stránky

- Personální i přístrojové know-how pro provádění plného spektra diagnostických a terapeutických výkonů pomocí otevřených radionuklidových zářičů, a to na velice dobré úrovni, která snese srovnání s nejlepšími pracovišti v zahraničí.
- ONM FN HK je prozatím poměrně slušně zainvestováno do přístrojů, včetně zázemí pro výrobu a kontrolu kvality radiofarmak, dozimetrie a terapii otevřenými radionuklidovými zářiči.

### Slabé stránky

- Nedostatek personálu v jednotlivých kategoriích, a to především lékařů a radiologických fyziků, kde je potřeba provést generační obměnu.
- Feminizace oboru.
- Starší přístrojové vybavení v Jičíně a v Trutnově.

### Příležitosti

- Přicházejí nové technologie pro zobrazování pomocí otevřených radionuklidových zářičů, jako jsou PET/MR, hybridního PET/CT s vyšší senzitivitou systému (možné snížení nákladů na radiofarmaka), polovodičová mammoscintigrafie, polovodičové SPECT gamakamery atd.

### Hrozby

- Zákon o specializačním vzdělávání lékařů a farmaceutů pokud nebude respektovat specifika oboru nukleární medicína, což by zhoršilo příchod lékařů do oboru nukleární medicína.

#### 5.4.13.4 Transfuzní služba

odpovědi z důvodu dvou odlišných činností rozděleny na:

- a) **Laboratorní diagnostika** – výkony v odbornosti transfuzní lékařství (222)
- b) **Výroba transfuzních přípravků** (zahrnuje odběry dárců, zpracování a testování odebrané krve, propouštění, distribuce a výdej transfuzních přípravků)

#### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

- a) Rozvoj PCR v diagnostice krevních skupin, postupné nahrazování sérologických metod metodami genetickými. Pro regionální pracoviště bude i nadále sérologie na prvním místě.
- b) Otevřená je otázka centralizace zpracování a testování.
- c) Možné zavádění dodatečných laboratorních vyšetření dárců (PCR testování infekcí).

#### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Využití kapacit je odpovídající.

#### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

- a) dostatečná: Pracoviště oblastních nemocnic provádějí základní imunohematologickou diagnostiku v souladu s minimálními požadavky odbornosti 222 - určování krevních skupin, screening protilátek, testy kompatibility. V případě pozitivního screeningu, nejasného výsledku krevní skupiny nebo nevycházejícího testu kompatibility je vzorek zasílán do FN HK k došetření (ON Trutnov kontaktuje referenční laboratoř pro IH v Praze).
- b) transfuzní přípravky jsou plně dostupné pro všechny pacienty, kteří je potřebují. V KHK jsou celkem 3 zpracovatelská zařízení transfuzní služby (HK, Náchod, Trutnov) a 1 odběrové centrum (Jičín, který nechává provádět zpracování ve FN Královské Vinohrady). ON Trutnov není o víkendů schopna zajistit přípravu trombokoncentrátů. V této oblasti je nutná spolupráce s TO FN HK.



#### 4. Rozsah poskytované péče

- plný rozsah viz 3a) mimo superspecializované výkony, které jsou zasílány do Národní referenční imunohematologické laboratoře Ústavu hematologie a krevní transfuze (např. vysycování séra)
- plný rozsah – schopnost vyrobit plné spektrum transfuzních přípravků požadovaných klinikem. ON Trutnov s výjimkou TAD o víkendech a ozářených TP.

#### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Nedostatek mladých lékařů v oboru.

Významný nedostatek VŠ-nelékařů a laborantů se specializovanou způsobilostí.

**Tabulka 43 Počty lékařů - Oddělení transfuzní a hematologické /OTH/ (k 31. 12. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	JC	se spec.				1		1	1,00
		bez spec.					1	1	0,25
ON Náchod	NA	se spec.		2				2	2,00
		bez spec.	1					1	1,00
ON Trutnov	TU	se spec.		1	1	1		3	2,80
		bez spec.							
FN HK	HK	se spec.		1	1	1		3	3,00
		bez spec.		2		2		4	2,90
Celkem v KHK		se spec.		4	2	3		9	8,80
		bez spec.	1	2		2	1	6	4,15

#### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

##### FN HK

- Akreditace imunohematologické laboratoře podle ISO ČSN 15189.
- i b) Řešení personální situace TO.

##### ON Trutnov

- Udržení dobré kvality a získání dozor. Auditu B NASKL II,
- Zavedení stoprocentní deleukotisace erytrocytárních koncentrátů.

#### 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

Udržení funkčnosti transfuzních oddělení v celém spektru činností.

##### ON Trutnov

- Obměna stávajícího zařízení (mrazicí box).
- Příprava výstavby transfuzní stanice.

#### 8. Předpokládané investiční potřeby

##### FN HK

- Nová budova/rekonstrukce TO ... 80 mil. Kč.
- Ozařovač transfuzních přípravků ... 15 mil. Kč.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

V případě nekompenzování hrozeb potenciální snížení dostupnosti krevních produktů.

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Dobrá spolupráce u laboratorních vyšetření odbornosti 222.
- Vysoká odborná úroveň pracovníků.

#### Slabé stránky

- Vysoká stavební zanedbanost objektu transfuzní stanice (FN HK, ON Trutnov).
- Personální situace v lékářích i VŠ nelékařích.
- Nutnost přístrojové investice – ozařovače krve.

#### Příležitosti

- FN HK - možná regionální centralizace zpracování a testování.

#### Hrozby

- Možná negativní kampaň na dárce.
- Zřízení komerčního plazmaferetického centra, kam by dárce docházeli za úhradu.
- Centralizace zpracování a testování (možné omezení dostupnosti transfuzních přípravků v regionu).

### 5.4.13.5 Centrová péče

Ve Fakultní nemocnici Hradec Králové jsou zřízena tato centra:

1. Traumatologické centrum pro dospělé se spádovým územím pro kraj Královéhradecký
2. Centrum dětské traumatologie (se spádovým územím pro kraj Královéhradecký, Liberecký a Pardubický)
3. Mezioborové transplantační centrum
4. Centrum vysoce specializované onkologické péče pro dospělé
5. Komplexní cerebrovaskulární centrum
6. Komplexní kardiovaskulární centrum
7. Centrum vysoce specializované intenzivní péče v perinatologii
8. Středisko speciální zdravotní péče o osoby ozářené při radičních nehodách
9. Mezioborové Centrum vysoce specializované péče o pacienty s cystickou fibrózou (CCF)
10. Centrum vysoce specializované hematologické péče pro dospělé
11. Centrum pro diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění
12. Centrum vysoce specializované péče v oblasti onkogenekologie
13. AIDS centrum (podle Věstníku MZ)

Centra jsou plně funkční a jsou dobře navázána na krajské zdravotnické struktury. Některá centra mají i nadregionální působnost.

#### Silné stránky

- dobrá současná technologická vybavenost;
- vysoká odborná úroveň personálu;
- dobrá integrovanost záchranné služby a urgentní péče.

### Slabé stránky

- nedostatek personálu napříč obory;
- stavební opotřebovanost chirurgických oborů;
- nedostatečná návaznost následné péče (především domácí a paliativní);
- nedostatečné kapacity péče o chronicky ventilované pacienty;
- špatná stavební koncepce perinatologického centra.

### Hrozby

- přemrštěné požadavky na počet ve všech kategoriích personálu a jeho specializaci bez ohledu na reálné možnosti systému takové pracovníky do zdravotnictví získat;
- stárnutí populace a rostoucí požadavky na centrovou péči;
- nejasné financování stavebních investic;
- nejasné financování přístrojové obnovy, kdy řada drahých přístrojů byla pořízena z evropských fondů;
- tříštění některých center – k centru vysoce specializované onkologické péče pro dospělé přibývá centrum vysoce specializované péče v oblasti onkogynekologie a v diskusi jsou další specializovaná onkologická centra;
- v krátké době se měnící metody financování centrové péče.

### Příležitosti

- vzhledem k rostoucímu počtu pacientů v centrech se jeví v některých oborech jako možné realizovat centrovou péči i v nemocnicích ZH KHK, například biologická léčba onkologických pacientů.

## 5.5 Následná péče (včetně LDN)

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Demografický vývoj je neoddiskutovatelný se zřetelným fenoménem stárnutí populace a prodloužením střední délky života. Celkový počet obyvatel kraje bude přibližně stejný. Stárnutí obyvatelstva povede k významnému nárůstu poptávky po zdravotní péči (geriatrie, onkologie, demence) a sociálních službách. Je samozřejmý trend, aby stárnoucí a služeb potřebný člověk co nejdéle setrval ve svém domácím prostředí a péči o něho primárně zajistila jeho vlastní rodina. Současně bude ale také existovat velká skupina osob vyžadujících institucionální péči, jak zdravotní tak sociální. Potřeba dlouhodobých lůžek bude narůstat, obdobně jako potřeba širšího spektra forem následné péče (od institucionálních lůžek po domácí péči), s možností pružného přechodu. Mezi dlouhodobé trendy s reálným dopadem na poskytovatele zdravotní péče patří zvyšování poměru péče o vysoko-nákladové pacienty (onkologie, kardiologie ...).

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 44 Přehled lůžek následné péče v KHK k 1. 1. 2015

organizace	odbornost	počet lůžek	poznámka
LDN HK	LDN 9U7	99	
ON Jičín, LDN N. Bydžov	LDN 9U7	95	
Městská nemocnice Hořice	LDN 9U7	110	
ON Náchod, LDN Jaroměř	LDN 9U7	83	
LDN Opočno	LDN 9U7	52	

Celkem (LDN)			439	
ON Jičín, LNP N. Bydžov	LNP	9H9	51	
ON Náchod, LNP Broumov	LNP	9H9	64	
ON Náchod, LNP Jaroměř	LNP	9H9	26	
ON Náchod, LNP Rychnov	LNP	9H9	40	
MN Dvůr Králové, LNP	LNP	9H9	50	
AHC a.s. Trutnov, LNP	LNP	9H9	30	Sanatorium Trutnov
Obl. charita Č. Kostelec - Žířeč	LNP	9H9	28	RS, Domov Sv. Josefa
Čes.-něm. nemocnice Vrchlabí	LNP	9H9	35	
Rehamedica Žacléř	LNP	9H9	50	
FN Hradec Králové			18	Interna následná péče
LNN Nechanice (FN HK)			56	Adiktologie
Celkem (LNP)			448	
Celkem (LDN, LNP)			887	

zkratky:

AHC - Ambeat Health Care

LDN - léčebna dlouhodobě nemocných

LNN - Léčebna návykových nemocí

LNP - lůžka následné péče

MN - městská nemocnice

ON - oblastní nemocnice

RS - roztroušená skleróza

**Tabulka 45 Obložnost a využitelnost lůžek následné péče zdravotnických zařízení v KHK (r. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmulovaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	NB	Lůžka následné péče (OD 00005)	51	91,81%	60,82	281	17 090	52,02	91,81%
ON NA	BR	Lůžka následné péče (OD 00005)	64	86,10%	41,77	477	19 923	60,65	85,29%
ON NA	JAR	Lůžka následné péče (OD 00005)	26	72,80%	77,29	55	4 251	12,94	44,79%
ON NA	RK	Lůžka následné péče (OD 00005)	40	87,40%	26,87	466	12 520	38,11	85,75%

MN DK	DK	Lůžka následné péče (OD 00005)	50	77,18%	39,13	360	14 085	42,88	77,18%
AHC a.s.	TU	Lůžka následné péče (OD 00005)	30	95,36%	42,97	243	10 442	31,79	95,36%
Obl. charita	Žireč	Lůžka následné péče (OD 00005)	28						
ČNHNK	Vrchlabí	Lůžka následné péče (OD 00005)	35	74,40%	54,60	174	9 501	28,92	74,37%
Rehamedica	Žacléř	Lůžka následné péče (OD 00005)	50						
FN HK	HK	Lůžka následné péče - interna	18	70,49%	31,36	123	3 857	11,74	58,71%
FN HK	Nechanice	Lůžka následné péče - psychiatrie	56	82,75%	58,76	286	16 805	51,16	82,22%
<b>Celkem</b>		<b>Lůžka následné péče</b>	<b>448</b>	<b>82,03%</b>	<b>48,17</b>	<b>2 465</b>	<b>108 474</b>	<b>330,21</b>	<b>66,34%</b>

Tabulka 46 Tabulka 44 Obložnost a využitelnost lůžek LDN v KHK (r. 2014)

Nemocnice	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obložnost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích dnů	Počet nutných lůžek při 90% obložnosti (stejná oš.doba)	Obložnost z maximální kapacity
ON JC	NB	LDN (OD 00024)	95	90,9%	40,06	774	31005	94,38	89,42%
ON NA	JAR	LDN (OD 00024)	83	95,4%	89,07	312	27790	84,60	91,73%
LDN HK	HK	LDN (OD 00024)	99	91,6%	63,60	530	33344	101,50	92,28%
MN Hořice	Hořice	LDN (OD 00024)	110	88,6%	75,00	574	35906	109,30	89,43%
LDN Opočno	Opočno	LDN (OD 00024)	52	88,8%	72,96	231	16854	51,31	88,80%
<b>Celkem</b>		<b>LDN (OD 00024)</b>	<b>439</b>	<b>91,1%</b>	<b>68,14</b>	<b>2421</b>	<b>144899</b>	<b>441,09</b>	<b>90,43%</b>

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Poskytovatelé následné péče jsou rozmístěni v rámci celého KHK, ale jejich kapacity neodpovídají reálným potřebám v nejbližším regionu. **ON Jičín s LDN v Novém Bydžově** – supluje nedostatek míst v LDN pro Hradec Králové a zároveň dojezdová vzdálenost z centra regionu (JC) je relativně dlouhá. **LDN Jaroměř** poskytuje zdravotní péči pro pacienty z regionu od HK až po NA a částečně i pro okres TU.

**LDN Městská nemocnice Hořice** stále nabízí a poskytuje dostatek míst pro okres Hradec Králové i pro okres Jičín. V loňském roce byl podíl pacientů zastoupen následovně: 38% pacienti z FN HK, 32% z ON Jičín, 20% od PL (region Hořicko), 10 ostatní.

#### 4. Rozsah poskytované péče

V současné době lze v regionu definovat nedostatek lůžek následné péče se specializovaným zaměřením na pacienty postižené Alzheimerovou nemocí s předpokladem užší spolupráce s psychiatry. Dalším nedostatkem je absence DIOP v regionu a nízký počet lůžek NIP se stávajícím umístěním na okraj regionu.

**ON Jičín s LDN v Novém Bydžově se zaměřuje na poskytování hlavní žádané péče, která se týká chronických ran, rehabilitace po úrazech i onemocněních, a paliativní a terminální péče.**

**LDN Hořice** rozšířila péči o pacienty s chronickými ranami (přítomnost chirurgů na odděleních), má zájem o možnosti v rozšíření RHB (přítomnost lékaře s atestací) a předpokládá vybudovat 3 pokoje pro lůžkovou paliativní péči. Sociální lůžka byla a jsou poskytována pro pacienty, kteří byli na lůžkách LDN, ale v budoucnu by bylo možné toto změnit na využití pro celý kraj (viz LDN v Břeclavi a Jihomoravský kraj).

**Léčebna návykových nemocí v Nechanicích** je detašovaným pracovištěm psychiatrické kliniky FN HK. Je zde poskytována léčebná péče pro muže i ženy závislé na psychoaktivních látkách, včetně závislých na alkoholu a patologických hráčů. Léčba formou krátkodobé a střednědobé odvykací léčby (5 až 14 týdnů) probíhá pouze u nemocných, kteří souhlasí s dobrovolnou hospitalizací.

Ostatní poskytovatelé v regionu KHK realizují léčebný proces ve standardním rozsahu následné péče.

#### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

**Tabulka 47 Počty lékařů - Lůžka následné péče (k 31. 12. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
MN Dvůr Králové	DK	se spec.				1		1	1,00
		bez spec.							
ON Náchod	BR	se spec.			1			1	0,37
		bez spec.	1					1	0,40
ON Náchod	RK - následná rehabilitační péče	se spec.			1			1	1,00
		bez spec.							
AHC a.s.	TU	se spec.			2			2	0,60
		bez spec.			1			1	0,20
ČNHNK	Vrchlabí	se spec.					1	1	0,80
		bez spec.		1				1	0,72
<b>Celkem v KHK</b>		<b>se spec.</b>			<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>3,77</b>
		<b>bez spec.</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>3</b>	<b>1,32</b>

Pozn. Lékaři LNN Nechanice začlenění v počtech psychiatrické kliniky FN HK viz kapitola Psychiatrie.

**Tabulka 48 Počty lékařů - Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) (k 31. 12. 2014)**

Nemocnice	Lokalita	Specializace	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
			25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
ON Jičín	NB	se spec.		2		1		3	2,80
		bez spec.	1	1	1			3	3,00
ON Náchod	JAR	se spec.				2	1	3	2,80
		bez spec.							
LDN HK	HK	se spec.			1	2		3	3,00
		bez spec.							
MN Hořice	Hořice	se spec.			1	1	3	5	
		bez spec.							
LDN Opočno	Opočno	se spec.	1	1	2	2	1	7	2,85
		bez spec.							
<b>Celkem v KHK</b>		<b>se spec.</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>21</b>	<b>11,45</b>
		<b>bez spec.</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>			<b>3</b>	<b>3,00</b>

Nezbytnost řešit nedostatečný počet rehabilitačních pracovníků v léčebnách dlouhodobě nemocných, kdy je nedostatečný počet fyzioterapeutů, kteří externě navštěvují pacienty v LDN. Problém fyzioterapeutů kopíruje celorepublikový problém.

Do LDN je třeba přijímat lékaře nejlépe s definitivní erudicí a specializací, zařízení nelze vnímat jako edukační. Nabídka na trhu práce začíná být napjatá a sehnat plně erudované lékaře je stále složitější. Řešením je mj. nabídka adekvátního finančního ohodnocení, což je skutečnost, na kterou je třeba nutno připravit všechny příslušné složky. Nedostatek geriatrů způsobuje, že nelze akreditovat zařízení pro uznání praxe, což by se dalo řešit pro celý systém LDN společně.

#### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Personální stabilizace pracovišť - lékařský a nelékařský zdravotnický personál (důraz na rehabilitační pracovníky).
- Obnova stávajícího vybavení a dovybavení novými prostředky – postele, rehabilitační pomůcky,...
- Rozšíření počtu NIP lůžek (Náchod) a DIOP lůžek (celý region).
- Rozšíření stávajících kapacit ve městě Trutnov (15 - 20 lůžek).
- Využití sociálních lůžek v MN Hořice pro kraj.

#### ON Jičín

- rozšíření počtu lůžek v LDN Nový Bydžov, zvážit umístění DIOP,
- zřízení lůžek následné péče v areálu nemocnice Jičín pro pacienty regionu Jičín.

**LDN HK** - stabilizace současného stavu kvalitní spolupráce se sociálními zařízeními, Alzheimer centry a dalšími zařízeními pobytových služeb stejně jako s terénními službami.

#### 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- Navýšení počtu lékařů zabývajících se gerontologickou problematikou nebo majících atestaci z medicíny dlouhodobé péče, stabilizační příspěvek.

- Zlepšení hygienických a sociálních podmínek pro gerontologické pacienty zásadní úpravou stávajících a výstavbou nových objektů.
- Personalizace péče o pacienty včetně propojení informačních systémů a sdílení zdravotní dokumentace napříč poskytovateli zdravotní péče při zachování bezpečnosti dat.
- Navýšení kapacit lůžek pro dlouhodobou péči v Hradci Králové, kde dominuje péče v různých stupních zdravotních a sociálních limitací se ztrátou sebeobsluhy a soběstačnosti.
- Přispět ke změně dotační politiky státu a EU, tak, aby zdravotnictví bylo zařazeno mezi více podporované oblasti, zejména zařízení dlouhodobé péče.

#### **8. Předpokládané investiční potřeby**

- Kratší horizont - modernizace stávajícího lůžkového fondu a modernizace prostředí.
- Dlouhodobé hledisko - vznik dalších potřebných kapacit zvláště dlouhodobé péče a komplexní humanizace prostředí stávajících poskytovatelů péče.

#### **9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK**

##### **Oborová SWOT analýza**

##### **Silné stránky**

- Akreditovaná pracoviště a jejich zkušenosti se zaměřením na kvalitu, vybavení.

##### **Slabé stránky**

- Akutní nedostatek sociálních lůžek v celém regionu KHK.
- Jen ve Dvoře Králové je asi 200 nevyřizovaných žádostí do domova důchodců. Případné volné kapacity v privátních zařízeních situaci neřeší, protože zde požadují vysoké měsíční poplatky.
- Nedostatek lůžek paliativní péče. Kapacita jediného hospicového zařízení lůžkového typu v Červeném Kostelci je naprosto nedostatečná. Při stoupající incidenci onkologických a degenerativních onemocnění a klesající schopnosti rodin postarat se o potřebné, nelze tuto péči zvládat bez navýšení počtu lůžek. V současné době není ze strany státu podpora péče o takto nemocné pacienty v domácím ošetřování (pracovní a sociální podmínky pečujících, včetně jejich psychologické podpory).
- Akutní nedostatek lůžek sociální péče v domovech důchodců a podobných zařízeních. Pacienti, kteří čekají na umístění na sociální lůžko, blokují místo na LDN. Nejsou soběstační, nelze je tudíž propustit, ale již nepotřebují zdravotní péči.
- Na lůžkách následné péče a LDN jsou často hospitalizováni pacienti, u kterých je indikováno zopakovat např. vyšetření CT a MR. Tato vyšetření jsou finančně nákladná a v systému, kde financování uvedených zdravotnických zařízení je jen paušálem na pacienta, se jedná o velkou finanční zátěž.
- Není provázanost informačních systémů nemocnic akutní péče (zejména FN HK) směrem k LDN. Výzvou je zavedení možnosti alespoň zaslat závěrečnou zprávu zabezpečeným elektronickým způsobem.

##### **Příležitosti**

- Větší využití domácí péče a edukační podpora pacientů a jejich rodin.
- Podpora zavádění geriatrických ambulancí. Ty by mohly koordinovat péči o seniora v domácím prostředí, provádět jeho kontrolu po propuštění z LDN.



- Koncentrace gerontologických pacientů do pracovišť, ve kterých bude možné zajistit komplexní péči.
- Náhrada dnešních „provizorních“ ústavů vytvořených z bývalých nemocničních objektů. Kvalita péče je odvislá i od přítomnosti chirurga, interního oddělení, laboratoře a RTG + UZ v blízkosti vlastní LDN. Stávající řešení je i na úkor příjemného sociálního prostředí pro hospitalizované seniory.

### Hrozby

- Personální nedostatečnost na úrovni lékařů i NLZP.
- Poddimenzovaná úhrada péče v LDN a dalších zařízeních následné péče od ZP.
- Snížení kvality následné a dlouhodobé péče na všech úrovních v linii pacient-personál-prostředí bez příslušných dotací a dalších zdrojů (zvláště po zrušení poplatků).

## 5.6 Odborné léčebné ústavy a ozdravovny

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Odborná léčebná péče patří do kategorie následné lůžkové péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a u něž došlo ke stabilizaci zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení. Demografický vývoj je neoddiskutovatelný se zřetelným fenoménem stárnutí populace a prodloužením střední délky života. Stárnutí obyvatelstva povede k významnému nárůstu poptávky po zdravotní péči a sociálních službách. Stoupá poptávka po rehabilitační péči – akutní i následné.

Dětské ozdravovny v kraji poskytují zdravotní péči pro dětské pacienty z celé ČR obdobně jako Léčebna zrakových vad. Je veřejným zájmem tuto péči zachovat.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Tabulka 49 Obloženost a využitelnost lůžek OLÚ v KHK (r. 2014)

OLÚ	Lokalita	Obor, oddělení	Počet nasmlouvaných lůžek	Průměrná obloženost	Průměrná ošetrovací doba (dny)	Počet hospitalizovaných	Počet ošetrovacích 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%
DC	DK	dětský domov pro děti do 3 let	32	74%	nelze stanovit	25	8270	25,18	70,80%
LZV	DK	ortoptika	30	87%	42,50	193	8202	24,97	74,90%
DO	Království	léč. prev. péče	35	65%	21,00	221	4641	14,13	36,33%
DO	Pec pod Sněžkou	léč. prev. péče	115	73%	21,00	676	14196	43,21	33,82%

DO	Svatý Petr	léč. prev. péče	60	72%	24,92	413	10290	31,32	46,99%
DO	Bedřichov	léč. prev. péče	55	68%	17,70	490	8673	26,40	43,20%
<b>Celkem</b>			<b>486</b>	<b>76,71%</b>	<b>26,68</b>	<b>3598</b>	<b>106345</b>	<b>323,73</b>	<b>59,95%</b>

Pozn.

U DO je uveden počet ošetrovacích dnů dětských pacientů. Není zde uveden počet doprovodů, které jsou vedeni jako samoplátci a je jich cca 1/3 z počtu dětí.

U DC nelze stanovit průměrnou ošetrovací dobu, děti vhodné k adopci či pěstounské péči odcházejí poměrně rychle, resp. v momentě kdy jsou právně volné, poškozené děti odcházejí ve většině případů do ÚSP okolo 5. až 6. roku věku.

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

- zdravotnická zařízení poskytující akutní rehabilitační péči pociťují nedostatek následných rehabilitačních lůžek,
- **RÚ Hostinné** je vytíženo – zavedeny čekací listy,
- nutnost provázání akutní a následné péče – navržení struktury poskytované péče.

### 4. Rozsah poskytované péče

- **RÚ Hostinné**
  - rehabilitace po iktech, traumatech, náhradách nosných kloubů, amputacích, neurologických onemocněních, neuro a spondylochirurgických výkonech,
  - rehabilitační péče poskytovaná pacientům s částečnou a úplnou ztrátou hybnosti a chronickým revmatickým onemocněním,
  - rekondiční rehabilitace,
  - hyperbaroterapie.
- **LZV Dvůr Králové nad Labem**
  - pleoptická a ortoptická cvičení (obnova binokulárního vidění a odstranění šilhání).
- **Dětské ozdravovny**
  - zdravotní péče se poskytuje **dětem od 3 do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci,**
  - **indikace** - chronické respirace, začínající astma, alergie (zejména na pyl a na potraviny), obezita prostá. Roste počet dětí psychicky narušených (šikana, nevhodné rodinné prostředí ...).
- **DC Dvůr Králové nad Labem**
  - poskytuje stálou zdravotní a výchovnou péči dětem od 0 do 3 let, v případě potřeby i dětem starším (do předškolního věku), pokud je třeba ze zdravotních nebo sociálních důvodů,
  - zdravotní vyšetření dětí zajišťuje v rámci specializovaných ambulancí v kraji (děti zdravé, nad nimiž je nařízena ústavní výchova, děti týrané, ohrožené prostředím, děti opuštěné rodiči, ale i děti mentálně a zdravotně postižené).

## 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

Tabulka 50 Počty lékařů OLÚ (k 31. 12. 2014)

OLÚ	Lokalita	Věková struktura					Celkem lékařů	Úvazky
		25 až 35	36 až 45	46 až 55	56 až 65	66 a více		
RÚ	Hostinné		3	2	2		7	7,2
DC	D. Králové			1			1	0,3
LZV	D. Králové			1	1	1	3	1,4
DO	Království			1			1	0,4
DO	Pec p. S.					1	1	0,6
DO	S. Petr				1		1	0,4
DO	Bedřichov				1		1	0,4
Celkem v KHK			3	5	5	2	15	10,7

- **RÚ Hostinné** – nedostatečný počet fyzioterapeutů.
- **LZV Dvůr Králové nad Labem**
  - potřeba do 2 let zajistit lékaře oftalmologa, alespoň na 1/2 úvazku,
  - problém se zajištěním ortoptistů – vzdělávání formou vysokoškolského studia na fakultě optometrie a ortoptiky LF MU Brno.

## 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- stabilizace personálu,
- zapojení do vzdělávacího procesu LP i NLZP ve spolupráci s LF HK a VOŠZ a SZŠ (Hradec Králové a Trutnov),
- kodifikace péče a úhrady o zdravotně sociální pacienty při DC a DO Království.

## 7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)

- propojení informačních služeb a informačních technologií mezi poskytovateli zdravotních služeb.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

- udržení stavebně technického vybavení,
- obnova a modernizace přístrojové techniky.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Jedinečnost poskytovaných služeb (DO a LZV).
- Stabilizovaný odborný personál.

#### Slabé stránky

- Velká administrativní náročnost připravovaných projektů.
- Nepochopenost IS a IT.
- Malá participace v oblasti vzdělávání zdravotnického personálu.

### Příležitosti

- Vyšší využití IS a IT mezi poskytovateli zdravotních služeb.
- Zvýšení povědomí mezi odbornou i laickou veřejností o spektru poskytovaných služeb.

### Hrozby

- Politické rozhodnutí o ukončení činnosti dětských ozdravoven.
- Neprodloužení smluv se ZP.
- Potencionální nedostatek odborného personálu pro CDZ.

Pozn. použité zkratky zdravotnických zařízení:

CDZ – Centrum duševního zdraví,  
 DC – Dětské centrum (Dvůr Králové nad Labem)  
 DO – Dětská ozdravovna,  
 LZV – Léčebna zrakových vad (Dvůr Králové nad Labem),  
 RÚ – Rehabilitační ústav.

## 5.7 Domácí zdravotní péče

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Domácí zdravotní péče je jednou z nejlevnějších variant péče o klienta, ale pro klienta velice efektivní (vlastní prostředí, blízkost rodiny a přátel, ...). Nepřetržitá časová dostupnost je zajištěna u odbornosti 925 (sestra v domácí péči) v případě, že agentura zaměstnává minimálně 5 plných přepočtených úvazků (dále jen PPU) všeobecných sester. Meziročně narůstá počet klientů 80+ již řadu let, kteří jsou významnou částí klientely domácí péče. Zároveň přibývá i počet klientů nižších věkových ročníků, kteří prodělali mozkovou příhodu a je u nich reálný návrat do pracovního procesu. Současně narůstá i počet klientů po polytraumatech, klientů po amputacích, s chronickými defekty různé etiologie a mnoho dalších. Do domácí péče jsou přebíráni stále častěji dětští pacienti (s diabetem, hemofilii, apalickým syndromem apod.)

V domácí péči se stále častěji objevují klienti na domácí plicní ventilaci.

### 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Všichni zaměstnanci, kteří poskytují domácí zdravotní péči klientům v jejich vlastním sociálním prostředí, musí být registrovaní dle Zákona č. 96/2004, Sb. Většina agentur domácí péče v současné době zaměstnává všeobecné sestry, často se specializací a s bohatou praxí. Mnoho z nich si rozšířilo odbornost absolvováním akreditovaných kurzů (např. cévkování mužů, podiatrie, péče o i.v. vstupy, rehabilitační ošetřovatelství apod.). Domácí péče poskytuje všechny formy ošetřovatelské péče a to základní, specializovanou a vysoce specializovanou, vč. péče hospicové v domácím prostředí. Trendem v domácí péči je rozšiřování a narůstání spolupráce terénní péče a specialistů, vč. lůžkové péče.

Tabulka 51 Domácí zdravotní péče

Okres	Poskytovatel zdravotní péče	Počet osob (úvazky) k 31. 12. 2014	Počet pacientů (r. 2014)	Počet návštěv (r. 2014)
HK	Pracoviště ošetřovatelské péče s.r.o.	15 všeobecných sester, 3 FT, 1 sociálně zdrav. prac., 3 THP	1 314	46 496 návštěv, během nichž bylo provedeno 136.868 výkonů

JC	Naděžda Pelikánová	5	516	15 889
RK	ADP Miková	9 (5,5)	469	9 787
HK	Oblastní charita – Charitní ošetrovatelská služba	sestry: 11 (10,21)	690	37 005

### 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

V současné době stále existují agentury, které pracují s nižším počtem zaměstnanců než je 5 PPÚ a díky tomu nemohou zajistit nepřetržitou dostupnost. Nemohou tak zajistit kvalitní péči u klientů, kteří vyžadují větší rozsah ošetrovatelské péče. V rámci kraje je místní dostupnost ve všech okresech zajištěna. V okrese Rychnov nad Kněžnou VZP stanovila pomyslnou „rajonizaci“ v rámci okresu.

V případě nárůstu klientů, kteří vyžadují domácí zdravotní péči, jsou stávající agentury připraveny navýšit svoji kapacitu. Postupně narůstá potřeba všeobecných sester, zejména se specializací, potřeba fyzioterapeutů, ale i dalších profesí. Na trhu práce je nedostatek nových fyzioterapeutů, kteří by mohli reagovat na narůstající požadavky klientů.

Odbornost 902 (rehabilitace - VŠ) není dostupná ve všech okresech kraje (mimo HK) z důvodu přístupu zdravotních pojišťoven.

### 4. Rozsah poskytované péče

Domácí zdravotní péče je péče indikovaná a díky tomu je závislá na indikaci ošetřujícího nebo registrujícího lékaře. Rozsah péče je stále limitován regulačními mechanismy zdravotních pojišťoven. V současné době je v plném rozsahu poskytována odbornost 925, odbornost 902 pouze na území okresu HK, ostatní (914, 999, ...) nejsou nasmlouvány z důvodu nezájmu zdravotních pojišťoven. Domácí zdravotní péče je poskytována plnému spektru pacientů bez omezení věku a diagnózy.

### 5. Personální „analýza“

Stávající personální obsazenost v KHK je v obecné rovině na dostatečné úrovni. Chybí však dostatečná finanční motivace, která je závislá na platbách pojišťoven. Zároveň se zvyšuje administrativní zátěž, která negativně ovlivňuje poptávku nových pracovníků po práci v domácí zdravotní péči. V segmentu domácí péče se projevuje všeobecný nedostatek fyzioterapeutů.

### 6. Krátkodobé cíle

- Udržet stávající rozsah a úroveň poskytované péče a na základě požadavků terénu mít adekvátní úhradu od zdravotních pojišťoven za skutečně poskytnutou péči.
- Zamezit disproporce mezi růstem nákladů a úhradou od zdravotních pojišťoven.
- Průběžné zvyšování kvalifikace personálu – vzdělávání.

### 7. Dlouhodobé cíle

- Postupné navyšování kapacit v závislosti na změně struktury lůžek v nemocnicích, zkracující se doby hospitalizace, ale i zvyšujícího se nárůstu jednodenních operačních výkonů nebo ambulantních zákroků a vyšetření.
- Propojení s ostatními typy poskytovatelů pomocí IT – sdílení potřebného rozsahu dokumentace.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

V domácí zdravotní péči je převaha financí neinvestičního charakteru.

- Průběžná obnova a postupné rozšiřování přístrojového vybavení.
- Nákup nových aut s ohledem na nárůst počtu zaměstnanců u všech poskytovatelů, včetně jejich průběžné obnovy.
- Rozšíření a modernizace IT.

## 9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK

### Oborová SWOT analýza

#### Silné stránky

- Dostatečný počet agentur.
- Okamžitá dostupnost domácí péče pro klienty.
- Prověření poskytovatelé domácí péče s dlouhodobou historií.

#### Slabé stránky

- Regulace zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven (rozsah a finance).
- Nedostupnost odbornosti 902 ve všech okresech kraje (regulace ZP).
- Péče poskytovaná pouze na kód 925, ostatní kódy nejsou nasmlouvané (nezájem ZP).
- Limitovaný přechod z domácí péče do lůžkové.
- V některých okresech nižší zájem o služby domácí zdravotní péče ze strany lékařů.
- Nedostatečná provázanost sociálních a terénních zdravotních služeb.

#### Příležitosti

- Větší kooperace a zlepšení komunikace s ostatními poskytovateli zdravotní péče.
- Rozšíření spektra poskytované péče (např. ergoterapeut, nutriční terapeut, psycholog).
- Větší poptávka po péči vyplývající z demografického vývoje a struktury potřeb klientů.
- Postupné navyšování kapacit péče v závislosti na změně struktury lůžek ve ZZ, zkracování doby hospitalizace a případném rozvoji jednodenní chirurgie.

#### Hrozby

- Hrozbou rozvoje domácí péče jsou omezující regulační mechanismy pojišťoven a stagnace hodnoty bodu v poskytované péči – nedostatečné financování.
- Nedostatek kvalifikovaného personálu (NLZP).

## 5.8 Lékárenská péče

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

S rychlým vývojem nových léků a rostoucím počtem generických přípravků a zároveň s rostoucím výskytem polymorbidit v důsledku zvyšujícího se věku pacientů, je nutné zvyšovat kvalitu poskytování lékárenské péče, s důrazem na správné a racionální užívání léčiv a jejich vzájemné působení. S narůstajícím trendem samoléčení se zvyšuje konzultační a edukační role lékárníka s důrazem na dostupnost relevantních informací v oblasti užívání léčiv. Nemocniční lékárenství předpokládá rozvoj klinické farmacie se zaměřením na zvyšování bezpečnosti farmakoterapie v lůžkových zařízeních včetně rozšíření do zařízení sociální péče.

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Kapacita veřejných i nemocničních lékáren je v KHK dostatečná. Nezbytný je další rozvoj klinické farmacie v lůžkových zařízeních.

## 3. Dostupnost péče

Počet lékáren po okresech:

- Trutnov: 25
- Rychnov nad Kněžnou: 23
- Náchod: 34
- Jičín: 26
- Hradec Králové: 57

Na 1 lékárnou v kraji připadalo v průměru 3 228 obyvatel, nejméně v okrese Hradec Králové (2 904 obyvatel) a nejvíce v okrese Trutnov (3 736 obyvatel).

V kraji jsou 4 výdejny léčivých přípravků.

Dostupnost lékařské péče je ve stávající podobě v rámci jednotlivých okresů dostatečná. Problémem je vyšší koncentrace lékáren ve větších centrech způsobená neregulovaným rozvojem sítě lékáren a tím snížení dostupnosti v malých obcích a okrajových částech kraje.

Neatraktivnost přípravy individuálně připravovaných léčivých přípravků (IPLP) zásadně snižuje dostupnost IPLP pro pacienty.

Časová dostupnost lékáren je při umístění v obchodních centrech často do večerních hodin (20.00). Pohotovostní službu v rozsahu 24 hodin zajišťuje v celém KHK pouze nemocniční lékárna ve FN HK.

## 4. Rozsah poskytované péče

Jednotlivé lékární zabezpečují zajištění dostupnosti a bezpečnosti léčiv, poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory veřejného zdraví, posuzování a kontroly účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

Nemocniční lékární zajišťují zásobování lůžkových zdravotnických zařízení včetně specializovaných činností (příprava cytostatik apod.)

## 5. Personální analýza

Personální zajištění v oblasti lékárenství je dostatečné i díky působení Farmaceutické fakulty UK v kraji. Pro udržení pozitivního stavu je nutné klást důraz na specializační vzdělávání, především v oblasti nemocničního lékárenství a klinické farmacie.

## 6. Krátkodobé cíle

- zajištění dostupnosti IPLP,
- zajištění dostupnosti antidot a dalších nezbytných léčiv,
- podpora malých lékáren v řídko osídlených oblastech,
- edukace užívání léčiv.

## 7. Dlouhodobé cíle

- důraz na další vzdělávání lékárníků včetně specializačního,
- podpora rozvoje klinické farmacie,
- spolupráce lékárenské a primární péče v oblasti racionální farmakoterapie,
- podpora nezávislého informačního centra o léčivech.

## 8. Předpokládané investiční potřeby

Postupná elektronizace zdravotnictví bude klást vyšší požadavky na počítačový hardware a programové vybavení jednotlivých veřejných i nemocničních lékáren.

Při předpokladu racionálního využívání již existujících finančně a provozně náročných zařízení typu příprava cytostatik, lze předpokládat pokrytí všech požadavků a nebude nutné budovat dodatečné kapacity.

## 9. Oborová SWOT analýza

### Silné stránky

- Dostatečná kapacita lékárenské sítě
- Dostatek kvalifikovaného personálu
- Zajištění prvního kontaktu pacienta se zdravotnictvím
- Individuální přístup k pacientům (pacientské karty)

### Slabé stránky

- Rezignace na řízenou tvorbu lékárenské sítě
- Velká míra komercializace, s rizikem preference zisku před zdravotnickou odborností
- Ztráta kontroly nad prodejem volně prodejných léčiv a potravinových doplňků prostřednictvím e-shopů
- Nelegální vydávání léčiv mimo lékárenská zařízení
- Chybí sledování kvality poskytování lékárenské péče

### Příležitosti

- Rozvoj klinické farmacie zejména v nemocničním lékárenství
- Posilování veřejného zdraví, podpora samoléčby
- Individuální přístup k pacientům (lékové karty)
- Spolupráce na podpoře veřejného zdraví
- Zvyšování důrazu na bezpečnost farmakoterapie v lůžkových zařízeních všech typů včetně sociálních
- Kontrola kvality poskytování lékárenské péče

### Hrozby

- Snižování dostupnosti lékárenské péče v menších obcích a řídce osídlených částech kraje
- Snižování dostupnosti IPLP

## 5.9 Hospicová péče

### 1. Předpokládané trendy v návaznosti na demografii a rozvoj oboru

Hospicová péče je poskytována v lůžkových hospicových zařízeních, nebo formou domácí hospicové péče ve spolupráci s rodinou nemocného. Hospicová péče (HP) je směřována na poskytnutí adekvátní



péče pro těžce nemocné pacienty v preterminálním a terminálním stadiu onemocnění s cílem dosažení co nejlepší možné kvality života v jeho závěru. V závislosti na stávajících demografických trendech stárnutí v regionu i v souvislosti s rostoucím počtem pacientů onkologických, kardiopulmonálních či s degenerativním onemocněním mozku lze předpokládat rostoucí poptávku po tomto typu péče.

Hlavním trendem je pokrytí území dostupnou domácí hospicovou péčí a zajištění dostupné lůžkové hospicové péče. Rozvoj hospicové péče nutně vychází od skupin odborníků, kteří se nejen osobně ztotožňují se základními myšlenkami hospicové péče, ale jsou také připraveni osobně se angažovat ve vztahu s umírajícími lidmi a jejich blízkými. Proto není možné síť hospicových služeb jednoduše vytvořit „shora“, prostým nastavením struktury.

Reálné využívání HP je závislé na spolupráci mezi různými typy poskytovatelů zdravotní péče. Za poslední 3 roky se z pohledu poskytovatelů HP výrazně zlepšila spolupráce s lékaři FN HK i praktickými lékaři.

Téma domácí hospicové péče a celkově téma umírání je velice těžké a pro jeho přijetí je potřeba čas a dobré zkušenosti s konkrétní zvládnutou péčí.

## 2. Využitelnost zdravotnických kapacit v oboru

Důležitá pro poskytování domácí hospicové péče je dostupnost lékaře s příslušnou atestací v jednotlivých oborech, spolupráce praktického lékaře a zásadní je dostatečný počet proškolených zdravotních sester. Výhodou je dostupnost lékaře s atestací v oboru paliativní medicíny. V regionu KHK je nedostatek lékařů s atestací v paliativní péči i vzhledem k jejich rozsahu úvazků v tomto oboru. Možnost atestovat v oboru Paliativní medicína je však v současné době dostupná. Zdravotní sestra s všeobecným nebo specializačním vzděláním má možnost proškolení v různých odborných kurzech, které jsou dostupně mimo region KHK.

## 3. Dostupnost zdravotní péče na území KHK

Hospicová péče je v KHK dostupná ve formě lůžkového zařízení i ve formě domácí hospicové péče. Lůžkovou hospicovou péči poskytuje Hospic Anežky České v Červeném Kostelci s kapacitou 30 lůžek pro nemocné a 14 lůžek pro doprovázející osoby. Počet pacientů ošetřených v roce 2014 činil 425 osob, počet zemřelých v roce 2014 – 284 pacientů, průměrný věk pacientů v roce 2014 – 76,6 let (nejmladší pacient 39 let, nejstarší 99 let. Průměrná doba pobytu pacienta v roce 2014 byla 19,7 dnů.

Jako příklad můžeme uvést několik poskytovatelů domácí hospicové péče působících v KHK: Mobilní hospic Anežky České v červeném Kostelci, Domácí hospic Duha o.p.s. Hořice, Domácí hospicová péče Oblastní charity Hradec Králové, Domácí hospicová péče Setkání Rychnov nad Kněžnou, Oblastní charita Trutnov, Farní charita Náchod a Farní charita Studenec, Agentura domácí péče Pekárková Agentura, domácí péče Mavea, Agentura domácí péče TEOŠ.

Regionální akceptovatelný dosah DHP je přibližně 30 km od sídla poskytovatele. Dostupnost lékaře nebo ambulantních specialistů je u DHP zajištěna ve standardní pracovní době 7.00 do 15.30 hodin, a telefonicky 24 hod. denně 7 dní v týdnu z důvodu nutné podpory ošetrovatelského týmu lékařem.

Jako příklady reálného vytížení DHP lze uvést DHP OCH HK, která ročně poskytne svou péči cca 100 pacientům a jejich rodinám. Mobilní hospic Anežky České poskytl v roce 2014 svoji péči 64 pacientům při průměrném věku pacienta 66 let a průměrném počtu dnů péče o klienta - 25,6. Další příklady vytížení vybraných regionálních poskytovatelů DHP lze nalézt v následující tabulce.

**Tabulka 52 Hospicová péče**

Organizace	CHOS	počet sester	počet oš. RČ celkem	počet návštěv	z toho počet pacientů HP
FCH Studenec	1	7	311	12 839	16
OCH Červený Kostelec	2	12	242	14 342	64

OCH Trutnov	1	18	879	32 614	28
FCH Náchod	1	16	909	50 410	29

#### 4. Rozsah poskytované péče

Domácí hospicová péče je péče multidisciplinární. Výkony odborné ošetrovatelské péče, výkony lékařské, sociální služby a další potřebné služby (psychologické, duchovní) jsou poskytovány podle aktuálních potřeb pacienta v terminálním stavu a potřeb pečujících osob.

Návštěva a konzultace zdravotního stavu všeobecnou sestrou probíhá v průběhu 24 hodin denně 7 dní v týdnu podle stavu pacienta a potřeb jeho blízkých. Je zajištěna trvalá dostupnost telefonické konzultace se službou konající sestrou.

Vybraná střediska disponují vybavením nezbytným pro zajištění péče terminálně nemocnému pacientovi v domácím prostředí např.: kyslíkové koncentrátory, odsávačky, infuzní pumpy, lineární injekční dávkovače pro aplikaci opiátů, elektrická polohovací lůžka vybavená antidekubitními matracemi atd. Vzhledem k výše uvedenému materiálně-technickému vybavení středisek i odborné připravenosti personálu se kvalita péče poskytované pacientovi doma blíží kvalitě nemocniční péče. Při vyšší psychické pohodě pacienta při péči poskytované v domácím prostředí než u pacientů hospitalizovaných v nemocničním zařízení.

#### 5. Personální „analýza“ (věková struktura lékařů)

DHP tvoří multidisciplinární tým pracovníků zdravotnických a sociálních a dalších odborníků z různých oborů dle konkrétní potřeby pacienta včetně duchovních.

##### Lékaři

Praktický lékař, ošetřující lékař při hospitalizaci (lékař s odbornou způsobilostí), lékař s atestací paliativní medicíny, léčby bolesti, onkolog, geriatr, neurolog a další odborníci dle aktuálního zdravotního stavu pacienta.

##### Pracovníci nelékařských zdravotnických povolání

**Všeobecné sestry** s možností vykonávat povolání bez odborného dohledu s dostupností 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Vedením týmu NLZP je pověřená registrovaná všeobecná sestra se specializací. Součástí vzdělání je min. 5 denní stáž v lůžkovém zařízení paliativní péče, absolutorium min. 3 denního akreditovaného kurzu paliativní ošetrovatelské péče a celoživotní vzdělávání v tomto oboru.

Reálný rozsah vzdělání NLZP se u některých poskytovatelů DHP liší od výše uvedené charakteristiky.

Do komplexní hospicové péče je vhodné zapojit další členy multioborového týmu, kterými jsou např. fyzioterapeut, klinický psycholog, nutriční terapeut, pracovníci sociálních služeb (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách) a případně i duchovní.

#### 6. Krátkodobé cíle (2-4 roky)

- Vytvořit regionální koncept komplexní paliativní péče v regionu KHK.
- Podporovat využívání domácí i lůžkové hospicové péče jakožto služby návazné na péči nemocniční.
- Vytvořit vhodné podmínky pro plnění komunikačních pravidel nemocnic s pověřenými poskytovateli DHP a lůžkovým hospicem ohledně návazné péče.
- Dodržovat již existující pravidla, za jakých okolností bude indikovaný pacient (na základě jeho přání a vyhodnocení stavu) předán do DHP nebo lůžkové HP.
- Podporovat finanční udržitelnost stávajících služeb komplexní domácí hospicové péče a lůžkové hospicové péče z různých zdrojů (MZ., KÚ, zdravotní pojišťovny,...).
- Podporovat rozvoj domácí hospicové péče v regionech, kde dosud není dostatečně dostupná. (odlehle horské oblasti a částí okresu Rychnov nad Kněžnou).

- Podpora propagace problematiky hospicové péče mezi odbornou i laickou veřejností včetně edukačních programů.
- Odstranění obav z využití služby (jak ze strany lékařů, tak ze strany pacientů a jejich rodin).

#### **7. Dlouhodobé cíle (5-10 let)**

- Jasná pravidla financování domácí hospicové péče z více zdrojů (MZ, KÚ, obce, ZP,...).
- Zvyšování vnímání a respektu oboru paliativní péče ze strany odborné i laické veřejnosti.
- Celoregionální dostupnost pro pacienty v KHK.
- Posílení dostupnosti lůžkové hospicové péče v KHK (*např. 15 - lůžkový hospic v Hradci Králové*).

#### **8. Předpokládané investiční potřeby**

Domácí hospicová péče:

- obnova přístrojového vybavení,
- rozšíření a obnova vozového parku

Lůžková hospicová péče:

- vybudování hospice v Hradci Králové
- obnova přístrojového vybavení

#### **9. Předpokládané dopady na činnost u poskytovatelů v KHK**

##### **Slabé stránky**

- Není nasmlouvatelná paliativní péče od zdravotních pojišťoven.
- Stávající financování domácí hospicové péče je nedostatečné pro další rozvoj – není udržitelná a nelze ji systematicky a dále rozvíjet.
- Velká míra závislosti poskytování hospicové péče na vlastních zdrojích poskytovatele a zdrojích pacienta.

##### **Hrozby**

- Ekonomická neudržitelnost stávajícího systému financování.

##### **Příležitosti**

- Zvyšování racionálního využívání HP, kdy pacienti v terminálním i preterminálním stádiu onemocnění nebudou umístěni na akutních lůžkách, ale bude jim poskytována účinná péče v jejich domácím prostředí.
- Zvyšování spolupráce poskytovatelů zdravotních služeb s poskytovateli domácí hospicové péče.
- Vytvoření regionálního konceptu paliativní péče v regionu KHK.

## 6. Lidské zdroje ve zdravotních službách

Samostatná kapitola „Lidské zdroje ve zdravotnictví“ byla přidána v průběhu zpracování koncepce na základě nejčastěji definovaných stávajících slabých stránek a hrozeb při oborových setkáních. Jedná se v současné době o dominantní vliv, který bude určovat možný další rozvoj či redukci rozsahu poskytovaných zdravotních služeb v jednotlivých zdravotních oborech.

### Pracovníci ve zdravotnických zařízeních v KHK

Ve zdravotnických zařízeních Královéhradeckého kraje pracovalo v roce 2013 celkem cca 13 883 pracovníků (zaměstnanců a OSVČ), kdy 43 % tvořily zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu (ZPBD), 15 % lékaři, 3 % zubní lékaři, 3 % farmaceuti, 19 % ostatní, 11 % zdravotničtí pracovníci pod odborným dohledem, 5 % ZPSZ a 1 % JOP a dentisté.

**Tabulka 533 Pracovníci (přepočtený stav) ve zdravotnických zařízeních KHK v roce 2013**

	lékaři	zubní lékaři	farmaceuti	ZPBD	z toho SPBD	ZPSZ	ZPOD	JOP a dentisté	ostatní	CELKEM
Hradec Králové	1037,9	167,69	174,54	2 908,94	2 130,03	238,90	754,44	112,60	1 428,30	6 823,31
Jičín	248,54	45,80	45,76	657,63	508,17	81,41	184,95	5,65	387,05	1 656,79
Náchod	285,75	64,80	76,10	783,41	627,97	83,28	228,15	5,40	163,20	1 690,09
Rychnov nad Kněž.	180,58	42,15	56,32	480,72	392,00	65,50	96,72	3,20	136,98	1 062,17
Trutnov	367,87	79,36	70,52	1 100,50	865,62	164,28	280,63	9,55	578,87	2 651,58
Královéhradecký kraj	2 120,64	399,80	423,24	5 931,20	4 523,79	633,37	1 544,89	136,40	2 694,40	13 883,94
ČR	40 045,47	7 413,18	6 478,22	107 245,79	83 129,36	10 840,55	31 955,68	3 425,42	42 828,52	250 232,83

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013

Při porovnání průměrných počtů pracovníků ve zdravotnictví připadajících na 10 000 obyvatel v jednotlivých kategoriích v rámci mezikrajského srovnání (r. 2013) lze konstatovat, že KHK je výrazně nad republikovým průměrem v počtu farmaceutů a v počtu „ostatních“ pracovníků ve zdravotnictví, mírně nad republikovým průměrem v kategorii ZPBD, zubní lékaři a ZPSZ. Pod hodnotou republikového průměru jsou ukazatele přepočteného počtu pracovníků na 10 000 obyvatel v kategoriích lékaři, ZPOD, JOP a dentisté.

**Tabulka 544 Pracovníci (přepočtený stav na 10 000 obyvatel) ve zdravotnických zařízeních KHK v roce 2013**

	lékaři	zubní lékaři	farmaceuti	ZPBD	z toho SPBD	ZPSZ	ZPOD	JOP a dentisté	ostatní	CELKEM
PHA	61,73	11,61	7,70	153,89	119,32	17,91	36,68	9,69	53,99	353,20
STC	24,45	4,74	4,17	68,48	53,36	6,66	21,70	0,58	21,77	152,56
JHC	30,93	6,35	5,02	89,23	67,63	7,66	23,92	3,11	26,38	192,60
PLZ	37,68	7,40	5,32	106,76	81,76	8,16	31,88	2,21	33,05	232,47
KAR	33,42	5,55	5,63	96,98	77,99	13,50	55,74	2,25	116,32	329,38
UST	28,60	5,08	4,43	93,69	70,21	8,86	29,09	2,73	37,16	209,64
LIB	29,77	5,88	5,31	83,02	64,28	8,33	26,55	2,24	35,72	196,82
HRA	34,87	7,03	7,48	104,98	80,23	11,32	27,40	2,46	47,53	243,07
PAR	28,77	5,75	6,36	84,45	66,85	9,61	25,51	2,60	33,03	196,08
VYS	29,93	5,96	5,58	96,10	76,07	6,30	26,12	2,56	27,60	200,14
JHU	38,63	7,81	7,44	107,72	84,12	9,71	28,17	2,73	40,49	242,70
OLO	37,32	7,01	6,28	101,08	80,33	10,13	30,29	2,79	39,09	233,98
ZLI	28,75	7,17	6,34	87,62	69,04	7,29	26,60	1,88	36,95	202,60
MSK	32,90	6,62	5,95	96,60	75,25	11,64	35,52	2,79	37,88	229,90
ČR	35,38	6,95	5,98	100,04	77,71	10,11	29,74	3,18	39,00	230,39

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka ČR 2013

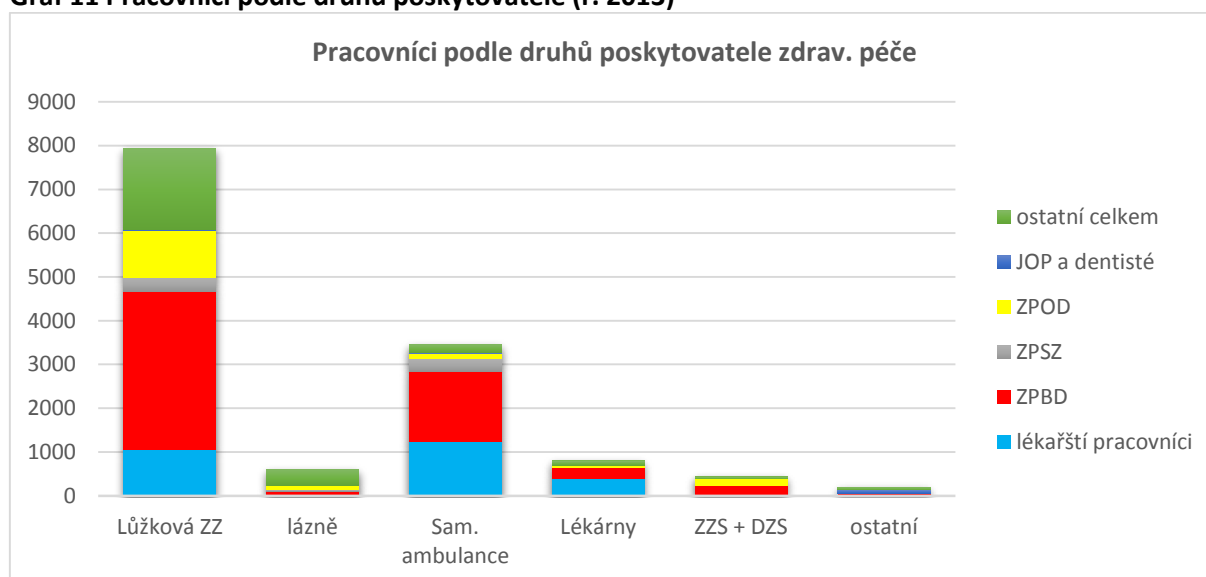
Lze konstatovat, že celkový počet zdravotnických pracovníků na 10 000 obyvatel je v KHK sice o cca 13 osob větší, než je celorepublikový průměr, ale vzhledem k reálnému vnímání celkového nedostatku zdravotnických pracovníků v celé ČR se stále jedná o nepříliš příznivou situaci.

Pokud se zaměříme na stávající rozložení zdravotnických pracovníků v KHK u jednotlivých druhů poskytovatele zdravotní péče můžeme konstatovat, že největší počet pracovníků je v lůžkových ZZ (59 %) a dále v samostatných ambulancích (26 %). S výrazným procentuálním odstupem jsou zařízení lékárenské péče (6 %), lázně 4 %, ZZS a DZS (3 %) a ostatní (1 %).

**Tabulka 555 Pracovníci podle jednotlivých druhů zdravotnických služeb v Královéhradeckém kraji**

typ ZZ	lékařští pracovníci	ZPBD	ZPSZ	ZPOD	JOP a dentisté	ostatní (THP+D)	CELKEM
Lůžková ZZ	1067,21	3614,24	289,17	1090,13	30,19	1837,16	7928,1
Lázně	14,68	89,24	47,95	69,13	3,00	368,89	592,89
Samost. amb. zařízení	1221,98	1 618,88	281,28	128,60	18,55	186,76	3456,05
Zařízení lékár. péče	391,67	231,23	0,00	65,26	0,00	108,67	796,83
ZZS + DZS	28,03	201,01	0,00	152,87	0,00	53,21	435,12
Ostatní	1,75	39,60	6,40	6,00	84,13	57,95	195,83
<b>CELKEM</b>	<b>2725,32</b>	<b>5794,20</b>	<b>624,80</b>	<b>1511,99</b>	<b>135,87</b>	<b>2612,64</b>	<b>13404,82</b>

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013

**Graf 11 Pracovníci podle druhů poskytovatele (r. 2013)**

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013

Přestože jsme schopni konstatovat absolutní počty i strukturu zdravotnických pracovníků u jednotlivých druhů poskytovatelů zdravotní péče, tak nelze pouze z uvedených údajů konstatovat stávající dostatečnost či nedostatečnost zdravotnického personálu. Dva největší poskytovatelé zdravotní péče v KHK (FN HK a ZH KHK) v současné době deklarují nedostatek lékařského i nelékařského zdravotnického personálu v řádu desítek osob s neschopností udržet alespoň stávající personální stav z důvodu nedostatku odborného zdravotnického personálu na trhu práce včetně absolventů.

Snaha o získávání a udržení odborných zdravotnických pracovníků na základě postupného zvyšování finančního ohodnocení má pouze krátkodobý regionální efekt, kdy již v současné době je průměrný plat zdravotnických pracovníků v KHK nad úroveň průměru ČR. V roce 2013 činil průměrný plat lékařů a zubních lékařů v KHK 66 992 Kč což je čtvrtá nejvyšší hodnota v rámci celé ČR. Průměrný plat všeobecných sester a porodních asistentek v KHK ve stejném roce činil 29 837 Kč, což je opět čtvrtá nejvyšší hodnota v mezikrajském srovnání. Průměrný plat zdravotnických pracovníků v KHK byl 31 036 Kč, což je 104% celorepublikového průměru a páté místo v mezikrajském srovnání.

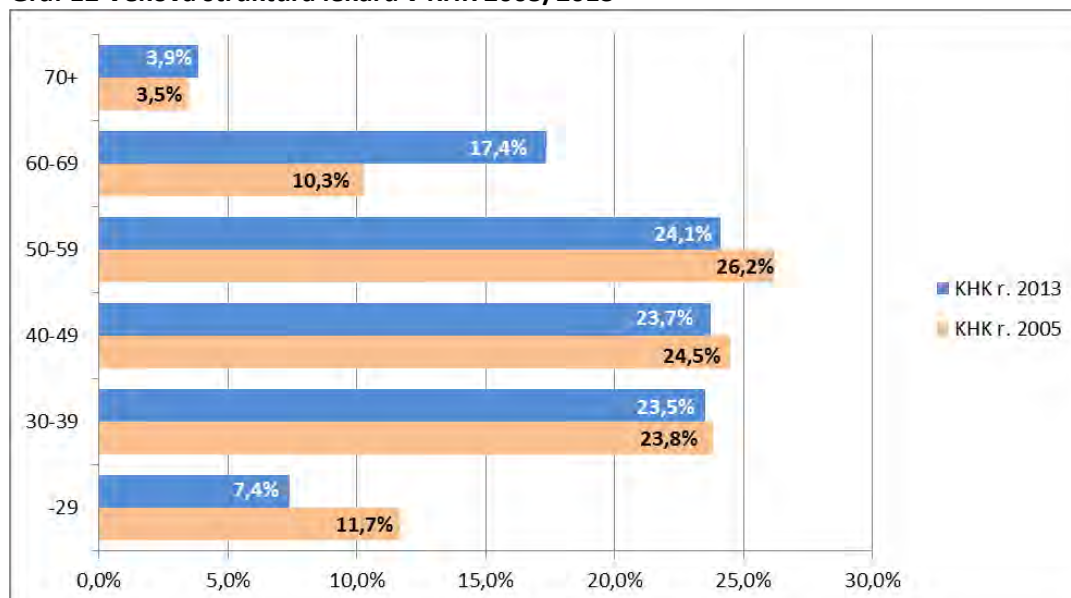
**Tabulka 566 Průměrný plat zdravotnických pracovníků v krajích**

Kraj	lékaři	všeobecné sestry a por. asistentky	zdravotnický pracovník
KAR	78 994	32 466	30 125
OLO	72 531	28 975	32 214
PLZ	72 223	32 295	33 848
<b>KHK</b>	<b>66 992</b>	<b>29 837</b>	<b>31 036</b>
STC	65 664	26 497	28 871
MSK	64 265	27 900	27 257
<b>ČR</b>	<b>60 635</b>	<b>28 706</b>	<b>29 594</b>
ZLI	60 241	27 324	26 115
PHA	58 836	30 851	31 486
JHM	55 632	26 975	28 651
VYS	55 327	25 453	26 790
PAR	54 348	27 515	23 785
UST	54 302	25 367	25 421
JHC	52 627	26 124	31 126
LIB	50 454	24 397	26 650

Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka 2013

### Věková struktura zdravotnických pracovníků

Pro možnost přípravy a reakce na další vývoj v oblasti personální situace zdravotnických pracovníků je nezbytné nejen popsat aktuální stav, ale je také vhodné predikovat budoucí situaci a to na základě stávající věkové struktury vybraných typů zdravotnických pracovníků. V grafu č. 12 můžeme srovnat stávající věkovou strukturu u lékařů v KHK ve srovnání s rokem 2005.

**Graf 12 Věková struktura lékařů v KHK 2005/2013**

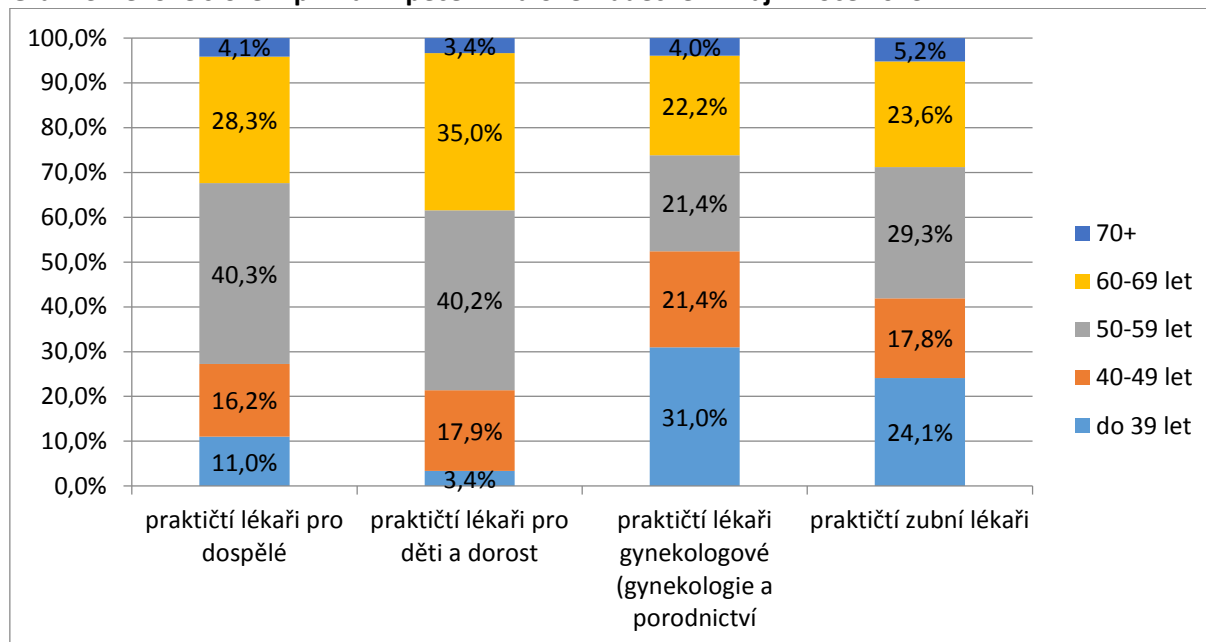
Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013, 2005

Z výše uvedených údajů je patrné, že ve sledovaném období struktura lékařů stárne a není dostatek nových mladých lékařů. Mírně alarmující je nárůst podílu lékařů nad 60 let (z 13,8 % na 21,3 %) a skutečnost, že v roce 2013 je celkem 45% lékařů v KHK je starších 50 let.



Problém stárnutí lékařů je patrně nejzávažnější zejména v oblasti primární péče, kde lékaři nad 60 let tvoří podíl od 26,2 % (gynekologové) až po alarmujících 38,4 % u praktických lékařů pro děti a dorost. Tento údaj je navíc doplněn informací o **pouze 3,4 % podílu PLDD do 39 let!** Jedná se o kritický stav, který je nezbytné razantně a neodkladně řešit, protože reálné dopady stávajících aktivit se promítnou až v horizontu několika let.

**Graf 13 Věkové složení primární péče v Královéhradeckém kraji v roce 2013**



Zdroj: ÚZIS – Zdravotnická ročenka Královéhradeckého kraje 2013

#### Dílčí závěr:

Nedostatek odborného zdravotnického personálu je v současné době nejčastěji uváděnou slabou stránkou oborových analýz a zároveň i největší hrozbou pro nejbližší budoucnost. Reálný nedostatek zdravotnického personálu se bude pravděpodobně i nadále prohlubovat z důvodu neschopnosti udržet alespoň stávající personální naplněnost pro zachování rozsahu poskytované zdravotní péče. V souladu s demografickým stárnutím populace lze reálně předpokládat postupný nárůst poptávky po zdravotní péči a to nejen ve zdravotnických zařízeních, ale i v různých typech zařízení sociální péče a v terénní péči. Vzhledem k počtům absolventů odborného zdravotnického personálu v regionu u NLZP (SZŠ, VOŠ, VŠ) i celkovému počtu mladých lékařů, kteří nastupují do zdravotnických zařízení v KHK je možné pro nejbližší období predikovat další zhoršování personální situace.

Je nezbytně nutné okamžitě podniknout kroky k podpoře navýšení počtu absolventů zdravotnického školství, kteří by začali pracovat ve zdravotnických zařízeních v KHK.

Problematika stárnutí lékařů je další reálnou hrozbou pro budoucí vývoj zejména v primární péči. Po odchodu současných starších lékařů do důchodu, není generace mladších lékařů v takových počtech, aby byla schopná je nahradit v rozsahu nezbytném pro udržení stávající péče. Tento problém bude postupně nastávat v průběhu nejbližších let s předpokládanou eskalací v horizontu do 10-15 let.



## 7. Programy prevence a podpory zdraví

Programy prevence a podpory zdraví v KHK vycházejí v současné době dominantně z celorepublikových zdravotních programů, zaměřených na tuto oblast a mírně absentují na vytváření vlastních, regionálních aktivit v této oblasti dle reálných potřeb v jednotlivých oborech. Pravděpodobně nejdůležitějším národním programem v této oblasti je program „Zdraví 2020“.

**Zdraví 2020** – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí vychází zejména z programu Světové zdravotnické organizace Zdraví 2020, schváleného v září 2012 na 62. zasedání Regionálního výboru Světové zdravotnické organizace pro Evropu, která je adaptabilním a praktickým strategickým rámcem, umožňujícím specificky zaměřené přístupy zohledňující například pohlaví, sociální zázemí lidí či věk.

Hlavním účelem národní strategie Zdraví 2020 je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu populace.

Záměrem programu Zdraví 2020 je dosažení prokazatelného zlepšení zdraví v evropském regionu. Výsledkem dohody členských států je stanovení šesti regionálních cílů:

1. Do roku 2020 snížit předčasnou úmrtnost
2. Zvýšit naději dožití
3. Snížit nerovnosti v oblasti zdraví
4. Zvýšit životní pohodu obyvatel
5. Zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče a respektovat právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví
6. V jednotlivých členských státech stanovit národní zdravotní cíle a záměry.

Program Zdraví 2020 je založen na čtyřech prioritách:

- Celoživotní investice do zdraví, posilování role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní odpovědnosti za zdraví.
- Čelit největším zdravotním problémům Evropy – infekčním i neinfekčním nemocem.
- Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích.
- Podílet se na vytváření odolných sociálních skupin žijících v prostředí, které je příznivé pro jejich zdraví.

Schválená vize systému veřejného zdraví, jako dynamické sítě zainteresovaných subjektů, předpokládá zapojení složek státní správy a všech složek společnosti, s důrazem na účast skupin i jednotlivců při posilování veřejného zdraví. Zdraví je významnou ekonomickou, humánní, individuální i sociální hodnotou. Dobrý zdravotní stav lidí je přínosem pro celou společnost. Opatření vedoucí k úspěšnému rozvoji společnosti, jsou ruku v ruce se zlepšováním zdravotního stavu lidí.

**Vláda na svém zasedání dne 20. 8. 2015 odsouhlasila 13 akčních plánů v rámci implementace Národní strategie Zdraví 2020. Mezi schválené akční plány patří například prevence obezity, správná výživa a stravovací návyky, podpora pohybové aktivity nebo zvládání infekčních onemocnění.**

**„Tato strategie jasně definuje priority České republiky v oblasti péče o zdraví, které povedou ke zlepšení zdravotního stavu našich občanů. Existence tohoto dokumentu nám také umožňuje čerpat finanční prostředky z evropských fondů, což je pro realizaci akčních plánů zásadní,“** ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Národní strategii Zdraví 2020 podpořila vedle Vlády ČR i Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. Jejím účelem je především stabilizace systému prevence nemocí a ochrany a podpory zdraví a nastartování účinných a dlouhodobě udržitelných mechanismů ke zlepšení zdravotního stavu populace.

### **Základní obsah Akčních plánů:**

#### **1. Podpora pohybové aktivity**

Navrhovaná řešení:

- podpora pohybové aktivity ve vzdělávání
- aktivní mobilita
- podpora sportu pro všechny a aktivního využívání volného času
- podpora pohybové aktivity ve zdravotnictví a sociálních službách
- podpora pohybové aktivity u zaměstnavatelů
- pohybová aktivita, prostředí a infrastruktura

#### **2. Správná výživa a stravovací návyky**

Cílem tohoto akčního plánu je snížit výskyt onemocnění, kterým lze předcházet správnou výživou, a prostřednictvím meziresortní spolupráce zabezpečit správnou vyváženou a pestrou stravu všem obyvatelům ČR.

#### **3. Prevence obezity**

V rámci Evropské unie zaujímá ČR ve výskytu obezity nelichotivé postavení. Kromě genetické zátěže jsou hlavními spouštěči rozvoje obezity faktory životního stylu - nedostatečná pohybová aktivita, nesprávná výživa, nedostatečně zvládaný stres, vliv prostředí apod. Včasná komplexní léčba obezity může zvrátit již rozvinuté metabolické komplikace a tak předcházet dalším onemocněním.

Cílem tohoto akčního plánu je prostřednictvím meziresortní spolupráce vytvořit takové podmínky, které všem obyvatelům ČR umožní zdraví ochraňující chování, primárně zaměřené na udržení optimální tělesné hmotnosti. Hlavním záměrem aktivit je motivovat občany ČR k tomu, aby upřednostňovali „zdravé“ návyky, a tím předcházeli rozvoji obezity.

#### **4. Zvládání infekčních onemocnění**

Spektrum infekčních nemocí, které ohrožují naši populaci, se rychle mění. Přibývá zejména infekcí, které přicházejí jako komplikace jiného základního onemocnění, a také roste počet a význam infekcí vyvolaných multirezistentními kmeny bakterií. Významnou kapitolu v této oblasti představuje rovněž prevence a kontrola infekce HIV/AIDS.

Snahou tohoto akčního plánu je přizpůsobit zaměření infekčních pracovišť tak, aby byla zároveň zachována základní síť lůžkových infekčních oddělení.

## **Královéhradecký kraj se zcela ztotožňuje s obsahem Strategie Zdraví 2020 a jednotlivými Akčními plány a chce vytvářet podmínky pro jejich naplnění.**

Již v současné době KHK podporuje prevenci a zdraví svých obyvatel následujícími aktivitami:

Dotačním programem z rozpočtu Královéhradeckého kraje na podporu sociálních služeb definovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dotace je poskytována na zajištění potřeb osob ohrožených sociálním vyloučením žijících na území KHK.

Dále v roce 2014 byly z rozpočtu KHK finančně podpořeny aktivity poskytovatelů zařazených do krajské sítě sociálních služeb v oblasti prevence – návykové látky, nízkoprahová centra atd. v rozsahu cca 3,712 mil. Kč.

Dotačním programem pro podporu nehospodářských činností, které navazují, kooperují nebo rozšiřují sociální služby a pro podporu prorodinných aktivit v KHK pro rok 2015. Do tohoto programu patří např. „Podpora a rozvoj zdravého životního stylu“, „Rozvoj znalostí, schopností a dovedností osob se zdravotním postižením“, „Zlepšení kvality bydlení a zdravotního stavu obyvatel sociálně vyloučených lokalit“, který je zaměřen zejména na preventivní aktivity k zamezení rozvoje infekčních onemocnění a epidemií. Dalšími podporovanými aktivitami z prostředků rozpočtu KHK a EU fondů jsou nově budované cyklostezky a sportovní areály (např. „Rozvoj a budování dálkových a na ně navazujících cyklotras v Královéhradeckém kraji“) pro zvyšování možností bezpečného pohybu v přírodě.

Provozováním Školského zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků – prostřednictvím tohoto zařízení jsou pořádány semináře, kurzy zaměřené mimo jiné i na školení první pomoci, aktivního využití volného času. Formou tradičního dotazníkového šetření se každoročně odbor školství zaměřuje na zmapování prevence rizikového chování na základních a středních školách v kraji. Dále pořádá semináře pro Školy podporující zdraví – např. téma sexuální výchovy, hra Hrou x AIDS, které jsou realizovány ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí, Státním zdravotním ústavem, Univerzitou HK.

Zřízené příspěvkové organizace v gesci odboru zdravotnictví se zapojují do realizace prevence a ochrany zdraví obyvatel:

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov:

- v dětských ozdravovnách v Peci pod Sněžkou, Špindlerově Mlýně a Nemojově poskytuje ozdravné pobyty pro děti zdravotně oslabené vlivem nepříznivého životního prostředí, pro děti se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a rekonvalescence nevyžadující specializovanou léčbu.
- Kontaktní centrum RIAPS – jeho hlavním cílem je navázání a udržení kontaktu s uživateli návykových látek, primárně jde o minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním drog, včetně prevence přenosu infekčních chorob.
- Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež – prostřednictvím preventivních aktivit pomoci dětem a mládeži vypořádat se se sociálně nepříznivými jevy
- Stacionář RIAPS – edukační aktivity pro veřejnost, resp. podpora přijetí a pochopení osob s duševní nemocí a tím i posílení jejich sociální integrace.

Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje:

ZZS KHK zajišťuje teoretickou i praktickou výuku pro základní složky Integrovaného záchranného systému, odbornou i laickou veřejnost. Pro veřejnost byly např. pořádány tyto akce: opakovaně Dny

otevřených dveří, Evropský den záchrany života v OC Futurum Hradec Králové, proškolení 500 dětí základních škol v resuscitaci, Mezinárodní den první pomoci v Jičíně (veřejná akce s cca 2000 návštěvníky), Rescue camp 2014 – záštita, zapůjčení prostředků a výuka první pomoci pro desítky dětí na táborech v rámci KHK.

Vzhledem k tomu, že vláda ČR odsouhlasila 13 akčních plánů v rámci implementace Národní strategie Zdraví 2020 teprve v srpnu 2015, nemá v současné době KHK zpracován navazující materiál, který by jednotlivé akční plány systémově implementoval do programů prevence zdraví v KHK v následujícím období. Z tohoto důvodu je nutné iniciovat multioborové setkávání, vedoucí k vypracování akčních plánů podpory zdraví na regionální úrovni, včetně stanovení konkrétních cílů a hodnotících kritérií v jednotlivých programech a následně snahu o důslednou implementaci vytvořených regionálních akčních plánů do reálného života s pozitivním dopadem na zdraví obyvatel v KHK.

## 8. Činnost a odpovědnost státní správy a samosprávy

### 1. Úloha kraje v oblasti zdravotnictví

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích, definuje, že kraj pečuje o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Do této oblasti lze mimo jiné zařadit i oblast ochrany a podpory zdraví obyvatel.

Vlivy, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva:

- Zdravotní služby
- Vrozené vloh/genetická zátěž
- Vliv životního prostředí
- Celková socioekonomická situace
- Chování jednotlivce

Vzhledem k tomu, že zdravotní stav obyvatel není pouze věcí poskytovatelů zdravotních služeb, je jednou z dalších rolí kraje v oblasti zdravotnictví naučit se efektivním způsobem informovat veřejnost, komunikovat a reagovat na reálné potřeby obyvatel v regionu.

*Sdílení Informací s veřejností:*

- *Dostupní poskytovatelé zdravotních služeb v regionu*
- *LPS (lékařské pohotovostní služby)*

*Sdílení informací se zdravotníky a pojišťovkami:*

- *Registrace poskytovatelů*
- *Platná legislativa v oblasti zdravotnictví*
- *Právní poradny*

Kraj v péči o své občany (a to i v oblasti zdravotnictví) plní dvojedinou roli. Dochází zde k prolínání dvou rovin a to samostatné působnosti a přenesené působnosti.

### 2. Zdraví a zdravotní péče ve spojitosti s kompetencemi kraje:

#### a. V rámci přenesené působnosti:

- zajišťuje výkon agendy rozhodování o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb pro poskytovatele zdravotních služeb a o jeho změně, zániku, odejmutí, pozastavení a přerušení, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení,
- vyhlašuje a administruje výběrová řízení konaná před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou,
- zajišťuje agendu spojenou s preventivními opatřeními proti tuberkulóze,
- zajišťuje agendu spojenou se zneškodňováním nepoužitelných léčiv a na úseku užívání léčiv výkon agendy předávání informací poskytovatelům zdravotních služeb o pozastavení užívání léčiva, o pozastavení jeho uvádění do oběhu, případně stažení léčiva z oběhu,
- kontroluje dodržování podmínek stanovených rozhodnutím o oprávnění k poskytování zdravotních služeb dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- metodicky vede a kontroluje výkon přenesené působnosti obcí na úseku zdravotní správy,
- zajišťuje výkon agendy na úseku správy zdravotnické dokumentace zaniklého nebo zrušeného poskytovatele zdravotních služeb,

- zajišťuje předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému, Národního registru poskytovatelů a Registru osob,
- organizuje a zajišťuje lékařskou pohotovostní službu, lékárenskou pohotovostní službu a pohotovostní službu v oboru zubního lékařství,
- zajišťuje činnost lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků při odvodním řízení,
- zajišťuje výkon agendy vyřizování stížností proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami,
- zajišťuje ustanovení nezávislého odborníka nebo nezávislé odborné komise pro šetření stížností proti postupu poskytovatele při poskytování zdravotních služeb nebo proti činnostem souvisejícím se zdravotními službami,
- zajišťuje výkon agendy rozhodování o návrzích na přezkoumání lékařských posudků o zdravotním stavu ve věcech dočasné pracovní neschopnosti,
- zajišťuje výkon agendy rozhodování o návrzích na přezkoumání lékařských posudků o zdravotní způsobilosti,
- přezkoumává správní rozhodnutí orgánů I. Stupně ve věcech ukládání pokut na úseku ochrany před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a kontroluje výkon státní správy na tomto úseku,
- ukládá pokuty za správní delikty poskytovatelů zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- kontroluje výkon agendy vydávání tiskopisů receptů a žádanek s modrým pruhem obecními úřady obcí s rozšířenou působností,
- kontroluje zacházení s návykovými látkami a ukládá pokuty za porušení povinností stanovených zákonem o návykových látkách,
- je povinen prostřednictvím poskytovatelů zdravotní péče smluvně zajistit provedení prohlídek těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení na území kraje.

#### **b. V rámci samostatné působnosti:**

- podílí se na zajišťování a koordinaci tvorby koncepčních a strategických materiálů v oblasti zdravotnictví,
- plní povinnosti odvětvového odboru dle jednotlivých pravidel rady kraje a zásad zastupitelstva kraje,
- koordinuje zdravotnickou soustavu v daném území a usměrňuje její vytváření, zabezpečuje v souladu se zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, podávání návrhů na zápis do Ústředního věstníku ČR a do obchodního rejstříku v požadovaném rozsahu,
- provádí veřejnosprávní finanční kontrolu dle zákona č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů, a dle příslušné prováděcí vyhlášky k tomuto zákonu.

### **3. Struktura zdravotní péče zajišťována Královéhradeckým krajem:**

KHK se aktivně podílí na zabezpečení poskytování zdravotní péče v regionu jako zřizovatel příspěvkových organizací působících ve zdravotnictví i jako zakladatel akciových společností – poskytovatelů zdravotní péče.

Kraj jako:

#### **1. Zřizovatel příspěvkových organizací:**

- Zdravotnické záchrané služby Královéhradeckého kraje
- Protialkoholní záchytné stanice Královéhradeckého kraje

- Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov
  - Léčebny pro dlouhodobě nemocné (Hradec Králové)
  - Léčebny dlouhodobě nemocných (Opočno)
2. **Zakladatel akciové společnosti** Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s., která je dále jediným akcionářem nemocnic:
- Oblastní nemocnice Náchod a.s.
  - Oblastní nemocnice Trutnov a.s.
  - Oblastní nemocnice Jičín a.s.
  - Městské nemocnice a.s.

#### **Zdravotnická záchraná služba Královéhradeckého kraje** (podrobněji v kapitole PNP):

Ze zákona č. 374/2011 Sb., § 9., odst. 4., je nedílnou součástí ZZS KHK i pracoviště krizové připravenosti. Hlavní činnosti pracoviště krizové připravenosti vyplývají ze zákona č. 374/2011 Sb. § 16. Pracoviště krizové připravenosti zpracovává mimo jiné návrh traumatologického plánu včetně změn, zpracovává plán plošného pokrytí kraje PNP.

#### **Protialkoholní záchytná stanice Královéhradeckého kraje:**

Příspěvková organizace je zřízena za účelem zajištění osob, které nadměrným použitím alkoholu mohou způsobit zdravotní potíže sobě nebo ohrožovat jiné osoby či způsobit škody na majetku. Záchytná stanice se sídlem v Hradci Králové je jediná na celém území KHK. V roce 2014 bylo na záchytné stanici provedeno 1684 vyšetření u osob dopravených na záchytnou stanici Policií České republiky a dopravní zdravotnickou službou. Na základě vyšetření bylo přijato 1 350 osob na záchytnou stanici pro intoxikaci alkoholem, a jen v min. počtu případů se jednalo i o intoxikaci drogami. Organizace též zabezpečuje provozování adiktologické poradny.

Ekonomickou oblast (hospodaření organizace) negativně ovlivňují problémy s neuhrazenými pohledávkami, vymahatelnost je velmi problematická vzhledem ke spektru klientů záchytné stanice.

#### **Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov** (podrobněji v kapitole OLÚ)

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov, svou strukturou začleněných zařízení, patří do skupiny zdravotnických zařízení poskytujících léčebnou, léčebně preventivní, preventivní a ošetrovatelskou péči, ústavní i ambulantní. V souladu se zřizovací listinou organizace plní též funkci zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a registrovaných sociálních služeb v rámci RIAPS (Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb).

#### Dětské ozdravovny

Poskytují péči léčebně preventivní, poskytovanou na základě léčebně preventivního plánu zpracovaného lékařem ozdravovny. Péče je hrazena zdravotními pojišťovnami a je zaměřena na dětskou populaci ve věku od 3 do 15 let s recidivujícími respiračními indikacemi, začínající astmatiky, alergiky, obezitou prostou, poruchami příjmu potravy, nesprávným držením těla a dalšími onemocněními zapříčiněnými působením devastovaného životního prostředí a nevhodným životním stylem.

#### Rehabilitační ústav Hostinné

Odborný léčebný ústav rehabilitační poskytuje péči rehabilitační (ústavní a ambulantní), léčebnou, ošetrovatelskou a hyperbaroterapii (ústavní a ambulantní).

### Léčebna zrakových vad Dvůr Králové nad Labem

Poskytuje péči léčebnou ústavní i ambulantní. Léčebna je zaměřena na léčbu strabismu a amblyopie dětské populace ve věku od 3 do 15 let. Léčebna je v současné době jedinou ústavní léčebnou v ČR.

### Dětské centrum Dvůr Králové n. L.

Poskytuje ústavní, léčebnou a výchovnou péči v souladu s předpisy upravujícími provoz Dětského centra, tzn. dětem od narození do 3 let věku (pokud je třeba ze zdravotních nebo sociálních důvodů i dětem starším). Financování Dětského centra není navázáno na systém zdravotního pojištění, jeho financování zajišťuje zřizovatel - kraj.

### RIAPS Trutnov - Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb

Začleněné zařízení SOL poskytuje zdravotní a sociální služby. Dalšími činnostmi je výchova a vzdělávání cílových skupin, programů a projektů RIAPSu, pořádání léčebně výchovných pobytů pro děti se specifickými potřebami, realizace probačních opatření. Pověření k výkonu sociálně právní ochrany dětí mají tři služby (Manželská a rodinná poradna, Kontaktní centrum, Nízkoprahové zařízení pro děti a mládež).

### **Léčebna pro dlouhodobě nemocné Hradec Králové (viz kapitola následná péče)**

LDN HK je zdravotnickým zařízením následné péče dle zák. č. 99/2012 Sb., které disponuje 99 lůžky. Hlavní činností léčebny je poskytování komplexní péče o pacienty překládané dominantně z akutních lůžek Fakultní nemocnice HK k subakutní a chronické péči. Průměrná ošetrovací doba se pohybuje okolo 63 dnů a obsazenost lůžkového fondu přes 92 %. Tyto hodnoty jsou srovnatelné se stejně pracujícími zařízeními následné péče v ČR.

### **Léčebna dlouhodobě nemocných Opočno (viz kapitola následná péče)**

LDN Opočno je lůžkovým zdravotnickým zařízením následné ošetrovatelské péče disponující 52 lůžky. Využití lůžkové kapacity konstantně dosahuje 90%. Skladba pacientů dle diagnóz se v průběhu let nemění. Průměrný věk je trvale kolem 80 let, převážně jde o imobilní pacienty s multimorbiditou, zcela odkázaných na ošetrovatelskou péči.

## **4. SWOT analýza**

### **Silné stránky**

- Funkční a efektivní systém PNP
- Jedinečnost dětských ozdravoven
- Jedinečnost léčebny zrakových vad

### **Slabé stránky**

- Slabý podíl municipalit na financování záchytné protialkoholní stanice
- Regionální nevyváženost zabezpečení protialkoholní služby
- Neexistence kódů pro výkon zdravotní péče v protialkoholní záchytné stanici a z toho vyplývající neexistence úhrady ze strany ZP

### **Příležitosti**

- Zvýšení informovanosti a edukace veřejnosti

### **Hrozby**

- Zajištění LPS – nedostatečné legislativní zakotvení
- Nárůst ekonomických nákladů na zdravotní služby poskytované krajem v důsledku změny struktury pacientů a stávajícího financování ZP (např. u LDN HK)



- 
- Financování provozu protialkoholní záchytné stanice
  - Nedostatek lékařů v PNP

## 9. Identifikované problémy a úkoly na nejbližší období

Jako hlavní identifikované problémy zdravotnictví v KHK lze použít definované slabé stránky a hrozby ze SWOT analýzy (kapitola č. 3), které zahrnují:

### Slabé stránky

1. Reálný nedostatek odborného zdravotnického personálu
2. Nevyvážený poměr mezi počtem akutních lůžek a lůžek následné péče a nedostatek zdravotně-sociálních lůžek
3. Nedostatečné mzdové ohodnocení NLZP v nemocnicích v KHK
4. Nedostatečná kapacita pobytových sociálních služeb pro specifické cílové skupiny (osoby s duševním onemocněním, osoby s PAS atd.)
5. Nízký zájem absolventů SZŠ o práci v oboru
6. Nedostatečná kompatibilita informačního systému ve zdravotnictví
7. Historicky nižší finanční ohodnocení akutní péče než je republikový průměr
8. Zastaralý stavebně-technický stav některých pobytových zařízení zdravotních služeb
9. Nevyvážená dostupnost odborných lékařů v některých částech regionu
10. Nevyvážená regionální dostupnost dopravní zdravotní služby mimo základní pracovní dobu
11. Absence jasných racionálních pravidel úhrad zdravotně-sociálních služeb
12. Věková struktura odborného zdravotnického personálu včetně NLZP (u některých specializací)

### Hrozby

1. Nedostatek zdravotnického personálu v celém spektru poskytované péče, včetně superspecializované
2. Neudržitelnost rozsahu a kvality veřejných služeb v důsledku nedostatku finančních prostředků a vzájemné provázanosti
3. Absence vyváženého systému úhrad zdravotní péče
4. Nekoncepční legislativní změny a nepřiměřené požadavky (zákony, vyhlášky, nařízení, směrnice, ...) v systému zdravotnických služeb
5. Zhoršující se věková struktura obyvatelstva, stárnutí populace
6. Nadužívání zdravotní péče
7. Zdražování zdravotních služeb s dopadem na sociálně slabší skupiny obyvatel
8. Dopady nezdravého životního stylu a pokračující trend stárnutí na kvalitu života obyvatel
9. Prohloubení socioekonomických disparit uvnitř kraje a zhoršování dostupnosti zdravotních služeb
10. Obtížná personální udržitelnost LPS

### Hlavní projekty zdravotnictví v KHK v rozsahu nad 100 milionů Kč:

- **FN HK**
  - Modernizace chirurgických oborů – rekonstrukce a přístavba Bedrnova pavilonu.
  - Obnova stávajících lineárních urychlovačů a pořízení 3. lineárního urychlovače s přístavbou.
  - Modernizace kliniky infekčních nemocí.
  - Modernizace Perinatologického centra a Onkogynekologického centra.
- **ON Jičín**
  - Rekonstrukce bývalého interního pavilonu – výstavba objektu centrálních laboratoří, hemodialýzy a oddělení lůžkové onkologie.
- **ON Trutnov**

- Výstavba objektu centrálních laboratoří – laboratoře včetně hematologie, centrálních odběrů a oddělení nukleární medicíny.
- **ON Náchod**
  - Výstavba nového objektu – chirurgické obory, operační sály, centrální sterilizace a RTG.
- **Nemocnice Rychnov nad Kněžnou**
  - Výstavba nového pavilonu s centrálním příjmem, operační sály.

#### Úkoly na nejbližší období:

- Zpracovat cíle a opatření reagující na SWOT analýzu

V rámci předkládané koncepce zdravotnictví v KHK pro roky 2016 až 2020 je převaha popisných a analytických částí, které vycházely z dostupných materiálů a názorů jednotlivých odborníků, které se v jednotlivých oborech zapojily do zpracování předloženého materiálu.

Jedním z reálně použitelných výstupů předložené práce je souhrnná SWOT analýza zdravotnictví v KHK (kapitola č. 3). Tato analýza je v současné podobě vnímána pouze jako první krok, na který by měly navazovat další pracovní setkání odborníků. Zde by se měly, na základě získaných podkladů z koncepce a hlavních oblastí dalšího směřování definovaných v kapitole č. 3, stanovit konkrétní měřitelné cíle ke každé stanovené oblasti a následně i opatření k implementaci, které by v rámci KHK reálně uplatnily nalezené příležitosti, využily a rozšiřovaly silné stránky a naopak eliminovaly definované hrozby a odstraňovaly nalezené stávající slabé stránky nebo alespoň minimalizovaly jejich dopady.

- Zpracovat cíle a opatření reagující na „oborové SWOT“ analýzy

V kapitole číslo 5 (Analýzy činností a návrhy rozvoje ve vybraných segmentech zdravotní péče) jsou u většiny oborů zpracované „oborové SWOT“ analýzy, které je potřeba rozpracovat obdobným způsobem jako souhrnnou SWOT analýzu.

- Zpracovat alternativní predikci potřeb u vybraných oborů

Na základě analýzy očekávaných potřeb vybraných oborů akutní lůžkové péče byla vymezena možná změna počtu a struktury lůžkového fondu ve vybraných oborech. Pro dostatečně kompetentní rozhodnutí je vhodné zvážit možnost zadání alternativní studie pro obory, kde je predikována změna a následně reagovat na získané výsledky.

- Zpracovat koncepci podpory zdravotnického školství a vzdělávání lékařů

V souvislosti se zjištěnou aktuální hrozbou personální nedostatečnosti odborného zdravotnického personálu u poskytovatelů zdravotní péče v KHK, je nezbytné zvážit zvýšení nabídky na trhu kvalifikovaných pracovníků i formou podpory vzdělávacích institucí a zvýšením atraktivity studia pro potenciální uchazeče o studium.

- Pokračovat v kultivaci koncepce zdravotnictví KHK 2016 -2020

V souladu s původním zadáním z června 2015 reálně kultivovat stávající předložený materiál po jednotlivých oblastech v průběhu roku 2016 tak, aby byly odstraněny případné zjištěné nedostatky a zároveň byly zapracovány nově zjištěné podněty a chybějící oblasti. Kultivace materiálu by měla mít obdobnou podobu setkávání zainteresovaných odborníků v jednotlivých oblastech, které bylo pozitivně vnímáno již při zpracování stávajícího materiálu, s předpokládaným rozšířením účastníků o zástupce zdravotních pojišťoven.

- Rozšířit aktivity v oblasti programů prevence a podpory zdraví

Na základě akčních plánů vlády reagujících na program Zdraví 2020 rozpracovat konkrétní regionální aktivity v této oblasti se zvážením možností vytvoření vlastních programů dle priorit kraje, které by rozšiřovaly stávající spektrum aktivit a reagovaly na požadavky a potřeby občanů v KHK.

- Zapojit širší veřejnost do zpracování a naplňování koncepce zdravotnictví v KHK

Na základě většího časového prostoru v průběhu roku 2016 oslovit zástupce různých pacientských organizací i spolků a iniciativ působících na území v KHK s cílem reálné participace na vytváření koncepce a její implementaci v následujícím období.

Ve stávajícím materiálu koncepce zdravotnictví v KHK pro roky 2016 – 2020 nejsou zpracovány dostatečně nebo absentují následující oblasti, jejichž zpracování se předpokládá v rámci kultivace koncepce v průběhu roku 2016:

- Paliativní péče
- Velké zobrazovací metody
- Laboratorní péče
- Kardiologie
- Ambulantní specialisté
- Vzdělávací instituce ve zdravotnictví
- Pacientské organizace a iniciativy aktivně působící na území KHK

## Závěr

Předložená koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020 verze 1.0 je druhým souhrnným materiálem o zdravotnictví v Královéhradeckém kraji a navazuje na první koncepci Královéhradeckého kraje zpracovanou pro roky 2011-2015. Popisuje základní demografickou situaci v kraji, charakterizuje stávající síť poskytovatelů zdravotní péče, předkládá zpracovanou SWOT analýzu zdravotnictví v regionu a zároveň analyticky popisuje vybrané obory přednemocniční péče, akutní lůžkové péče i následné péče. Na několika místech definuje nezbytnost další kultivace zpracovaných a předložených materiálů.

Zpracovatelem a předkladatelem koncepce je krajský úřad Královéhradeckého kraje, kdy k zapojení a participaci na zpracování koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020 byly postupně osloveni všichni zástupci významných poskytovatelů zdravotních služeb v regionu. Koordinací jednání v rámci zpracovávání materiálu a finalizací výstupů byl pověřen Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.

Předložená podoba koncepce byla zpracována v relativně krátkém časovém úseku a je považována za první verzi, kde převažuje popisně analytická část (popisuje stávající stav, vymezuje stávající i potencionální problémy) a předpokládá se, že během roku 2016 se bude dále intenzivně pracovat na následující verzi, která bude dále upřesňovat vybrané údaje, rozpracovávat další možnosti směřování zdravotnictví v regionu a stanovovat konkrétní cíle a opatření směřující k jejich dosažení. Další kultivace předloženého materiálu v následujícím roce by měla probíhat obdobným způsobem, jako probíhal způsob zpracování předloženého materiálu a to formou pracovních setkání zástupců jednotlivých oborů zdravotní péče.

Základem pro další práci je SWOT analýza zdravotnictví v KHK jako celku, ve které se zástupci jednotlivých oblastí zdravotnictví shodli na dominantních faktorech ovlivňující zdravotnictví v KHK. Je nezbytné se zaměřit zejména na „Hrozby“ a „Slabé stránky“, na které je nutné reagovat stanovením konkrétních cílů a opatření vedoucích k eliminaci hrozeb a potlačení slabých stránek. Obdobným způsobem je vhodné postupovat i v jednotlivých segmentech zdravotní péče, kde byly zpracovány „oborové“ SWOT analýzy.

Mezi nejzásadnější popisovaná závěry patří skutečnost, že některé vymezené problémy nejsou řešitelné na úrovni kraje, ale promítají se do problematiky celostátního charakteru. Mezi těmito problémy se ukazuje jako dominantní nedostatek odborného zdravotnického personálu jak lékařského, tak i nelékařského. Zde se prolíná několik vlivů. Jedná se o nepříliš funkční koncepci vzdělávání v oboru, kdy na trhu práce začínají chybět plně kvalifikovaní pracovníci v důsledku stávajícího nastavení kvalifikačních pravidel. Dále zde působí vliv nedostatečného ohodnocení zdravotníků vzhledem k jejich odpovědné práci a z toho vyplývající odliv těchto pracovníků do zahraničí i do jiných oborů.

Z materiálu vyplývá, že regionální zdravotnictví je potenciálně velmi problematickou oblastí, kterou nelze řešit v krátkém časovém horizontu. Je vhodné dlouhodobě směřovat úsilí k reálnému stanovení dlouhodobých potřeb zdravotní péče v regionu a jeho pokrytí kvalitní zdravotní péčí i za podpory a přispění kraje.

Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020 by měla dát možnost představitelům KHK, aby mohli odpovědně rozhodovat o dalším směřování zdravotnictví v regionu.

## Abecední seznam osob podílejících se na zpracování koncepce

Ing. Karel Antoš, Ph.D.; Ing. Zuzana Bartošová; Mgr. Karel Baše; MUDr. Hana Bašová; Ing. Ludmila Bášová; prof. MUDr. Milan Bayer, CSc.; MUDr. Jan Bělobrádek; MUDr. Martin Bezděk; Mgr. Zuzana Bílková, DiS.; doc. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.; doc. MUDr. Svatopluk Býma, CSc.; MUDr. Aleš Dlouhý; MUDr. Vladimír Dryml; MUDr. Radim Faltus; prof. MUDr. Alexander Ferko, CSc.; Ing. Jaroslav Fiala; prof. MUDr. Stanislav Filip, Ph.D., DSc.; Zuzana Fleischerová; MUDr. Jiří Förster; MUDr. Vojtěch Haas; MUDr. Miroslav Hanuš; Ing. Lukáš Hartwich; Mgr. Roman Hásek; MVDr. Jaromír Hejzlar; MUDr. Vladimír Herout, Ph.D.; prof. MUDr. Roman Herzig, Ph.D.; MUDr. Pavel Hladík, Ph.D.; MUDr. Daniela Hlavsová; Mgr. Lukáš Holub; MUDr. Ambrož Homola, Ph.D.; MUDr. Antonín Housa; Mgr. Václav Hrček; MUDr. Pavel Hroch; Libuše Hronovská; MUDr. Vít Hrubecký; MUDr. Štefan Hrunka; MUDr. Michal Hudík; Ing. Zbyněk Chotěborský; prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.; Viera Ivanovová; MUDr. Jiří Janoušek; MUDr. Tomáš Jedlička, MHA; MUDr. Ivana Jeřábková; Mgr. Růžena Jirásková; doc. MUDr. Marian Kacerovský; MUDr. Mirko Kadlec; MUDr. Ivo Kalousek, Ph.D.; Ing. Lukáš Knapp; doc. MUDr. Zdeněk Kokštejn, CSc.; MUDr. Jana Kolářová; MUDr. Josef Košina; Mgr. Jiří Kotlář; MUDr. Roman Koudele, MBA; MUDr. Zuzana Kozáková; MUDr. Martin Kracík; MUDr. Michal Kuhn; PaedDr. Soňa Lamichová; Alžběta Limburská; MUDr. Šárka Lukešová, Ph.D.; Mgr. Zuzana Luňáková; prof. MUDr. Jaroslav Malý, CSc.; Ing. Mgr. Petra Marešová, Ph.D.; MUDr. Marcel Maršík; MUDr. Jiří Mašek; MUDr. Libor Matouš; MUDr. Vlasta Medková; Mgr. Dominik Melichar; Olga Miková; MUDr. Tomáš Mlčoch; RNDr. Romana Mrázová, Ph.D.; Ing. Vlastimil Nakládal; MUDr. Jiří Nový; MUDr. Jan Ondruš; prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.; MUDr. Aleš Palla; MUDr. Petr Pátek; Bc. Hana Pekárková; Naděžda Pelikánová; MUDr. Aleš Penn; prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D.; MUDr. Richard Plný; MUDr. Pavla Pokorná; Ing. Miroslav Procházka, Ph.D.; Ing. Josef Prokeš; MUDr. Petr Prošvic; Mgr. Lucie Převlocká; MUDr. Alena Rašlová; MUDr. Jiří Rejl; MUDr. Libor Seneta; MUDr. David Wadie Shihata; MUDr. Miroslav Sirový; MUDr. Renata Skuhrovcová; RNDr. Jiří Stejskal; MUDr. Věra Stránská; MUDr. Marek Střecha; MUDr. Tomáš Suchý; MUDr. Eva Svobodová; Ing. Lucie Svrbíková; MUDr. Ján Šándor; MUDr. Martin Šimák; MUDr. Miroslav Škoda; MUDr. Petr Šmach; Ing. Jitka Šmehlíková; Ing. Pavel Šmíra; doc. MUDr. Pavel Šponer, Ph.D.; MUDr. Petr Štěpán; MUDr. Petr Šubrt; MUDr. Iva Tlášková; MUDr. Pavel Trpák; PharmDr. Jana Třešňáková; MUDr. Jaroslav Třetina; MUDr. Ivan Tůma, CSc.; Andrea Turková; MUDr. Luděk Týce; MUDr. Ivana Uiberlayová; MUDr. Roman Umlauf; MUDr. Simona Umlaufová; MUDr. Antonín Vajcík; doc. MUDr. Martin Vališ, Ph.D.; doc. MUDr. Eva Vaňásková, Ph.D.; MUDr. Miloš Vaněk; Mgr. Dana Vaňková; MUDr. Jiří Veselý; MUDr. Miluše Vidasovová; MUDr. Jaroslav Vokůrka; MUDr. Lubomír Voltr.

## Seznam tabulek

Tabulka 1 Základní údaje krajů (k datu 31. 12. 2013).....	5
Tabulka 2 Vývoj počtu obyvatel v jednotlivých okresech Královéhradeckého kraje .....	6
Tabulka 3 Věková struktura obyvatel KHK a ČR 2013 .....	6
Tabulka 4 Vývoj věkové struktury obyvatel v KHK .....	7
Tabulka 5 Standardizované míry úmrtnosti na nejčtenější třídy příčin smrti v krajích (na 100 000 obyvatel), 2013.....	10
Tabulka 6 Úhrnná plodnost v krajích ČR .....	11
Tabulka 7 Síť zdravotnických zařízení v Královéhradeckém kraji v roce 2013 .....	13
Tabulka 8 Počet všeobecných praktických lékařů v KHK.....	26
Tabulka 9 Věkové složení PLDD v KHK v roce 2013 .....	30
Tabulka 10 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK – Vnitřní lékařství (r. 2014).....	31
Tabulka 11 Počty lékařů na odděleních ALP - Interní obory (k 31. 12. 2014) .....	33
Tabulka 12 Interní obory - členění na specializace pouze u FN HK.....	33
Tabulka 13 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Chirurgické obory (r. 2014) ...	36
Tabulka 14 Počty lékařů na odděleních ALP - Chirurgické obory (k 31. 12. 2014).....	38
Tabulka 15 Počty atestací na odděleních ALP - Chirurgické oddělení (k 31. 12. 2014).....	39
Tabulka 16 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Pediatrie (r. 2014) .....	41
Tabulka 17 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Neonatologie (r. 2014) .....	42
Tabulka 18 Počty lékařů na odděleních ALP – Pediatrie a neonatologie (k 31. 12. 2014) .....	43
Tabulka 19 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK – Gynekologie a porodnictví (r. 2014).....	45
Tabulka 20 Počty lékařů na odděleních ALP - Gynekologicko-porodnické oddělení (k 31. 12. 2014) ..	46
Tabulka 21 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Ortopedie (r. 2014) .....	48
Tabulka 22 Čekací doba (na první kloub) .....	48
Tabulka 23 Počty lékařů na odděleních ALP - Ortopedie (k 31. 12. 2014) .....	49
Tabulka 24 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Neurologie (r. 2014) .....	51
Tabulka 25 Počty lékařů na odděleních ALP - Neurologie (k 31. 12. 2014).....	52
Tabulka 26 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Rehabilitace (r. 2014) .....	54
Tabulka 27 Počty lékařů na odděleních ALP - Rehabilitační oddělení (k 31. 12. 2014).....	55
Tabulka 28 Obložnost a využitelnost lůžek nemocnic v KHK - Psychiatrie (r. 2014) .....	57
Tabulka 29 Počty lékařů - Psychiatrické oddělení (k 31. 12. 2014) .....	59
Tabulka 30 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Radioterapie a onkologie (r. 2014).....	61
Tabulka 31 Počty lékařů na odděleních ALP - Radioterapie a onkologie (k 31. 12. 2014) .....	61
Tabulka 32 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Urologie (r. 2014) .....	64
Tabulka 33 Počty lékařů na odděleních ALP - Urologie (k 31. 12. 2014).....	65
Tabulka 34 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - ORL (r. 2014).....	67
Tabulka 35 Počty lékařů na odděleních ALP - ORL (k 31. 12. 2014) .....	68
Tabulka 36 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - ARO (r. 2014).....	70
Tabulka 37 Počty lékařů na odděleních ALP - ARO (k 31. 12. 2014).....	71
Tabulka 38 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Infekční klinika FN HK (r. 2014) .....	73
Tabulka 39 Počty lékařů k 31. 12. 2014.....	74
Tabulka 40 Obložnost a využitelnost akutních lůžek nemocnic v KHK - Kožní klinika FN HK (r. 2014) .	75

---

Tabulka 41 Počty lékařů – Kožní specializace (k 31. 12. 2014).....	76
Tabulka 42 Počty lékařů - Oddělení nukleární medicíny (k 31. 12. 2014).....	78
Tabulka 43 Počty lékařů - Oddělení transfuzní a hematologické /OTH/ (k 31. 12. 2014).....	80
Tabulka 44 Přehled lůžek následné péče v KHK k 1. 1. 2015.....	82
Tabulka 45 Obložnost a využitelnost lůžek následné péče zdravotnických zařízení v KHK (r. 2014)....	83
Tabulka 46 Tabulka 44 Obložnost a využitelnost lůžek LDN v KHK (r. 2014) .....	84
Tabulka 47 Počty lékařů - Lůžka následné péče (k 31. 12. 2014) .....	85
Tabulka 48 Počty lékařů - Léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) (k 31. 12. 2014).....	86
Tabulka 49 Obložnost a využitelnost lůžek OLÚ v KHK (r. 2014).....	88
Tabulka 50 Počty lékařů OLÚ (k 31. 12. 2014).....	90
Tabulka 51 Domácí zdravotní péče .....	91
Tabulka 52 Hospicová péče .....	96
Tabulka 53 Pracovníci (přepočtený stav) ve zdravotnických zařízeních KHK v roce 2013 .....	99
Tabulka 54 Pracovníci (přepočtený stav na 10 000 obyvatel) ve zdravotnických zařízeních KHK v roce 2013.....	100
Tabulka 55 Pracovníci podle jednotlivých druhů zdravotnických služeb v Královéhradeckém kraji ..	100
Tabulka 56 Průměrný plat zdravotnických pracovníků v krajích.....	102



## Seznam grafů

Graf 1 Vývoj střední délky života při narození (muži) v KHK a v ČR jako celku .....	7
Graf 2 Vývoj střední délky života při narození (ženy) v KHK a v ČR jako celku.....	8
Graf 3 Střední délka života v krajích 2013.....	8
Graf 4 Vývoj hrubé úmrtnosti (počet zemřelých na 1000 obyvatel) v KHK a ČR.....	9
Graf 5 Očekávaný vývoj přírůstku obyvatel Královéhradeckého kraje .....	11
Graf 6 Akutní lůžka v nemocnicích na 100.000 obyvatel k 31. 12. 2013.....	15
Graf 7 Využití akutních lůžek a průměrná ošetrovací doba v roce 2013.....	16
Graf 8 Stárnutí všeobecných praktických lékařů v KHK (% rozložení z celkového počtu).....	26
Graf 9 Počet registrovaných pacientů (průměr na jednu ordinaci VPL).....	27
Graf 10 Průměrný počet vyšetření (1 ordinace VPL / 1 rok) .....	27
Graf 11 Pracovníci podle druhů poskytovatele (r. 2013) .....	101
Graf 12 Věková struktura lékařů v KHK 2005/2013 .....	102
Graf 13 Věkové složení primární péče v Královéhradeckém kraji v roce 2013 .....	103

## Abecední seznam zkratk

AED .....	automatický externí defibrilátor
AKS.....	akutní koronární syndrom
ALP .....	akutní lůžková péče
ALS .....	Amyotrofická laterální skleróza
ARO.....	anesteziologické resuscitační oddělení
BR.....	Broumov
CDZ .....	Centrum duševního zdraví
COPD.....	chronická obstrukční plicní nemoc (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
CT.....	výpočetní tomografie (Computer Tomography)
ČLK .....	Česká lékařská komora
ČNHNK .....	Česko-německá horská nemocnice Krkonoše
ČSÚ .....	Český statistický úřad
DC .....	Dětské centrum
DHP .....	domácí hospicová péče
DHP OCH HK ....	Domácí hospicová péče Oblastní charity Hradec Králové
DIOP.....	dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DK .....	Dvůr Králové nad Labem
DK .....	dětská klinika
DO.....	dětská ozdravovna
EAP.....	Evropská akademie pediatriů
ERCP.....	endoskopická retrogradní cholangio-pankreatografie
FaF UK.....	Farmaceutická fakulta Univerzity Karlovy
FN HK.....	Fakultní nemocnice Hradec Králové
HK .....	Hradec Králové
HP .....	hospicová péče
IPLP .....	individuálně připravovaný léčivý přípravek
IROP .....	Integrovaný regionální program
IT .....	informační technologie
JAR .....	Jaroměř
JC .....	Jičín
JIP.....	jednotka intenzivní péče
JOP .....	jiní odborní pracovníci
KARIM.....	Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
KCC.....	Komplexní cerebrovaskulární centrum
KHK .....	Královéhradecký kraj
KI.....	kochleární implantát
KIN .....	Klinika infekčních nemocí
KPR.....	kardiopulmonální resuscitace
KÚ .....	krajský úřad
LDN .....	léčebna dlouhodobě nemocných
LF UK.....	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
LNN .....	Léčebna návykových nemocí
LNP.....	lůžka následné péče
LP .....	lékařský personál
LPS .....	lékařská pohotovostní služba
LZS .....	letecká záchranná služba
LZV .....	Léčebna zrakových vad

MEP .....	motorické evokované materiály
MN .....	městská nemocnice
MOJIP .....	Multioborová jednotka intenzivní péče
MR .....	magnetická rezonance
MZ .....	Ministerstvo zdravotnictví
N .....	nemocnice
NA .....	Náchod
NB .....	Nový Bydžov
NIP .....	následná intenzivní péče
NLZP .....	nelékařský zdravotnický personál
OCHRIP .....	oddělení chronické resuscitační a intenzivní péče
OLÚ .....	odborný léčebný ústav
ON .....	oblastní nemocnice
ONM .....	oddělení nukleární medicíny
ORL .....	otorinolaryngologie
PAS .....	Parental Alienation Syndrome (syndrom zavrženého rodiče)
PCR .....	polymerázová řetězová reakce (Polymerase Chain Reaction)
PDZ .....	Péče o duševní zdraví, z. s.
PET .....	pozitronová emisní tomografie
PLDD .....	praktické lékařství pro děti a dorost
PNP .....	přednemocniční neodkladná péče
POCT .....	Point of Care Testing
RIAPS .....	Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb
RK .....	Rychnov nad Kněžnou
RLP .....	rychlá lékařská pomoc
RM .....	rezidentské místo
RS .....	roztroušená skleróza
RTG .....	rentgen
RÚ .....	rehabilitační ústav
RV .....	randez-vous, setkávací systém
RZP .....	rychlá zdravotnická pomoc
SOL .....	Sdružení ozdravoven a léčeben
SPL ČR .....	Sdružení praktických lékařů ČR
SÚJB .....	Státní úřad pro jadernou bezpečnost
SZŠ .....	Střední zdravotnická škola
TEP .....	totální endoprotéza
TO .....	transfuzní oddělení
TU .....	Trutnov
ÚSP .....	ústav sociální péče
UZ .....	ultrazvuk
ÚZIS .....	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VOŠZ .....	Vyšší odborná škola zdravotnická
VPL .....	všeobecný praktický lékař
VZP .....	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZH KHK .....	Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje
ZL .....	zubní lékař
ZP .....	zdravotní pojišťovna
ZPBD .....	zdravotničtí pracovníci nelékaři bez odborného dohledu
ZPOD .....	zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením
ZPSZ .....	zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí
ZZS KHK .....	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje