

Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků

Koncepční dokument připravený Advance Institute
a Centrem zdravotní ekonomie a managementu
při Univerzitě Karlově

Děkujeme Nadačnímu fondu EUC „Elucidate“
za finanční podporu vzniku a vydání této publikace.

Tato publikace byla připravena při příležitosti konference Prague International Health Summit 2020, na které budou prezentována konkrétní úspěšná řešení ze zahraničí a diskutováno jejich praktické uplatnění v České republice a na Slovensku.



1.-2. 10.
2020
Praha

10. ročník Prague International Health Summit

Zajištění péče v době nedostatku zdravotníků

Špičkoví řečníci, zahraniční i místní zkušenosti,
praktické návody. Přijďte se inspirovat
k potřebným změnám!

 Organized
by Advance
Institute

www.pragueihs.eu

Autoři publikace

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.

Mgr. Lenka Šlegerová

Mgr. Henrieta Tulejová, M.S.

Poděkování

Za cenné rady a připomínky děkujeme níže uvedeným odborníkům. Rádi bychom ale zdůraznili, že za názory a fakta uvedená v tomto textu nenesou žádnou odpovědnost, ta patří Advance Healthcare Management Institute a Centru zdravotní ekonomie a managementu při Univerzitě Karlově.

PhDr. Lucie Bryndová, vědecký pracovník, Institut ekonomických studií Univerzity Karlovy

Ing. Ladislav Friedrich, prezident, Svaz zdravotních pojišťoven ČR

MUDr. Martin Gebauer, náměstek hejtmana, Moravskoslezský kraj

MUDr. Tomáš Gottvald, generální ředitel, Nemocnice Pardubického kraje

MUDr. Jiří Knor, Ph.D., ředitel, Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje

MUDr. Radomír Maráček, předseda představenstva, Krajská nemocnice Tomáše Bati

MUDr. Jiří Mrázek, Krajská zdravotní

MUDr. Jiří Nováček, primář COS a sterilizačního centra, Krajská nemocnice Liberec

MUDr. Martina Novotná, Centrum paliativní péče

Mgr. David Rezníčenko, ředitel, Nemocnice Havlíčkův Brod

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D., předseda představenstva, Nemocnice České Budějovice

Mgr. Barbora Vaculíková, MBA, generální ředitelka, Penta Hospitals CZ

MUDr. Lukáš Velez, ředitel, Nemocnice Jihlava

MUDr. Pavel Vepřek, člen představenstva Nemocnic Plzeňského kraje

Obsah

Seznam obrázků	7
Seznam tabulek	8
Seznam boxů	9
1. Úvod	10
2. Shrnutí hlavních doporučení	12
2.1. Restrukturalizace nemocniční sítě	12
2.2. Zajištění dostupnosti péče v ambulantní oblasti	13
2.3. Systémové předpoklady zajištění dostupnosti péče	14
3. Počty lékařů a sester a jejich očekávaný vývoj	15
3.1. Mezinárodní srovnání	17
3.2. Dostupnost ambulantní péče v České republice	18
3.2.1. Praktické lékařství pro děti a dorost	18
3.2.2. Všeobecné praktické lékařství	20
3.2.3. Další ambulantní odbornosti	22
4. Restrukturalizace nemocniční sítě	27
4.1. Příčiny potřeby restrukturalizace nemocniční sítě	27
4.1.1. Centralizace vysoce specializované péče	27
4.1.2. Dopad objemu poskytované péče na její kvalitu a cenu	28
4.1.3. Možnosti zvýšení efektivity akutní lůžkové péče	31
4.2. Nemocnice zajišťující dostupnost akutní lůžkové péče	38
4.3. Komunitní nemocnice	42
4.4. Zajištění neodkladné a akutní péče	45
5. Zajištění dostupnosti ambulantní péče	49
5.1. Skupinové praxe	49
5.2. Poskytování péče vzdáleným přístupem	50

5.3. Zapojení komunitních nemocnic do poskytování ambulantní a domácí péče	53
6. Systémové předpoklady zajištění dostupnosti péče.....	56
6.1. Platební a regulační mechanismy stanovené zdravotními pojišťovnami..	56
6.2. Podmínky akreditace nemocnice pro postgraduální vzdělávání a obsah tohoto vzdělávání	58
6.3. Nastavení místní a časové dostupnosti zdravotních služeb	59
6.4. Upřesnění role zdravotnické záchranné služby.....	59
6.5. Rozšíření rolí zdravotnických pracovníků – nelékařů	60
6.6. Systematické měření kvality péče	62
6.7. Účelné propojení zdravotního a sociálního systému	63

Seznam obrázků

Obrázek 1: Vývoj počtu lékařů (FTE) v ČR	15
Obrázek 2: Vývoj počtu absolventů lékařských fakult.....	16
Obrázek 3: Predikce stárnutí obyvatelstva ČR.....	16
Obrázek 4: Srovnání počtu lékařů a sester (2013, 2016)	17
Obrázek 5: Srovnání počtu nemocničních lůžek v akutní a dlouhodobé péči (2017)18	
Obrázek 6: Počet plných úvazků (FTE) praktických lékařů pro děti a dorost na 1000 obyvatel 0-18 let (2017)	19
Obrázek 7: Počet plných úvazků (FTE) všeobecných praktických lékařů na 1000 obyvatel 19+ let (2017)	21
Obrázek 8: Věkové skupiny a indexy vyjadřující poměr nákladů na pojištěnce dle úhradové Vyhlášky č. 268/2019 Sb.	22
Obrázek 9: Očekávané navýšení potřeby ambulantních služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva v ČR (příklad urologie)	26
Obrázek 10: Vývoj průměrné délky hospitalizace v Česku (1993-2017).....	32
Obrázek 11: Srovnání délky hospitalizace dle diagnóz (2016)	32
Obrázek 12: Procento výkonů provedených v rámci jednodenní chirurgie (2017) ..	34
Obrázek 13: Srovnání počtu hospitalizačních dní akutní péče (2017)	36
Obrázek 14: Počet hospitalizací z vybraných příčin (2017)	37
Obrázek 15: Poměr praktikujících sester a lékařů (2013)	62

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet plných úvazků (FTE) na 10 000 obyvatel dle odbornosti a kraje (2017)	23
Tabulka 2: Průměrný věk ambulantních specialistů v odbornostech s dojezdovou vzdáleností 45 min (2018)	25
Tabulka 3: Oblasti s prokázaným vztahem objemu péče a její kvality	29
Tabulka 4: Převládající uspořádání primární péče (2016).....	50
Tabulka 5: Využití video- a telefonních konzultací při poskytování péče	52

Seznam boxů

Box 1: Minimální počty výkonů v zahraničních nemocnicích.....	30
Box 2: Jednodenní chirurgie	34
Box 3: Odvratitelné hospitalizace	37
Box 4: Transformace nemocnic poskytujících neodkladnou a akutní péči v Dánsku 39	
Box 5: Stratifikace nemocnic na Slovensku	40
Box 6: Reprofilizace nemocnic Rochdale Infirmary, Trafford General Hospital, Altrincham Hospital	44
Box 7: Urgentní příjmy – memorandum Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven z prosince 2019.....	47
Box 8: Efektivita skupinových praxí	50
Box 9: Videokonzultace pacientů s lékaři	51
Box 10: Příklad využití telemedicíny v ČR	53
Box 11: Chronické srdeční selhání - disease management program	54

1. Úvod

České zdravotnictví, pokud má i nadále zajišťovat dostupnou péči a zvyšovat její kvalitu, musí, stejně jako jiné evropské zdravotní systémy, projít celou řadou strukturálních změn. Potřeba těchto změn je vyvolána zejména následujícími vlivy:

1. **Změnou charakteru nemocí** – dnešním hlavním zdravotním i ekonomickým problémem jsou chronické nemoci (onemocnění srdce a cév, cukrovka, rakovina, psychické nemoci a další), zatímco v době, kdy byla dnešní struktura poskytovatelů, zejména nemocnic, budována, hlavní problémy působily infekční nemoci a zranění. Chronické nemoci vyžadují jiný způsob poskytování péče, zejména úzkou spolupráci jednotlivých poskytovatelů a zapojení pacienta do léčby a prevence,
2. **Stárnutím obyvatelstva**, které způsobuje vyšší potřebu zdravotních služeb a zároveň díky snížení podílu práceschopného obyvatelstva omezuje růst příjmů veřejného zdravotního pojištění,
3. **Vývojem medicínských postupů**, které na jedné straně vedou k významnému zvýšení úspěšnosti léčby cestou koncentrace vysoce specializované péče k menšímu množství poskytovatelů, ale na druhé straně umožňují poskytování běžné péče blíže domova pacienta,
4. **Celospolečenskými změnami** ve smyslu zlepšené dopravní obslužnosti, běžné dostupnosti komunikačních technologií jako jsou dotykové telefony s připojením na internet, zvýšenou vzdělaností a očekáváním kvalitních služeb a respektu k vlastním preferencím ze strany vzrůstající části obyvatelstva,
5. **Narůstajícím nedostatkem odborného personálu** jak v nemocnicích, tak u ambulantních poskytovatelů zdravotních služeb.

Zatímco změny popsané pod body 1-4 jsou postupné, nedostatek odborného personálu představuje rychle se rozvíjející problém, který bude v příštích letech gradovat přes všechna dosavadní opatření zaměřená na navýšení příjmů zdravotníků, zvýšení počtů studentů a snížení regulačních bariér pro příchod zahraničních pracovníků. Česká republika ale v mezinárodním srovnání nemá podprůměrné množství lékařů ani sester. Navíc, počty lékařů v českém zdravotnictví dlouhodobě rostou. Nabízí se tedy otázka, zda současný nedostatek personálu není způsoben starými modely poskytování péče, které zabraňují efektivnímu využití lidských zdrojů.

Odpovědí na tento problém stejně jako na ostatní výše zmíněné trendy jsou nové modely poskytování zdravotních služeb, které můžeme pozorovat ve vyspělých evropských zemích i na prvních příkladech v Česku a na Slovensku. Patří k nim restrukturalizace nemocniční sítě a zajištění dostupnosti péče v ambulantní oblasti pomocí sdružování poskytovatelů, využití moderních technologií vzdálené komunikace, zajištění pohotovostních služeb u nemocnic a podpora pacientů v jejich domovech s cílem prevence odvrátitelných hospitalizací. Důležitou součástí tohoto systému je samozřejmě i efektivně uspořádaná zdravotnická záchranná služba.

Tyto nové přístupy dokáží zajistit dostupnost kvalitní zdravotní péče ve všech regionech i v dnešních a budoucích podmínkách. K jejich zavedení je třeba dořešit řadu technických a manažerských otázek, to hlavní, co dnes brání jejich rozšíření, je ale lpění na starých modelech péče jak v naší mysli, tak v různých předpisech. Stávající modely péče ale nejsou dlouhodobě udržitelné ani za cenu mimořádných výdajů. Není proto jiné cesty než změna. Ta, jak ukazuje celá řada zahraničních i několik domácích příkladů, je možná a její přijetí přináší řadu výhod.

2. Shrnutí hlavních doporučení

2.1. Restrukturalizace nemocniční sítě

Jednotlivé nemocnice mají řadu možností, jak zvýšit efektivitu využití personálu díky strukturálním a procesním změnám, jako jsou mezioborové jednotky intenzivní péče, společný lůžkový fond, vytvoření jednoho vstupního místa do nemocnice s triáží pacientů a expektačními lůžky (urgentní příjem) nebo zlepšení organizace práce na operačních sálech a v dalších provozech. Tento potenciál dosud ve většině nemocnic nebyl plně využit. I při jeho využití ale bude, stejně jako v jiných zemích, nutná restrukturalizace celé nemocniční sítě.

Ještě před 30 lety představovala nemocnice okresního typu místo, které bylo schopno řešit naprostou většinu neodkladné či akutní zdravotní péče. Tuto situaci zásadně změnila koncentrace akutní péče o pacienty s těžšími traumaty, ischemickou chorobou srdeční a mozkovými mrtvicemi do specializovaných center, která vedla k významnému zvýšení úspěšnosti léčby. Stejně tak se do specializovaných center v zájmu zvýšení kvality a schopnosti zaplatit nové drahé technologie přesouvá další akutní i plánovatelná péče.

Zkracování doby hospitalizace a přesun péče do jednodenní či ambulantní oblasti vedl k významnému omezení potřeby nemocničních lůžek v řadě tzv. menších oborů (například oční lékařství). Tyto trendy se postupně uplatňují i v jiných oborech. K tomu se přidává nedostatek personálu, který je zejména v případě lékařů nejpalcivější v odlehlejších oblastech a menších obcích.

Všechny tyto vlivy jednoznačně vedou k potřebě snížení počtu nemocnic poskytujících neodkladnou a akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu. Nemocnice okresního a menšího typu se tak postupně rozdělí na ty, ve kterých je nepřetržitě poskytování akutní péče alespoň v základních oborech nutné z hlediska zajištění dostupnosti, a na ty, které nebudou tento těžký úkol nadále muset plnit a budou se měnit na tzv. komunitní nemocnice (viz dále). Toto rozdělení by mělo proběhnout na základě pečlivého spočítání dopravní dostupnosti a potřebné kapacity poskytovatelů, nikoliv tedy náhodně v důsledku nahromadění provozních problémů v jednotlivých nemocnicích.

Komunitní nemocnice se v minimalistické verzi skládá z interního oddělení, případně chirurgie či jiného operačního oboru provozovaného v jednodenním režimu, specializovaných ambulantních služeb, následné a případně dlouhodobé

lůžkové péče a ideálně i domácí péče včetně specializovaných služeb pro chronicky nemocné. Ve skutečnosti bude tato minimalistická verze v řadě nemocnic v případě dostatku personálu, poptávky a plateb od zdravotních pojišťoven širší v důsledku zachování dalších služeb. Klíčové je zbavení se povinnosti nepřetržitého zajištění poskytnutí akutních služeb (mimo hospitalizované pacienty). Jen převod akutního lůžkového chirurgického oddělení do režimu jednodenní chirurgie tak může ušetřit zhruba třetinu personálu.

Zahraniční příklady ukazují, že nemocnice, které projdou omezením rozsahu poskytovaných akutních služeb a transformací do podoby komunitní nemocnice, se dokáží personálně i finančně stabilizovat a poskytovat ve své spádové oblasti potřebné a kvalitní zdravotní služby, včetně pohotovosti ve spolupráci s lékařskou pohotovostní službou.

Otázka zajištění pohotovostních služeb si vyžaduje zvláštní pozornost. Právě obavami o dostupnost akutní zdravotní péče je často zdůvodňována marná snaha o zachování historického spektra služeb v menších nemocnicích. Existující důkazy ale svědčí o tom, že přesun těžších akutních případů zdravotnickou záchrannou službou do specializovanějších nemocnic vede k lepším výsledkům léčby.

2.2. Zajištění dostupnosti péče v ambulantní oblasti

Dostupná data a zkušenosti ukazují nejen významné nerovnosti v rozmístění poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb mezi jednotlivými kraji, ale i zhoršující se dostupnost v odlehlejších, zejména příhraničních oblastech ČR. Tento trend bude v příštích cca deseti letech pokračovat, později se může projevit pozitivní dopad již existujícího zvýšeného zájmu o profesi praktického lékaře a restrukturalizace nemocniční sítě.

K zlepšení dostupnosti zejména primární, ale i specializované ambulantní péče se nabízí následující postupy, které je třeba mezi sebou kombinovat:

- **Vytváření skupinových praxí** nebo jiných forem praxí s vyšším počtem personálu. Takové praxe dokáží významně zvýšit produktivitu práce díky přesunu části činnosti lékařů na sestry a sester na administrativní pracovníky. Navíc jsou díky vzájemné zastupitelnosti personálu také lépe schopné zajistit poskytování konzultací vzdáleným přístupem, návštěvní službu nebo přítomnost lékaře či sestry ve vymezenou dobu na pracovišti v menší obci.

- **Použití moderních technologií k poskytování péče vzdáleným přístupem.**
Komunikační a informační technologie umožňují stále větší rozsah a kvalitu vzdáleného poskytování péče, ať jde o telefonická centra, webové nebo mobilní aplikace, vzdálené sledování pacienta nebo poskytování videokonzultací, buď mezi poskytovateli, nebo mezi pacientem a poskytovatelem. Samotné technologie se vyvíjí bouřlivým způsobem, zásadní otázkou je jejich zapojení do stávajícího kontextu konkrétního zdravotního systému tak, aby došlo k co nejefektivnějšímu propojení tradičních a nových forem poskytování péče.
- **Zapojení komunitních nemocnic do poskytování ambulantní a domácí péče.**
V některých oblastech může být nemocnice jedním z mála (mimo obvyklé ordinanční hodiny potom jediným) dostupným poskytovatelem zdravotních služeb. Na jedné straně proto potřebuje mít účelně zorganizované pohotovostní služby, na druhé straně se nabízí možnost rozvoje ambulantních a domácích zdravotních služeb, zaměřených mimo jiné na snížení počtu odvratitelných hospitalizací, například z důvodu zhoršení průběhu chronické nemoci v důsledku nedostatečného ambulantního sledování či podpory pacienta.

2.3. Systémové předpoklady zajištění dostupnosti péče

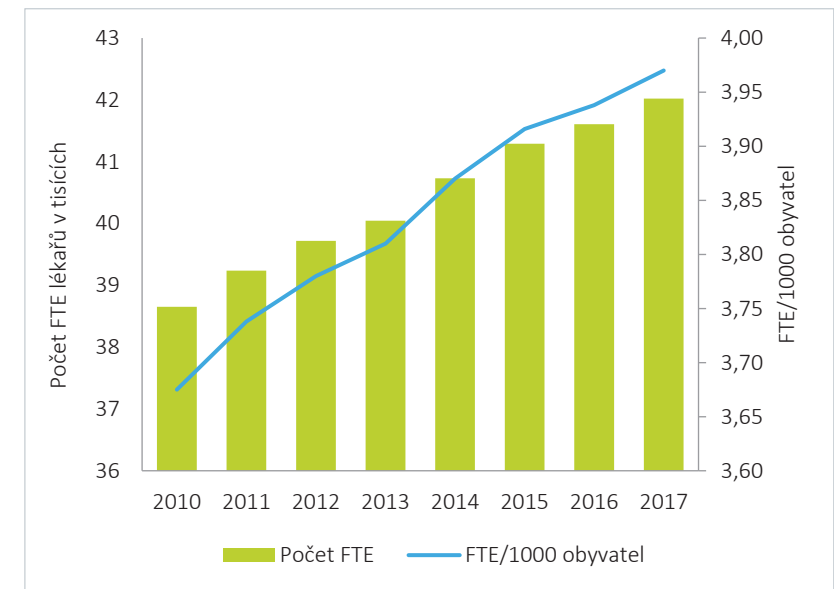
Moderní formy péče potřebují ke svému rozvoji nebyť omezovaly zastaralými předpisy. Naopak, potřebují podporu ve formě odstranění zbytečné a omezující regulace a stanovení nových vhodných pravidel zejména v následujících oblastech:

- Úhradové a regulační mechanismy uplatňované zdravotními pojišťovnami
- Parametry místní dostupnosti zdravotních služeb
- Umožnění akreditace pro vzdělávání lékařů sdružení několika nemocnic
- Upřesnění role zdravotnické záchranné služby
- Rozšíření rolí nelékařských zdravotnických pracovníků
- Systematické měření kvality péče
- Návaznost zdravotního a sociálního systému.

3. Počty lékařů a sester a jejich očekávaný vývoj

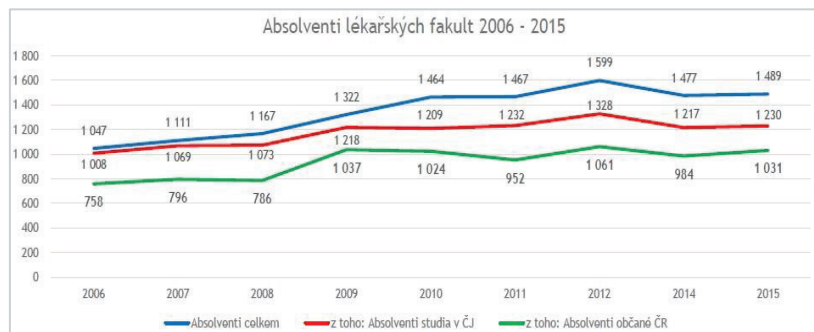
Dle České lékařské komory chybí k únoru 2020 v nemocnicích 967 lékařů (plných úvazků) a dalších 394 lékařů zdravotnické záchranné službě (www.zdravotnictvivoopomoc.cz). Vývoj počtu lékařů v ambulantní sféře směřující k jejich očekávaným nedostatkům je popsán níže. Přitom počet lékařů v českém zdravotnictví dlouhodobě stoupá (Obrázek 1), stejně jako počet absolventů lékařských fakult (Obrázek 2). Z nich sice část může odcházet do zahraničí, přesto v mezinárodním srovnání naše země netrpí podprůměrnými počty lékařů a sester (viz níže). Je tedy zjevné, že hlavním problémem je jejich dnešní využití. Je nejvyšší čas na jeho změnu, protože stárnutí obyvatelstva přinese významně zvýšené požadavky na objem zdravotní péče a bude tak mít minimálně přechodný a lokální negativní dopad na její dostupnost. Očekávaný vývoj věkového složení obyvatelstva ČR ukazuje Obrázek 3.

Obrázek 1: Vývoj počtu lékařů (FTE) v ČR



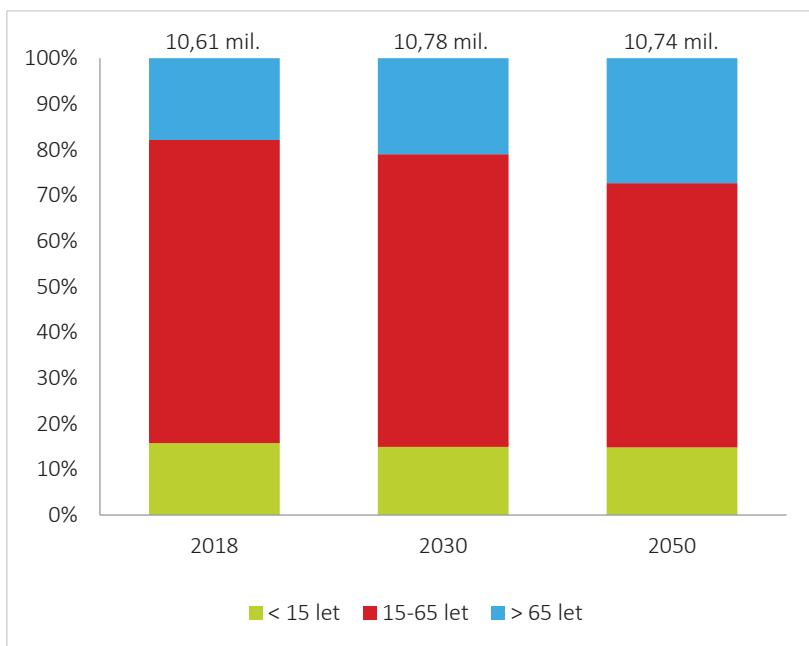
Zdroj: ÚZIS (2018)

Obrázek 2: Vývoj počtu absolventů lékařských fakult



Zdroj: Zdravotnický deník (2016) dle MŠMT

Obrázek 3: Predikce stárnutí obyvatelstva ČR

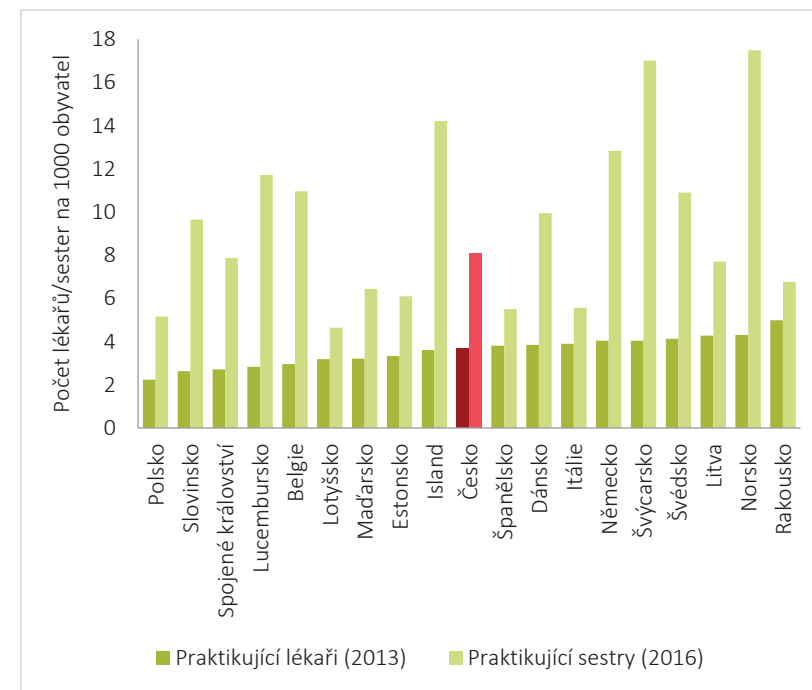


Zdroj: ČSÚ (2019a)

3.1. Mezinárodní srovnání

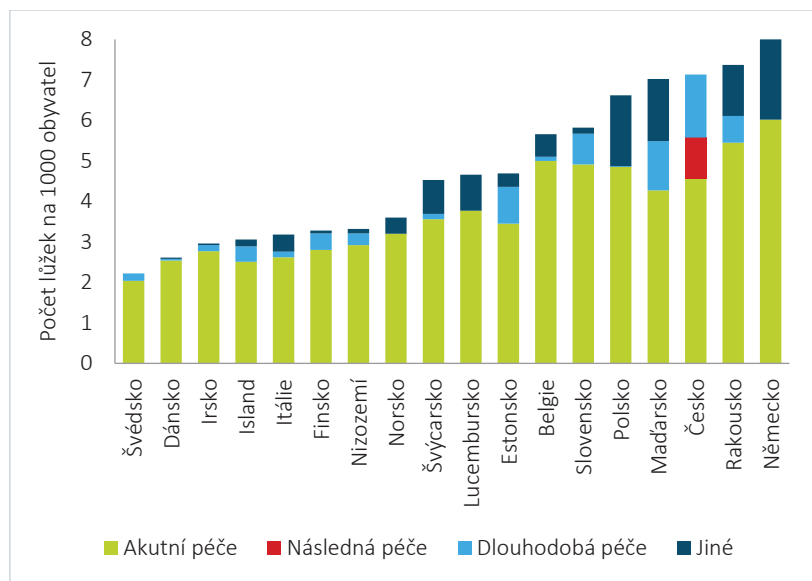
Česká republika nemá v mezinárodním srovnání podprůměrné množství lékařů ani sester, má ale nadprůměrné množství nemocničních lůžek. Jinými slovy, kvalifikované lékaře a sestry rozmělňujeme mezi mnoho existujících zařízení, která poskytují historicky široké spektrum služeb.

Obrázek 4: Srovnání počtu lékařů a sester (2013, 2016)



Zdroj: OECD (2019a)

Poznámka: Praktikující lékaři zahrnují všechny praktikující lékaře kromě zubních lékařů a stomatologů.

Obrázek 5: Srovnání počtu nemocničních lůžek v akutní a dlouhodobé péči (2017)

Zdroj: OECD (2019a); ÚZIS (2019); VZP ČR (2018)

Poznámka: V Norsku, Lucembursku a Německu vykazují nula lůžek „dlouhodobé péče“.

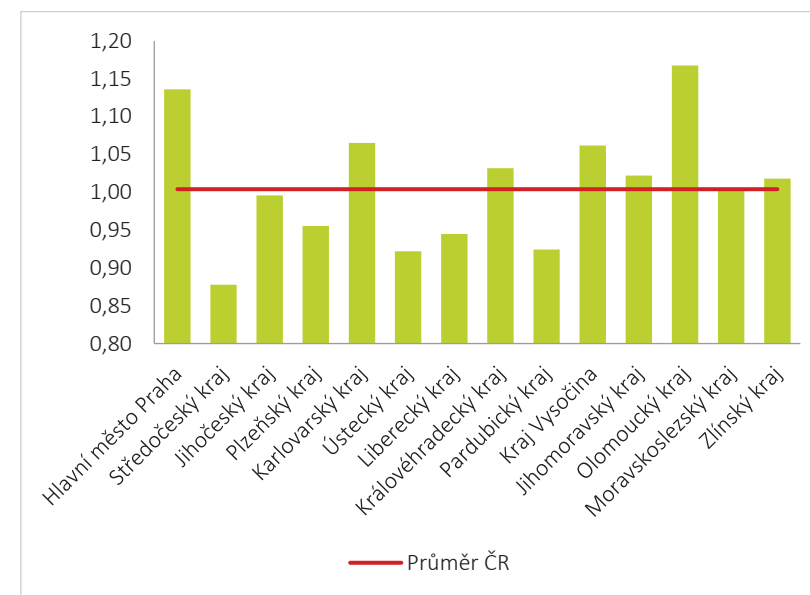
Vyčlenění následné péče (lůžka v léčebnách dlouhodobě nemocných) bylo provedeno pouze v případě České republiky.

3.2. Dostupnost ambulantní péče v České republice

3.2.1. Praktické lékařství pro děti a dorost

Až třetina praktických lékařů pro děti a dorost (PLDD) plánuje ukončit praxi v horizontu pěti let, a to především z důvodu věku. Toto vyplývá z průzkumu Šídlo a kol. (2019). Průměrný věk praktikujících lékařů v této odbornosti dosáhl v roce 2018 hodnoty 57,3 let, což je jednoznačně řadí mezi odbornosti s nejvyšším průměrným věkem (VZP, 2019).

K 31. 12. 2018 bylo dle Ročenky VZP v ČR 2 208 PLDD. Přepočteno na plné úvazky to odpovídá asi 2 005 úvazkům.¹ Republikový průměr tak činil 1 032 dětí (ve věku 0-18 let) na jeden plný úvazek praktického lékaře pro děti a dorost (dle ČSÚ, 2019b). Mezi jednotlivými kraji nejsou v případě PLDD tak zásadní rozdíly jako mezi jinými odbornostmi (viz Obrázek 6).

Obrázek 6: Počet plných úvazků (FTE) praktických lékařů pro děti a dorost na 1000 obyvatel 0-18 let (2017)

Zdroj: Vlastní výpočet dle VZP ČR (2018), ČSÚ (2018)

Tato základní statistika ovšem není zcela přesná pro vyhodnocení dostupnosti zdravotní péče. Vycházíme zde z dat o trvalém bydlišti osob, které se nemusí shodovat s krajem čerpání zdravotní péče, tedy registrace u praktického lékaře.

¹ Úvazek lékaře vychází z metodiky VZP ČR, kdy jako úvazek ve výši 1,0 je u odborností všeobecní praktičtí lékaři a PLDD brána kapacita 25 ordinčních hodin týdně.

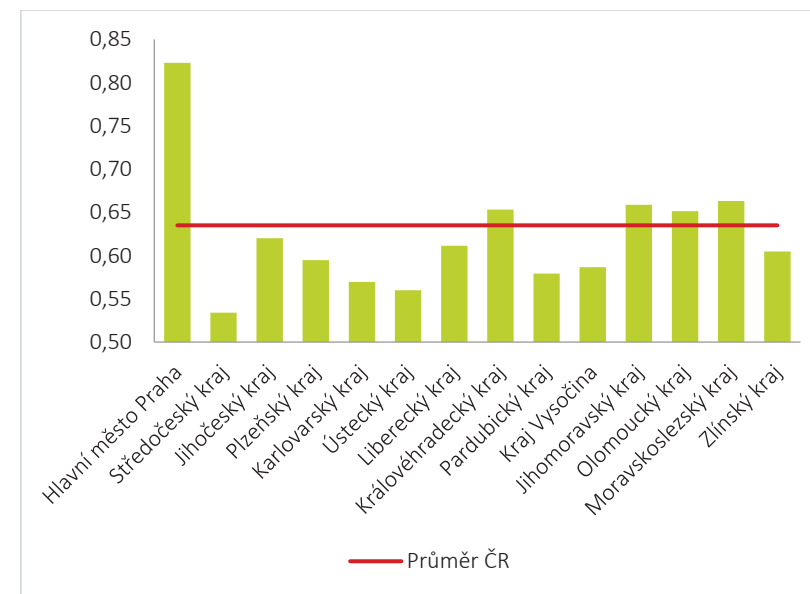
Praha je například typickým dojezdovým regionem, zatímco například Ústecký kraj a další kraje u hranic ČR jsou výjezdovými regiony, což potvrzují i výsledky Štych a kol. (2017), kteří vyčíslili index dojíždění pro každý spádový region obce s pracovištěm lékaře.

Projekci budoucího vývoje počtu praktických lékařů pro děti a dorost v jednotlivých krajích namodelovali Burcin & Šídlo (2017), kteří vycházeli z věkové struktury stávajících lékařů a z počtu nově atestovaných lékařů. Výchozím rokem pro jejich projekce je rok 2017 (hodnoty k 1. 1.). Počet plných úvazků klesne dle očekávání z roku 2017 o 8,9 %, resp. 15,0 % v letech 2025 a 2030. Počet dětí na plný úvazek lékaře tak podstatně vzroste dle populační projekce ČSÚ (2019a) z hodnoty v roce 2017 o 17,6 %, resp. 21,8 % v letech 2025 a 2030. Tato statistika na úrovni kraje ovšem nijak nezachycuje dostupnost v odlehlejších okresech a obcích. Například ve Šluknovském výběžku dle údajů dr. Suchardy z České lékařské komory byl v roce 2018 počet dětí na jednoho PLDD cca 1700, na rozdíl od celorepublikového průměru 1032 dětí.

3.2.2. Všeobecné praktické lékařství

Ve srovnání s praktickými lékaři pro děti a dorost lze považovat všeobecné praktické lékaře (VPL) za méně kriticky ohrožené, a to nejen díky nižšímu průměrnému věku, 54,8 let v roce 2018 (VZP, 2019), ale i díky zvýšení počtu úvazků všeobecných praktických lékařů (celorepublikově navýšení o 5,0 % od roku 2010, v Hlavním městě Praze navýšení o 15,0 %). Přítomnost VPL v jednotlivých krajích je však již výrazně nerovnoměrná, zejména vzhledem k Praze (Obrázek 7), což je situace typická i pro většinu dalších ambulantních poskytovatelů.

Obrázek 7: Počet plných úvazků (FTE) všeobecných praktických lékařů na 1000 obyvatel 19+ let (2017)



Zdroj: Vlastní výpočet dle VZP ČR (2018), ČSÚ (2018)

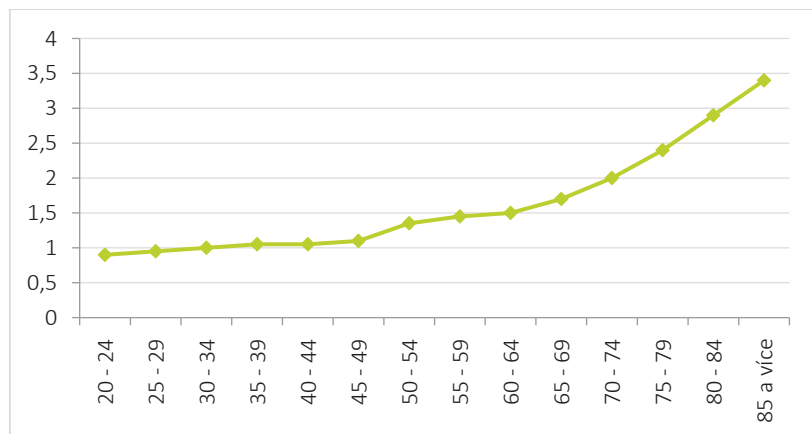
K 31. 12. 2018 bylo dle Ročenky VZP v ČR 5 948 všeobecných praktických lékařů. Přepočteno na plné úvazky to odpovídá asi 5 366 lékařům. Republikový průměr je tak 1 599 dospělých (19+ let věku) na jeden plný úvazek všeobecného praktického lékaře (ČSÚ, 2019b). Z toho je průměrně 389 osob starších 65 let, u kterých lze předpokládat, že v průměru představují pro lékaře časově náročnější pacienty.

Dle výpočtů vycházejících z Burcin & Šídlo (2017) počet plných úvazků klesne dle očekávání přibližně na 5 341, resp. 5 228 v letech 2025 a 2030.² Počet dospělých na plný úvazek lékaře tak vzroste v porovnání s rokem 2018 o 0,7 %, resp. o 4,0 %

² Dle Burcin & Šídlo (2017) klesne počet plných úvazků lékařů z hodnoty roku 2017 o 1,9 %, resp. o 3,9 %.

v letech 2025 a 2030. Důležitým faktorem je však zvyšující se počet pacientů starších 65 let. Průměrný počet těchto pacientů na plný úvazek lékaře vzroste z 389 na 429, resp. 460. Vyšší časová náročnost, kterou v průměru představují pro lékaře starší pacienti, je reflektována vyšší kapitační platbou, jak ukazují indexy pro jednotlivé věkové skupiny (viz Obrázek 8). Je tedy zřejmé, že zvýšený podíl pacientů nad 65 let bude představovat významnou časovou zátěž. Pokud přepočteme fyzický počet pacientů v jednotlivých věkových kategoriích dle kapitačních indexů, získáme podstatně větší nárůst počtu „pacientů“ na plný úvazek lékaře. Místo relativně malého nárůstu o 0,7 %, resp. o 4,0 % v letech 2025 a 2030 by se jednalo o nárůst o 4,3 %, resp. 10,6 % z výchozího roku 2018. Ve zvýšení počtu starších, a tedy náročnějších pacientů tak spočívá jeden ze dvou zásadních problémů. Tím druhým je stejně jako u jiných odborností dostupnost v odlehlejších okresech a obcích, která není ve statistice na úrovni kraje zachycena.

Obrázek 8: Věkové skupiny a indexy vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce dle úhradové Vyhlášky č. 268/2019 Sb.



3.2.3. Další ambulantní odbornosti

Dle počtů plných úvazků zdravotníků na 10 000 obyvatel uvedených v Tabulka 1, jsou zřejmé významné regionální nerovnosti v dostupnosti. Tento obrázek není typický jen pro uvedené odbornosti, ale prakticky pro všechny ostatní. Vyšší počet úvazků v Hlavním městě Praze může být částečně vysvětlen tím, že se jedná o tzv.

dojezdový kraj, kde čerpají zdravotní péči i obyvatelé jiných krajů, z hlediska zajištění dostupnosti jsou ale rozdíly mezi jednotlivými kraji příliš vysoké.

Tabulka 1: Počet plných úvazků (FTE) na 10 000 obyvatel dle odbornosti a kraje (2017)

	501 - chirurgie	014 - klinická stomatologie	101 – vnitřní lékařství – interna	603 – gynekologie a porodnictví	925 – sestra domácí zdravotní péče
Hlavní město Praha	1,5	9,7	2,6	2,9	3,8
Středočeský kraj	0,6	4,2	0,7	1,1	2,5
Jihočeský kraj	0,9	5,6	0,7	1,5	2,2
Plzeňský kraj	0,8	6,8	1,0	1,3	2,3
Karlovarský kraj	0,8	5,3	0,7	1,3	2,2
Ústecký kraj	0,7	4,6	0,5	1,4	2,3
Liberecký kraj	0,7	5,8	0,6	1,3	2,0
Královéhradecký kraj	0,8	6,8	0,7	1,3	2,4
Pardubický kraj	0,9	5,3	0,8	1,2	2,5
Kraj Vysočina	0,6	5,4	0,6	1,3	2,4
Jihomoravský kraj	1,0	6,6	1,2	1,6	1,5
Olomoucký kraj	1,0	6,7	1,0	1,5	1,9
Moravskoslezský kraj	0,5	6,2	0,6	1,5	1,8
Zlínský kraj	0,7	6,5	0,7	1,3	1,5
Česká republika	0,8	6,2	1,0	1,6	2,3

Zdroj: Vlastní výpočet dle VZP ČR (2018), ČSÚ (2018)

Dostupnost dalších odborností (nejen ambulantních specialistů) lze zkoumat z ročenek VZP a především z map zveřejněných na webu VZP pro jednotlivé odbornosti.³ U každé mapy je zároveň uvedeno, kolik procent území a obyvatelstva ČR nesplňuje dojezdovou vzdálenost danou nařízením vlády č. 307/2012 Sb. O místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. Pro všechny uvedené obory ambulantní péče z map vyplývá, že dostupnost je zatím zajištěna pro 100 % obyvatel. Parametry dostupnosti jsou ale stanoveny dle maximálních dojezdových časů, které činí 35 minut u praktických lékařů a 45–120 minut podle frekvence využívání u ambulantních specialistů, 45 minut například chirurgie a fyzioterapie, 120 minut například dětská gynekologie. Je otázkou, zda tyto maximální dojezdové časy skutečně efektivně naplňují potřebu dostupnosti, zejména v případě praktických lékařů a často potřebných ambulantních specialistů. Je také třeba uvést, že se jedná o dojezdové časy za normálních, nikoliv tedy zhoršených podmínek dostupnosti (například zimní podmínky).

Navíc, uvedené mapy ukazují současnou situaci, ale ne její pravděpodobný vývoj v čase. Ten je nepřímě ilustrován věkovým průměrem ambulantních specialistů v jednotlivých odbornostech – viz Tabulka 2.

³ <https://www.vzp.cz/poskytovatele/dostupnost-zdravotni-pece>

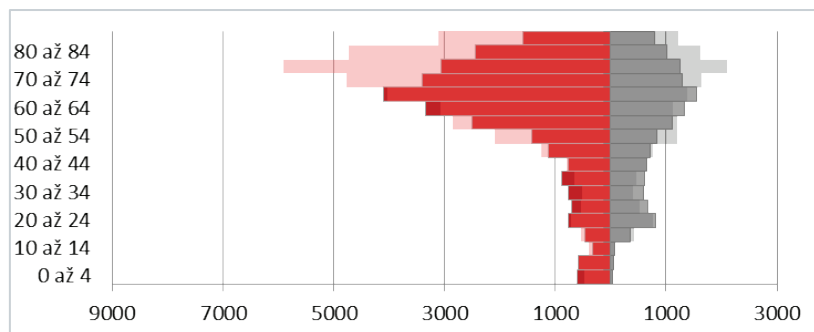
Tabulka 2: Průměrný věk ambulantních specialistů v odbornostech s dojezdovou vzdáleností 45 min (2018)

diabetologie	52,8
chirurgie	56,8
urologie	52,0
oftalmologie	51,1
ORL	54,3
ortopedie	54,2
radiologie a zobrazovací metody	50,1
rehabilitační a fyzikální medicína	55,2
fyzioterapie	43,2
vnitřní lékařství	55,4

Zdroj: VZP ČR (2019)

Stejně jako u praktických lékařů ale nejde jen o případný úbytek poskytovatelů, ale o to, že v řadě odborností díky stárnutí obyvatelstva významně naroste potřeba péče. Tuto situaci ilustruje modelace očekávaného nárůstu péče v ambulantní urologii připravená v minulosti společností Advance Consulting pro jeden z krajů České republiky. Čistě v důsledku stárnutí obyvatelstva při zachování dnešní potřeby péče (tedy nemocnosti v jednotlivých věkových skupinách) a dnešního způsobu poskytování zdravotních služeb významně naroste jejich potřeba. Konkrétně v případě ambulantní urologie o cca 10 000 pacientů na půl milionu obyvatel v roce 2030 oproti roku 2012, viz Obrázek 9. Obdobný dopad bude mít stárnutí obyvatelstva na potřebu lůžkové péče. Navýšení potřeby služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva samozřejmě neplatí pro všechny odbornosti, vzhledem k obecně vyšší potřebě zdravotní péče ve stáří ale platí pro většinu odborností (byť různou měrou) a pro zdravotnictví jako celek.

Obrázek 9: Očekávané navýšení potřeby ambulantních služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva v ČR (příklad urologie)



Zdroj: Advance Consulting

Poznámka: Počty pacientů definovaných jako unikátní rodné číslo v roce 2012 (sytá barva) a nárůst ve 2030 (světlá barva). V levé části grafu muži, v pravé ženy.

Výpočet pro populaci o velikosti půl milionu obyvatel.

4. Restrukturalizace nemocniční sítě

Jednotlivé nemocnice mají řadu možností, jak zvýšit efektivitu využití personálu díky strukturálním a procesním změnám, jako jsou mezioborové jednotky intenzivní péče, společný lůžkový fond, vytvoření jednoho vstupního místa do nemocnice s triáží pacientů a expektačními lůžky (urgentní příjem) nebo zlepšení organizace práce na operačních sálech a v dalších provozech. Tento potenciál dosud ve většině nemocnic nebyl plně využit. I při jeho využití ale bude, stejně jako v jiných zemích, nutná restrukturalizace celé nemocniční sítě. Charakter péče poskytované v různých typech nemocnic totiž stále více ovlivňuje centralizace (vysoce) specializované péče, požadavky na minimální počty výkonů provedené u jednoho poskytovatele a přesun akutní lůžkové péče do jiných forem služeb, stejně jako zkracování doby hospitalizace.

4.1. Příčiny potřeby restrukturalizace nemocniční sítě

4.1.1. Centralizace vysoce specializované péče

Základní příčinou centralizace vysoce specializované péče jsou nové medicínské postupy, které umožňují zásadní zlepšení ve výsledcích léčby, ale zároveň jsou obvykle vysoce nákladné. Většinou se jedná o složité zákroky, které vyžadují soustředění dostatečného množství pacientů k jednomu poskytovateli tak, aby personál mohl získat a udržet si dostatečnou kvalifikaci. V případě akutních zákroků, jako je léčba srdečního infarktu nebo mozkové mrtvice, u kterých je k úspěšné léčbě třeba využít krátké „okno příležitosti“ v délce pouhých několika hodin, je navíc potřeba neustálá dostupnost kvalifikovaného personálu schopného provést příslušný zákrok.

Centralizace vysoce specializované péče se netýká jen zákroků, které se musí odehrát v řádu hodin, ale i léčby, která je do určité míry odložitelná či plánovatelná. I tady platí vysoké náklady moderních postupů (například PET/CT a lineární urychlovače, stejně jako tzv. biologická léčba) a nutnost vysoce kvalifikovaného personálu.

Centralizace vysoce specializované péče v ČR již do značné míry proběhla v nejdůležitějších oblastech, jako jsou srdeční infarkty, mozkové mrtvice, těžká

poranění a léčba zhoubných nádorů, i u některých méně častých onemocnění.⁴ Nicméně, z výše uvedených důvodů lze očekávat alespoň částečnou centralizaci i v dalších oblastech.

4.1.2. Dopad objemu poskytované péče na její kvalitu a cenu

Vztah mezi objemem poskytované péče a její kvalitou a cenou neplatí jen u vysoce specializované péče, ale i u „střední kategorie“, tedy poměrně častých vyšetření, operací a dalších zákroků.

Souvislost objemu péče, tedy počtu provedených zákroků na poskytovatele (zdravotnické zařízení) a v řadě případů i na jednotlivého lékaře, s výsledky péče byla prokázána v řadě oblastí. Společnost Advance Hospital Analytics udělala na toto téma v roce 2018 rešerši odborné literatury. Seznam oblastí s prokázáním vztahem objemu péče a její kvality (v době vzniku rešerše) uvádí Tabulka 3.

⁴ Diagnostické skupiny léčené ve specializovaných pracovištích: roztroušená skleróza, chronická hepatitida C, autoinflatorní onemocnění, Crohnova choroba, colitis ulcerosa, Bechtěrevova choroba, juvenilní artritida, revmatoidní artritida, hematologická onemocnění, centrální venózní okluze, léčba duodopou, Fabryho choroba, idiopatická plicní fibróza, melanom a jiná vybraná kožní onemocnění a další. (VZP, 2020)

Tabulka 3: Oblasti s prokázáním vztahem objemu péče a její kvality

GYN	Císařský řez	ORL	Chirurgická intervence pro nádor hlavy a krku
	Porod		Chirurgická intervence pro ORL nádor
	Laparoskopická hysterektomie		Totální tyreidektomie bez sternotomie
	Abdominální hysterektomie		Totální nebo subtotální tyreidektomie ze sternotomie
	Vaginální hysterektomie		Hemityreidektomie
	Chirurgická intervence pro gynekologický nádor		Paratyreidektomie
	Gynekologická chirurgická intervence		Transsfenoidální operace tumorů hypofýzy
	Onkogynekologická chirurgická intervence		Neurinom akustiku
	Urogynekologická chirurgická intervence		Supratentoriální nádor
CHIR	Resekce pankreatu	ORT	Totální endoprotéza kyčelního kloubu
	Ezofagektomie		Totální endoprotéza kolenního kloubu
	Gastrektomie		Revize endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu
	Resekční výkon pro kolorektální karcinom		Totální endoprotéza ramenního kloubu
	Kolorektální resekce pro divertikulózu		Lumbální dekomprese
	Kolektomie		Chirurgická korekce idiopatické adolescentní skoliózy
	Pneumonektomie		Artrioskopie
	Resekce plic		Chirurgická intervence pro urologický nádor
	Velké zákroky hrudní chirurgie		Prostatektomie
	Chirurgická intervence pro nádor hrudníku	Nefrektomie	
	Roboticky a videotorakoskopicky asistovaná lobektomie	Radikální cystektomie	
	Karcinom prsu	CCH	Revaskularizace DK pro aterosklerózu
	Resekce jater		Aneurysma břišní aorty
	Bariatrický zákrok		Karotická endarterektomie
	Primární jednostranná inguinální hernie u mužů	KCH	CABG
	Cholecystektomie		Náhrada mitrální chlopně
	Cholecystektomie laparoskopická z nenádorových příčin		Náhrada aortální chlopně

Zdroj: Rešerše Advance Hospital Analytics

Tento seznam nelze považovat za definitivní. Vztah mezi objemem na jedné a kvalitou a náklady na druhé straně je založen na silných teoretických i zkušenostních základech. S těmi se spokojil například národní slovenský projekt stratifikace nemocnic (viz níže Box 5). Výše uvedený seznam obsahuje pouze oblasti, ve kterých byl tento vztah exaktně prokázán ve vědeckých studiích. Probíhající studie jej neustále rozšiřují. V řadě evropských zemí se minimální počty výkonů, zajišťující podle vědeckých důkazů nebo názorů odborných panelů požadovanou úroveň kvality, uplatňují jako doporučení nebo dokonce zákonné

podmínky poskytování daného druhu péče nebo jeho proplacení z veřejných zdrojů (Box 1).

Box 1: Minimální počty výkonů v zahraničních nemocnicích

Evropskými zeměmi se systémem veřejného zdravotního pojištění, ve kterých je uplatňována nějaká forma minimálního počtu vybraných výkonů, jsou například Německo, Nizozemí, Rakousko a Švýcarsko. Nastavení limitů a sankce za jejich nedodržování se v jednotlivých zemích liší.

V **Německu** byly limity poprvé uzákoněny v roce 2004, a to na základě vyjednávání poskytovatelů a zdravotních pojišťoven s cílem minimalizovat rozdíly v kvalitě péče. V roce 2019 byly minimální počty pohybující se mezi 10 a 50 výkonů ročně stanoveny pro 7 skupin vysoce specializovaných výkonů (transplantace jater a ledvin, komplexní výkon na jícnu a pankreatu, transplantace kostní dřeně, totální endoprotéza kolene, péče o novorozence pod 1250 g). Limity jsou závazné a jejich uplatnění prošlo úspěšně i soudním přezkumem.

V **Nizozemí** jsou minimální počty výkonů nezávazné, nicméně nemocnicemi jsou respektovány standardy vydávané dvěma nevládními organizacemi s cílem podpořit kvalitu a transparentnost. Dutch foundation for oncologic cooperation každoročně aktualizuje ve spolupráci s odbornými společnostmi standardy onkologické péče. Dutch Association of Surgeons vydává obecně standardy pro chirurgické zákroky, tyto jsou dále vynučovány ze strany Dutch Healthcare Inspectorate.

V **Rakousku** se výše standardů pro 5 skupin výkonů odvíjí od průměru produkce nemocnice za poslední tři roky. **Švýcarsko** zavedlo minimální počty výkonů roku 2009, a to pro vysoce specializované lékařské výkon. Nemocnicím, u kterých je vyžadováno dodržování zákonných limitů, by nemělo při jejich porušení být nadále povoleno dané výkon poskytovat (Morche a kol., 2018).

V České republice se o hodnocení toho, zda jednotlivé nemocnice naplňují doporučené minimální počty vybraných výkonů, poprvé pokusilo tehdejší Národní referenční centrum v roce 2012. Stejně jako výsledky dalších studií, které zatím nebyly zveřejněny, jasně ukázalo, že v řadě nemocnic, zejména střední a menší velikosti, nejsou minimální doporučené počty naplněny.

V roce 2019 Pracovní skupina pro kvalitu Ministerstva zdravotnictví ČR doporučila, aby se otázkou vztahu objemu a kvality a počtem výkonů v jednotlivých nemocnicích zabývala ve spolupráci s odbornými společnostmi Kancelář zdravotního pojištění (KZP). Dle sdělení KZP se očekává, že první výsledky (nad daty roku 2018) budou předány nemocnicím a zdravotním pojišťovnám v roce 2020. V dalším kole by mělo dojít k jejich zveřejnění.

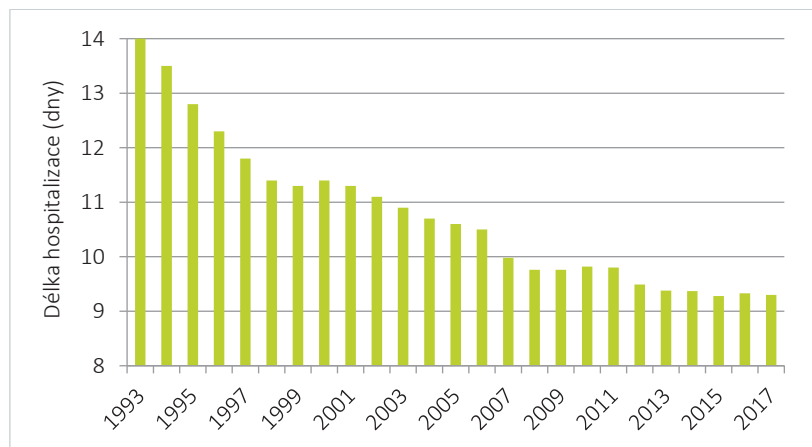
Dopad počtu poskytnutých výkonů na kvalitu péče je hlavním důvodem pro naplnění minimálních počtů výkonů. Počet výkonů má nicméně dopad i na náklady poskytnuté péče, a to z několika důvodů:

- Omezení počtu komplikací, které vyžadují dodatečnou, často velmi drahou léčbu,
- Možnost lepšího využití personálu a technických kapacit jako jsou operační sály nebo zdravotnická technika,
- Schopnost nakoupit zdravotnické prostředky typu umělých kloubů, kardiostimulátorů, očních čoček a podobně za nižší cenu díky vyššímu objemu.

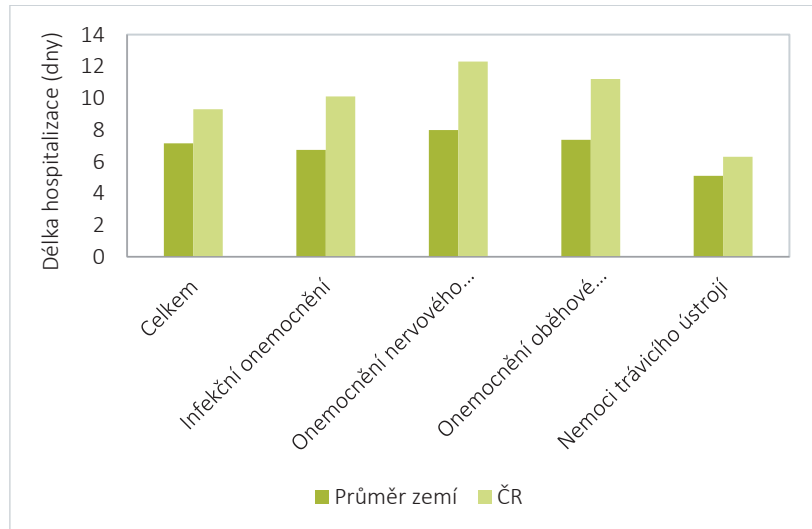
V současné situaci ekonomického růstu a dostatku prostředků na účtech zdravotních pojišťoven nemusí tyto ekonomické úvahy působit jako zásadní. Díky stárnutí obyvatelstva ale Českou republiku stejně jako jiné evropské země čeká mohutné navýšení potřeb finančních zdrojů na starobní důchody i na zdravotní péči. K tomu se v určité chvíli přidá dopad ekonomického ochlazení a otázka ceny poskytovaných služeb se stane mnohem důležitější, než je dnes.

4.1.3. Možnosti zvýšení efektivity akutní lůžkové péče

Pokračující koncentrace specializované péče není jediným trendem, který má významný dopad na činnost nemocnic a vyžaduje změnu jejich podoby. Dlouhodobě probíhá jak v zahraničí, tak v České republice zkracování délek hospitalizací. Přestože v České republice již postupně došlo k významnému zkrácení délky hospitalizace (Obrázek 10), ve srovnání s jinými evropskými zeměmi ještě máme rezervy (Obrázek 11).

Obrázek 10: Vývoj průměrné délky hospitalizace v Česku (1993-2017)

Zdroj: Eurostat (2019)

Obrázek 11: Srovnání délky hospitalizace dle diagnóz (2016)

Zdroj: Eurostat (2019)

Poznámka: Aritmetický průměr délky hospitalizace v zemích Belgie, Dánsko, Finsko, Francie, Německo, Norsko, Spojené království, Švédsko, Švýcarsko.

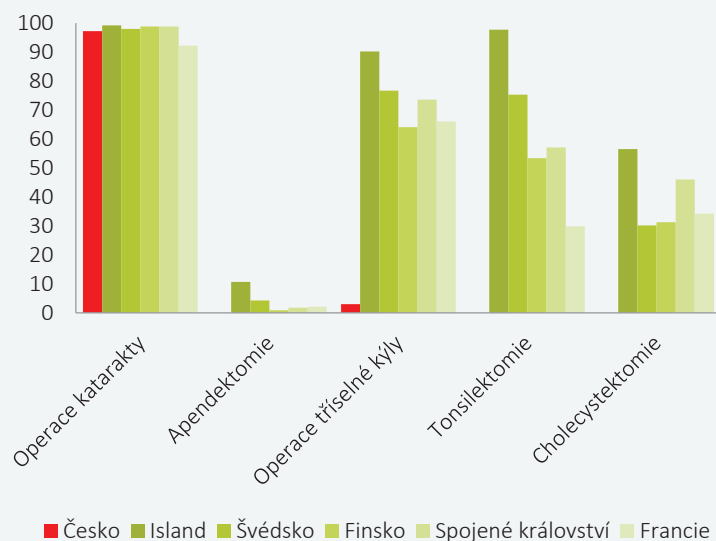
Dalším významným trendem je poskytování vybraných operačních výkonů v režimu jednodenní, (nebo dokonce ambulantní) péče. V některých odbornostech (například oční lékařství) se tyto změny se již v České republice projeví, ve většině odborností se ale jednodenní chirurgie zatím uplatnila minimálně (Box 2).

Box 2: Jednodenní chirurgie

Nejčastějšími výkony pro jednodenní chirurgii v zahraničí jsou operace katarakty, artroskopie, operace karpálního tunelu, odstranění hemoroidů, operace tříselné kýly, odstranění varixů dolních končetin, laparoskopická cholecystektomie, řešení potratu a endoskopická sterilizace nebo tonsilektomie.

Česká chirurgická společnost v roce 2012 vybrala 31 výkonů vhodných pro jednodenní péči, vedle výše uvedených k nim patří například biopsie štítné žlázy, odstranění nádoru prsu, laparoskopické odstranění slepého střeva, odstranění křečových žil na dolních končetinách. Většina těchto výkonů je v ČR stále prováděna za hospitalizace.

Obrázek 12: Procento výkonů provedených v rámci jednodenní chirurgie (2017)



Zdroj: OECD (2019b). OECD/European Union (2018)

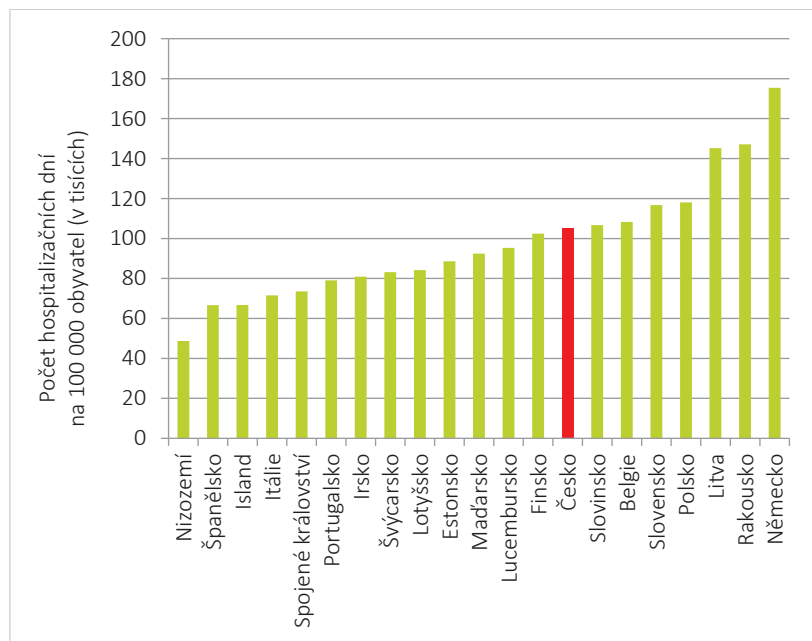
Poznámka: Procento výkonů provedených v rámci jednodenní chirurgie v ČR je nula u apendektomie, tonsilektomie a cholecystektomie.

Dalším trendem, který se v ČR zatím příliš neprojevil, je snížení počtu odvratitelných hospitalizací. Mezi ně patří akutní problémy, u kterých není při vyšetření na nemocniční ambulanci jasné, zda pacient vyžaduje hospitalizaci nebo ne. Ideálním řešením této situace je zavedení tzv. expektačních lůžek na nemocniční pohotovosti/urgentním příjmu. Na těchto lůžkách může být pacient sledován a vyšetřován až po dobu několika hodin. Díky provedeným vyšetřením a pozorování pacienta je potom možné mnohem lépe rozhodnout, zda je hospitalizace nutná či nikoliv. Například v Mladé Boleslavi zavedení urgentního příjmu s expektačními lůžky vedlo ke snížení podílu příjmů na lůžka interních oddělení o 30 % (ústní sdělení).

Významnou část odvratitelných hospitalizací představují pacienti s chronickými nemocemi přijatí kvůli akutnímu zhoršení svého stavu. Takové zhoršení ale často probíhá již několik dní předtím, než se stav pacienta změní natolik, že potřebuje léčbu na nemocničním lůžku. Dobře fungující systém ambulantní péče dokáže takové zhoršení včas zachytit a hospitalizaci zabránit. Pacientův problém je tak dříve vyřešen, pacient se vyhne se hospitalizaci, která je zejména pro starší pacienty vždy riziková, a celý systém ušetří peníze. Jak bude rozvedeno v kapitole o komunitních nemocnicích, preventivní a monitorovací programy pro pacienty s chronickými nemocemi, kteří jsou ve zvýšeném riziku zhoršení stavu a hospitalizace, mohou úspěšně provozovat právě tyto nemocnice a významně tak snížit počet odvratitelných hospitalizací (Box 3).

Nedostatečný pokrok ve výše uvedených oblastech vede k celkově vyšším počtům hospitalizačních dní v ČR.

Obrázek 13: Srovnání počtu hospitalizačních dní akutní péče (2017)

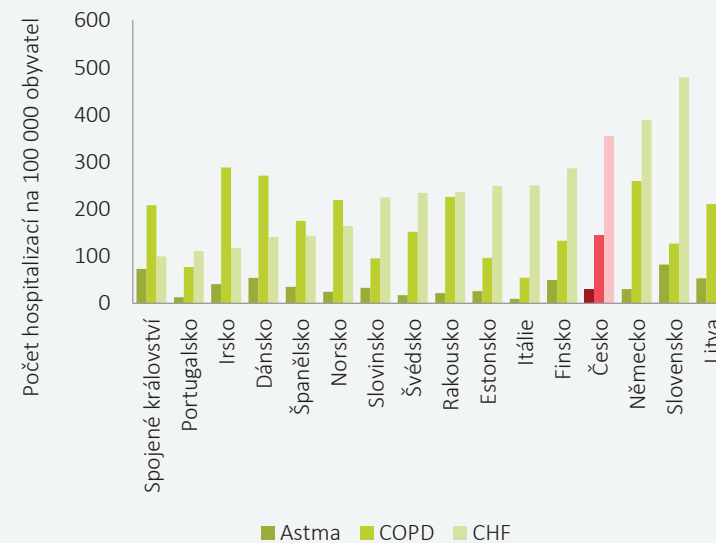


Zdroj: OECD (2019c)

Box 3: Odvratitelné hospitalizace

U řady chronických onemocnění, jakými jsou například astma, chronická obstrukční plicní nemoc (COPD) a městnavé srdeční selhání (CHF), je možné odvrácení hospitalizace plynoucí z postupného zhoršování stavu pacienta za předpokladu včasné a vhodně zaměřené ambulantní či domácí péče. Porovnáme-li počty hospitalizací na 100 000 obyvatel v jednotlivých zemích (za předpokladu obdobného výskytu nemocí), můžeme srovnat, kolik je v Česku potenciálně odvratitelných hospitalizací.

Obrázek 14: Počet hospitalizací z vybraných příčin (2017)



Zdroj: OECD (2019d)

4.2. Nemocnice zajišťující dostupnost akutní lůžkové péče

Výše popsané vlivy v kombinaci s nedostatkem personálu vedou k potřebě a k možnosti snížení počtu nemocnic poskytujících neodkladnou a akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu. Je třeba zdůraznit, že vzhledem k očekávané vyšší potřebě zdravotní péče díky stárnutí obyvatelstva není hlavním cílem této změny celkové snížení kapacit, ale jejich koncentrace a v důsledku lepší využití, včetně personálu.

Některé evropské země přistoupily k této otázce poměrně radikálně, byť po dlouhé celospolečenské diskusi a pečlivém plánování. Příkladem je reforma realizovaná v Dánsku (Box 4), z postkomunistických zemí potom Estonsko (Habicht a kol., 2015).

Box 4: Transformace nemocnic poskytujících neodkladnou a akutní péči v Dánsku

V návaznosti na změnu administrativního členění země v roce 2007 byl snížen počet nemocnic poskytujících neodkladnou péči v Dánsku ze 40 na 21. To přirozeně vedlo k nárůstu počtu obyvatel na jednu takovou nemocnici na 270 000 z původních 110 000 obyvatel. Snížení počtu nemocnic poskytujících neodkladnou péči mělo za cíl zvýšení kvality poskytované péče a zvýšení efektivity administrativních složek. Bylo také spojeno s jejich zvětšením a významnou modernizací. Dle Christiansen & Vrangbæk (2018) se produktivita těchto nemocnic během deseti let od reformy zvedá o 2 % ročně, a to za stálých nákladů.

Dle doporučení dánské Národní rady pro zdraví (NBoH, National Board of Health) by všechny urgentní kontakty (kromě záchranné služby) měly být uskutečněny až po telefonické konzultaci, kdy operátor call centra doporučí návštěvu odpovídajícího zařízení - urgentního příjmu (emergency department) v nemocnici poskytující neodkladnou péči nebo jedné ze 46 pohotovostí s praktickými lékaři ordinujícími 24h denně ((urgent care clinics), obvykle lokalizované u jedné z nemocnic, případně odložení návštěvy zdravotnické zařízení na obvyklou ordináční dobu další den.

Lůžkové kapacity ostatních nemocnic původně poskytujících neodkladnou a akutní lůžkovou péči byly buď zrušeny, nebo transformovány na zdravotnická centra poskytující neakutní péči, například pro chronicky nemocné pacienty či rehabilitaci.

Dánský příklad je často citovaný, nicméně specifický svou důsledností a prostředím centrálně vedeného systému národní zdravotní služby. Obdobné kroky ve smyslu snížení počtu nemocnic poskytujících urgentní péči a akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu ale probíhají ve všech zemích. Příkladem může Anglie (viz níže) nebo diskuse a příprava změn v Německu, významně ovlivněná příkladem sousedního Dánska (Berger a kol., 2018; Böcken a kol., 2018; Hoffmann, 2019). Velmi zajímavá pro ČR je připravená a zatím kvůli parlamentním volbám odložená tzv. stratifikace nemocnic na Slovensku (Box 5).

Jaká je výsledná podoba takových změn? Neodkladná a akutní péče je samozřejmě poskytována fakultními a velkými krajskými nemocnicemi. Nemocnice okresního a menšího typu se rozdělí na ty, ve kterých je z důvodu dostupnosti třeba udržet nepřetržitě poskytované neodkladné a akutní péče alespoň v základních oborech⁵ a na ty, které nebudou tento těžký úkol nadále muset plnit a budou se moci změnit na tzv. komunitní nemocnice (viz dále). Toto rozdělení musí proběhnout na základě pečlivého modelování dopravní dostupnosti a potřebné kapacity jednotlivých nemocnic a vzít do úvahy zvýšení potřeby zdravotních služeb v důsledku stárnutí obyvatelstva. Musí také proběhnout dříve, než jednotlivé nemocnice, které se netransformovaly, začnou v důsledku nahromaděných problémů krachovat.

Box 5: Stratifikace nemocnic na Slovensku

Situace v sektoru akutní lůžkové péče na Slovensku je dlouhodobě nepříznivá. Rostoucí nedostatek personálu, zejména lékařů v menších nemocnicích, vede k neplánovanému zavírání oddělení. Většina nemocnic dlouhodobě vytváří jak investiční, tak i provozní ztráty.

Jednou z příčin těchto problémů jsou i nadměrné a široce rozprostřené kapacity akutní lůžkové péče. Od reformy R. Zajace v r. 2004 proběhlo několik neúspěšných pokusů o změnu. V dubnu 2018 převzala iniciativu Asociace zdravotních pojišťoven. Vytvořila pracovní skupinu složenou ze zástupců ministerstva zdravotnictví, ministerstva financí, zdravotních pojišťoven a nezávislého poradce s cílem analyzovat situaci a připravit koncepci optimalizace sítě nemocnic s cílem zvýšení kvality, bezpečnosti a dostupnosti zdravotní péče. Výsledné doporučení známé pod názvem stratifikace nemocnic navrhlo následující pravidla postupného snižování počtu akutních lůžek ze současných 32.000 na 26.000:

⁵ Vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie, intenzivní medicína, doplněné možnosti laboratorních vyšetření a zobrazovacími metodami jako je ultrazvuk a rentgen včetně počítačové tomografie

1. Garance geografické a časové dostupnosti akutní lůžkové péče. Podle analýz pracovní skupiny lze zajistit dostupnost této péče do 30 minut pro 90 % populace už při 45 nemocnicích (v současnosti poskytuje akutní péči 80 nemocnic). Lepší pokrytí je komplikované z důvodu příhraničních oblastí a hornatého terénu Slovenska – například zvýšením počtu nemocnic na 65 se "zlepší" pokrytí populace pouze na 91 %. Současně má být rozšířen seznam výkonů, pro které jsou garantovány a monitorovány maximální čekací doby, tak, aby redukce počtu lůžek nevedla k jejich prodloužení.
2. Akutní lůžková péče se má postupně koncentrovat do nemocnic, které splňují definované indikátory kvality a objemové ukazatele. Objemové ukazatele určují minimální roční počet výkonů na poskytovatele. Tyto počty byly stanoveny pro více než 60 % operačních a 20 % neoperačních výkonů na základě indikátorů kvality – míry reoperace a rehospitalizace. Mají být zaváděny postupně. Ve druhém roce účinnosti zákona měly být ukončeny smlouvy na dané výkony s poskytovateli, kteří nespĺňujú ani 50 % minimálního počtu, a ve třetím roce se hranice měla posunout na 100 %. Výkony, pacienti a úhrady zdravotních pojišťoven by tak byly postupně přesouvány do nemocnic s dostatečným objemem péče.
3. V rámci stratifikace byla zároveň definována typologie nemocnic – lokální, regionální a národní a minimální seznam odborností v nemocnici daného typu.

Snížení počtu akutních lůžek a jejich koncentrace u méně poskytovatelů by umožnily zvýšit počet lékařů a sester na jedno lůžko, což by vedlo ke zvýšení kvality i efektivity péče.

Na základě výsledků pracovní skupiny byl připraven návrh zákona a prováděcích předpisů a na podzim 2019 předložen vládou parlamentu. Vzhledem k blížícím se parlamentním volbám (únor 2020) byl ale zákon po prvních diskusích stažen z jednání. V diskusích vedle očekávaných obav ze změn zazněla témata dokončení reformy urgentní a pohotovostní péče, vyřešení financování následné dlouhodobé péče a posílení kapacit a financování ambulancí. Většina politických stran reformu nemocniční sítě podpořila a je tedy pravděpodobné, že se k tématu vrátí po volbách. Pokud

se nenajde politická shoda na přijetí zákona, je možné, že zdravotní pojišťovny využijí indikátory kvality a objemové ukazatele přímo při uzavírání smluv s nemocnicemi.

Síť nemocnic zajišťujících neodkladnou péči je vhodné koncipovat v několika variantách. Jako minimální (nepodkročitelnou) variantu s cílem identifikace nemocnic, jejichž přítomnost v síti je nutná a jako optimální (možné) varianty zahrnující více nemocnic, které budou tyto služby alespoň dočasně schopné zajistit.

Stanovení minimální sítě nemocnic poskytujících neodkladnou a akutní lůžkovou péči (včetně funkčních urgentních příjmů a pohotovostí) na základě pečlivého zhodnocení potřebné dostupnosti péče a reálných možností jednotlivých poskytovatelů je jedním ze zásadních úkolů, které před českým zdravotnictvím v příštích letech stojí. V podmínkách ČR tento vysoce potřebný krok pravděpodobně neproběhne bez iniciativy ministerstva zdravotnictví. To ale musí na přípravě změny úzce spolupracovat se zdravotními pojišťovnami, ostatními složkami veřejné správy a dalšími majiteli či zřizovateli nemocnic, stejně jako s odbornou veřejností.

4.3. Komunitní nemocnice

Nemocnice, které nebudou součástí sítě zajišťující neodkladnou a akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu, mají otevřenou řadu příležitostí, jak se vyrovnat s personálními a finančními problémy, a přitom poskytovat místně potřebné a žádané kvalitní služby. Rozhodně se nejedná jen o následnou péči, ale i o péči akutní, byť v omezeném rozsahu a v omezené době. Navrhujeme pro tyto nemocnice název nemocnice komunitní.

Komunitní nemocnice se v minimalistické verzi skládá z interního oddělení, případně chirurgie či jiného operačního oboru provozovaného v jednodenním režimu, specializovaných ambulantních služeb, následně, případně dlouhodobé lůžkové péče a ideálně i domácí péče včetně specializovaných služeb pro chronicky nemocné. Ve skutečnosti bude tato minimalistická verze ve většině nemocnic v případě dostatku personálu, poptávky a plateb od zdravotních pojišťoven širší o další zachované lůžkové i jiné zdravotní služby. Klíčové je zbavení se povinnosti nepřetržitého zajištění poskytnutí akutních služeb (mimo hospitalizované pacienty). Jen převod akutního lůžkového chirurgického oddělení do režimu jednodenní

chirurgie může ušetřit zhruba třetinu potřebného personálu, jak dokládá například změna provedená v nemocnici v Ostrově (ústní sdělení managementu nemocnice).

Dlouhodobě ekonomicky udržitelný provoz oddělení jednodenní chirurgie při dnešních relativně nízkých úhradách této péče ze strany zdravotních pojišťoven (viz Kapitola 6) ale vyžaduje poměrně vysoký objem případů. Jak ukazují data z jedné z českých nemocnic, při minimální personální vybavenosti 3 lékaři, 10 sester a 4 sanitářů musí oddělení ošetřit alespoň 750 průměrně finančně ohodnocených případů za rok, aby byla schopna pokrýt variabilní náklady. Při započítání fixních nákladů se dostáváme k minimálnímu nutnému objemu 900 výkonů.

Zahraniční příklady ukazují, že nemocnice, které projdou omezením rozsahu poskytovaných akutních služeb a transformací do podoby komunitní nemocnice, se dokáží personálně i finančně stabilizovat a poskytovat ve své spádové oblasti potřebné zdravotní služby, včetně pohotovosti, ať už ve spolupráci s lékařskou pohotovostní službou nebo samostatně (Box 6).

Box 6: Reprofilizace nemocnic Rochdale Infirmary, Trafford General Hospital, Altrincham Hospital

Nemocnice Rochdale Infirmary (v severozápadní Anglii v okolí Manchesteru) zrušila roku 2011 tradiční urgentní příjem (Ambulance&Emergency) a nahradila ho centrem akutní péče (urgent care centre) vedeným praktickými lékaři. Toto centrum je otevřeno 24/7 a je určeno pro léčbu lehkých akutních stavů: menší zranění a krvácení, nekomplikované zlomeniny končetin a žeber, běžná infekční onemocnění dýchacích cest, močového traktu, trávicího traktu, uší, nosu a krku, alergické reakce bez nutnosti zajištění dýchacích cest, atd. (Pennine Acute Hospitals NHS Trust, 2020).

Pacient je hned při příchodu prohlédnut sestrou, která zhodnotí, jestli je možné se o pacienta postarat v rámci centra akutní péče, nebo má být neprodleně poslán do jiné, specializovanější nemocnice (Mason, 2013). V rámci Rochdale mohou být pacienti z centra akutní péče předáni na oddělení, které se specializuje na rychlou diagnostiku a krátké hospitalizace (clinical assessment unit), tedy období expektačních lůžek.

Nemocnice je schopna postarat se o 80 % typů případů, které řešila před svou transformací. Dopad prodloužené cesty pacientů do nemocnice s plnohodnotnou příjmovou ambulancí a akutními lůžkovými službami na počet úmrtí v oblasti byl zkoumán ve studii Knowles a kol. (2018). Autoři nenašli statisticky významný vliv uzavření A&E v Rochdale.

Další příkladem nemocnice v okolí Manchesteru, která transformovala A&E oddělení na centrum akutní péče, je Trafford General Hospital. Rozsah poskytované péče je obdobný jako v případě nemocnice v Rochdale. Péče je zde však poskytována pouze přes den (od 8 do 20 hodin). Altrincham Hospital (rovněž pod Manchester University) zavedla oddělení (minor injuries unit) vedené sestrami, kde léčí malá zranění, jako zlomeniny, menší popáleniny, infekce ran a další (Manchester University NHS Foundation Trust, 2020 a,b).

Jednou z podmínek takového vývoje se samozřejmě i motivace a udržení odborného rozvoje personálu, zejména (ale nejen) lékařů. Potřeba zachovat významnou část postgraduálního vzdělávání v menších nemocnicích, včetně nemocnic komunitních je popsána v Kapitole 6.2. Další cestou k cíli je zajištění pravidelných klinických dní či stáží personálu ve specializovanějších nemocnicích. Zejména v regionálních sítích nemocnic se stejným zřizovatelem či majitelem (krajská samospráva) takovému pohybu personálu s výjimkou zažitých zvyků nic nebrání. Vzájemně výhodnou spolupráci lze ale samozřejmě nastavit i mezi nemocnicemi s různými zřizovateli či majiteli. Komunitní nemocnice mohou hrát významnou roli v brzkém přebírání případů, které byly stabilizovány ve specializovanějších nemocnicích a v jejich doléčování, stejně jako dlouhodobém sledování.

4.4. Zajištění neodkladné a akutní péče

Otázka zajištění neodkladné a akutní péče si vyžaduje zvláštní pozornost. Právě obavami o dostupnost akutní zdravotní péče je často zdůvodňována marná snaha o zachování historického spektra služeb v menších nemocnicích. Existující důkazy ale svědčí o tom, že přímý přesun těžších akutních případů zdravotnickou záchrannou službou do specializovanějších nemocnic vede k lepším výsledkům léčby než odvoz pacienta do nejbližší nemocnice (viz například Trauma Networks v Anglii: Moran a kol., 2018; McCullough a kol., 2014; nebo například Widimský a kol., 2000, 2003).

Nutné je ale v přiměřené vzdálenosti od bydliště pacientů zajistit dostupnost běžné akutní péče, včetně schopnosti odborně zhodnotit stav pacienta a rozhodnout, zda může být ošetřen na místě nebo je ho třeba odeslat k lépe vybavenému poskytovateli.

Jako místo poskytování takových pohotovostních služeb se v ČR nabízí nemocnice – jak nemocnice poskytující akutní lůžkovou péči v nepřetržitém režimu, tak pro lehčí případy a obvykle v omezeném časovém rozsahu komunitní nemocnice. V zahraničí je akutní péče pro lehčí případy často poskytována ve specializovaných centrech provozovaných sdruženími praktických lékařů, která jsou obvykle lokalizovaná při

nemocnicích (walk-in urgent care clinics nebo Portalpraxen v Německu).⁶ V ČR se také rozvíjí snaha zajistit pohotovostní služby praktických lékařů při nemocnicích (viz níže). Jako ideální se jeví ponechat co největší prostor pro flexibilní spolupráci praktických lékařů a nemocnice tak, aby vyhovovala konkrétním místním podmínkám při zachování obecných principů, které jsou popsány níže (jedno vstupní místo, triáž, expektační lůžka).

Na Slovensku proběhla v roce 2018 reforma urgentních a pohotovostních služeb, v jejímž rámci byla zrušena původní lékařská služba první pomoci (LSPP) a zavedeny dvě nové formy pohotovostních služeb – ambulantná pohotovostní služba (APS) provozovaná praktickými lékaři v omezeném časovém rozsahu (16-22 v pracovních dnech, 7-22 o víkendech a svátcích) a ústavní pohotovostní služba (UPS), poskytovaná vybranými nemocnicemi (celkem 32 nemocnic urgentního příjmu 1. typu a 12 nemocnic 2. typu) v nepřetržitém rozsahu. Personální a technické vybavení APS a UPS lze nalézt ve věstníkách MZ SR na <https://www.health.gov.sk/?vestniky-mz-sr>, Ročník 66, Čiastka 1-9. První vyhodnocení využívání těchto služeb pacienty bude prezentováno na konferenci Prague International Health Summit 13. - 14. 5. 2020 v Praze (blíže viz www.pragueihs.eu).

V České republice se tímto tématem zabývá Pracovní skupina MZ ČR pro urgentní příjmy (dále UP). Jejím cílem je podpořit vznik urgentních příjmů u nemocnic zajišťujících péči o akutní pacienty a stanovit personální, technické a procesní podmínky pro jejich provoz. Dále měla pracovní skupina zajistit odpovídající financování urgentních příjmů ze strany zdravotních pojišťoven. Činnost pracovní skupiny stále pokračuje. Její dosavadní hlavní doporučení zahrnují:

- Jedno vstupní místo do nemocnice,
- Triáž při vstupu pacienta (rozdělení pacientů do skupin podle naléhavosti jejich stavu, a tedy nutné úrovně a času jejich ošetření, včetně případné stabilizace a převozu na specializovanější pracoviště),
- Expektační lůžka

⁶ Urgent care v angličtině znamená akutní péči o lehčí případy, neodkladná péče o těžší případy je emergent care/emergency

- Zapojení lékařské pohotovostní služby (LPS) provozované praktickými lékaři. Konkrétní personální a technické podmínky byly definovány pro UP 1. typu při fakultních a dalších velkých nemocnicích a pro UP 2. typu, který může být zřízen u nemocnic zajišťujících akutní lůžkové služby v nepřetržitém provozu minimálně v oborech interna, chirurgie, gynekologie a ARO (plus laboratoř a radiodiagnostika). V závěru roku 2019 bylo vydáno společné memorandum ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven, které shrnuje roli a financování urgentních příjmů a stanoví jejich seznam pro rok 2020, viz Box 7.

Box 7: Urgentní příjmy – memorandum Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven z prosince 2019

Memorandum přesně definuje síť poskytovatelů akutní lůžkové péče zajišťující urgentní příjem a dělí je do čtyř skupin – dvě skupiny prvního typu a dvě skupiny druhého typu. Blíže údaje je možno najít na www.mzcr.cz jako tiskovou zprávu z 20. 12. 2019.

Definici urgentního příjmu typu IA naplňuje poskytovatel se statutem centra vysoce specializované traumatologické péče. Jde tedy o vybrané fakultní a velké krajské nemocnice (celkem 13 poskytovatelů). Typ IB zahrnuje poskytovatele, kteří splňují podmínky pro UP II. typu, zároveň plní funkci krajské nemocnice a jsou držitelem statutu Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem (celkem 4 poskytovatelé).

Podmínky pro urgentní příjem typu IIA splňují poskytovatelé akutní lůžkové péče, kteří disponují lůžky v odbornostech vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví, ARO, s nepřetržitým provozem v odbornostech klinická biochemie a radiologie a zobrazovací metody (celkem 64 poskytovatelů). Typ IIB je určen pro poskytovatele akutní lůžkové péče, kteří v současné době nespĺňují podmínky pro II.A typ, ale jsou v síti nezbytní pro zajištění dostupnosti akutní lůžkové péče ve vybraných oborech na úrovni okresu (celkem 15 poskytovatelů).

Zřízení a provoz urgentních příjmů ve výše popsaném smyslu jednoho vstupního místa do nemocnice, systematické triáže, používání expektačních lůžek a možností zapojení praktických lékařů je jednoznačně přínosnou záležitostí. Rozsah jejich sítě plynoucí z memoranda je ovšem nutno vnímat jako přechodnou a neudržitelnou záležitost. Zcela jasně o tom svědčí například ukončení poskytování akutní lůžkové péče nemocnicí v Rumburku ke konci ledna 2020. K podobné situaci může lehce dojít a nutně bude docházet v dalších nemocnicích zařazených do typu IIB, ale i IIA. Ještě důležitější otázkou je, zda pro zajištění dostupnosti akutní lůžkové péče opravdu potřebujeme v každém okrese nemocnici schopnou ve režimu 24/7 přijímat a kvalitně ošetřit pacienty ve výše vyjmenovaných základních oborech a zda toho je české zdravotnictví se svými personálními a v budoucnu i finančními zdroji schopno. Současná realita i tato publikace přináší jasnou odpověď na první otázku. Dále je možno odkázat například na přehledový článek z roku 2019 srovnávající situaci a reformy v Dánsku, Anglii, Francii, Německu a Nizozemí (Baier a kol., 2019). Očekávanou finanční bilanci českého zdravotnictví jasně ilustrují například prezentace ze semináře pořádaného Hospodářskou komorou v říjnu 2019 (<https://www.komora.cz/sekce/sekce-pro-oblast-zdravotnictvi/>).

Toto samozřejmě neznamená, že obyvatelé každého okresu nemají nárok na zajištění dostupnosti pohotovostních služeb. Jednoznačně mají, pro každého občana tohoto státu musí být dostupný způsob, jak zhodnotit jeho zdravotní stav a v případě potřeby neodkladné nebo akutní péče zajistit její poskytnutí kvalifikovaným poskytovatelem. Mezi ně mohou patřit i komunitní nemocnice. Problém výše zmíněného memoranda ale spočívá v tom, že do značné míry dává rovnítko mezi zajištěním pohotovostních služeb a nepřetržitým poskytováním lůžkových akutních služeb pro pacienty, kteří přijdou zvenku. Tím vytváří bariéru pro transformaci současných poskytovatelů na komunitní nemocnici (byť tato bariéra je částečně zmírněna existencí urgentního příjmu typu IIA). Jak je vidět v případě Rumburku, alternativou transformace nemocnice je kolaps poskytování akutních služeb. Pokud taková situace nastane, je samozřejmě mnohem složitější zajistit v dané lokalitě pohotovostní služby.

5. Zajištění dostupnosti ambulantní péče

V dnešní době je pozornost odborné i laické veřejnosti upřena zejména na nedostatek personálu v nemocnicích. Jak ukazují dostupná fakta (viz Kapitola 3) a v některých oblastech již i konkrétní zkušenosti, budeme se muset vyrovnat i s nedostatkem personálu, zejména lékařů, i v ambulantní péči. K zajištění dostupnosti ambulantní péče se nabízí následující postupy, které je vhodné mezi sebou kombinovat.

5.1. Skupinové praxe

Skupinové praxe nebo jiné formy praxí s vyšším počtem personálu dokáží významně zvýšit produktivitu práce díky přesunu části činnosti lékařů na sestry a sestery na administrativní pracovníky. Navíc jsou díky zastupitelnosti personálu lépe schopné zajistit přítomnost lékaře či sestry ve vymezenou dobu na periferním pracovišti, například menší obci, návštěvní službu nebo poskytování konzultací vzdáleným přístupem. Skupinové praxe mají také potenciál rozšířit spektrum poskytovaných služeb, například díky částečně odlišné specializaci jednotlivých lékařů i dalších zdravotníků.

Box 8: Efektivita skupinových praxí

Efektivitu skupinových a individuálních praxí lékařů srovnávají Kwietniewski & Schreyögg (2018), a to na příkladu Německa mezi roky 2008 a 2010. Zvláště zkoumají několik odborností, tedy praktické lékaře (všeobecné praktiky a lékaře pro děti a dorost), gynekology, ORL a ortopedy. U všech těchto odborností dokládají, že skupinové praxe jsou z mnoha pohledů efektivnější než praxe individuální. Rozsah poskytovaných služeb ve skupinové praxi je obvykle širší. Vyšší efektivita vede u skupinových praxí k vyššímu počtu ošetřených pacientů na lékaře, následně také ke snížené nutnosti hospitalizace. Obdobné výsledky byly publikovány ve Francii, Mousques & Daniel (2015), dokládající, že skupinové praxe praktických lékařů jsou efektivnější než individuální praxe, což se projevilo ve výsledcích několika indikátorů jako sledování pacientů s diabetem typu 2, očkování, screening a prevence, stejně jako míra předepisování generik.

V ČR jsou skupinové praxe, zejména praktických lékařů, mnohem méně rozvinuté než v některých jiných zemích, včetně zemí se systémem veřejného zdravotního pojištění, například v Nizozemí (Tabulka 4).

Tabulka 4: Převládající uspořádání primární péče (2016)

Individuální praxe	Belgie, Česko, Dánsko, Estonsko, Německo, Lucembursko, Rakousko, Slovensko, Švýcarsko
Skupinová praxe	Finsko, Francie, Irsko, Itálie, Nizozemí, Norsko, Polsko, Portugalsko, Řecko, Slovinsko, Spojené království, Španělsko, Švédsko

Zdroj: OECD/European Union (2016)

5.2. Poskytování péče vzdáleným přístupem

Komunikační a informační technologie umožňují stále větší rozsah a kvalitu vzdáleného poskytování péče, ať jde o poskytování videokonzultací, call centra, webové nebo mobilní aplikace, či vzdálené sledování pacienta.

Box 9: Videokonzultace pacientů s lékaři

Telemedicína může zlepšit přístup k lékařské péči zvláště v případě odlehklých oblastí, jak ukazují Fatehi a kol. (2013) a Host a kol. (2018) v Austrálii. Fatehi a kol. (2013) zkoumali konkrétně videokonzultace endokrinologů z Princess Alexandra Hospital s diabetiky. Naprostá většina konzultací (49 z 56) se obešla bez lékařské prohlídky, resp. klinických testů. V případě diabetu tak můžeme uvažovat o nahrazení velké části osobních konzultací videokonzultacemi. Ze strany poskytovatele zdravotní péče je třeba zajistit pouze odpovídající technické vybavení. S pacientem zároveň při videokonzultaci může být přítomna zdravotní sestra.

Host a kol. (2018) se soustředí na tele-oftalmologii v rurálních oblastech Západní Austrálie, konkrétně na spokojenost pacientů s videokonzultacemi. V rámci dotazníků po videokonzultaci nikdo z dotázaných pacientů neodpověděl, že by byl (velmi) nespokojený. Zvláště pak starší pacienti odpovídali, že videokonzultace jim ušetřila peníze i čas a že svůj stav byli schopni popsat lékaři jednoduše.

Bouma a kol. (2018) zkoumali možnost využití videokonzultací pro navazující léčbu neuroendokrinního nádoru v Nizozemí. U léčby poskytované ve specializovaných centrech, kterých je v zemi málo, šetří videokonzultace podstatně čas, který by pacienti strávili cestou k lékaři. Výsledkem jejich výzkumu byla vysoká spokojenost pacientů i lékařů, která by mohla být dále vylepšena odstraněním technických problémů.

Tabulka 5: Využití video- a telefonních konzultací při poskytování péče

Pilotní fáze využívání	Česko, Dánsko, Estonsko, Finsko, Maďarsko, Norsko, Portugalsko, Rakousko, Řecko, Slovinsko
Rozvinuté využití (min. 2 roky)	Belgie, Itálie, Lucembursko, Německo, Nizozemí, Španělsko, Švédsko, Spojené království
Neformální*	Bulharsko, Chorvatsko, Švýcarsko, Ukrajina

Zdroj: WHO (2016); Federal Ministry for Economic Affairs and Energy, Federal Republic of Germany (2020)

*Poznámka: Využití může být v odlišných fázích u různých oborů. * v případě neexistence formálních procesů*

Funkci call centra, ve kterém se pacient může poradit o závažnosti svého stavu a potřebných krocích v ČR dnes de facto plní dispečinky ZZS, v menším rozsahu a dostupné pouze vybraným skupinám obyvatel potom asistenční služby provozované některými zdravotními pojišťovnami nebo soukromými poskytovateli ambulantních zdravotních služeb. Zahraniční zkušenosti založené na dlouhodobém používání celostátního systému NHS Direct v Anglii (call centrum obsazené zdravotními sestrami, s odlišným číslem, než má zdravotnická záchranná služba) jsou pozitivní ve smyslu snížení počtu kontaktů s praktickými lékaři mimo jejich ordinační hodiny a ve smyslu spokojenosti pacientů. Anglický národní zdravotní systém po cca 15 letech plošného používání NHS Direct experimentuje s částečným nahrazením call centra webovými nebo mobilními aplikacemi (symptom checkers), bližší údaje včetně výsledků ale zatím nejsou k dispozici.

V oblasti vzdáleného monitorování pacientů máme v ČR velmi zajímavou zkušenost, viz Box 10.

Box 10: Příklad využití telemedicíny v ČR

Mezinárodní centrum pro telemedicínu (nestátní zdravotnické zařízení) působí od roku 2008 v Brně. Poskytuje telemonitoraci pacientů s podezřením na fibrilaci síní prostřednictvím EKG záznamníků, které zapůjčuje pacientům pomocí zaslání poštou, bez nutnosti návštěvy lékaře. Záznamníky automaticky odesílají výsledky do telemedicínského centra, kde jsou zpracovány a vyhodnoceny. Celkově tak bylo vyšetřeno již přes 60 000 pacientů a zhodnoceno více jak 10,5 mil. EKG záznamů, více <https://www.mdt.cz/>.

K monitoraci jsou mimo jiné doporučeni pacienti po kryptogenní cévní mozkové příhodě (CMP) ze všech cerebrovaskulárních center. Po vyhodnocení výsledků telemonitorace je pouze 25 % z nich odesláno ke kardiologovi. Dochází tak ke zefektivnění léčby (snížení personálních nároků a nákladů na léčbu obecně) oproti běžnému způsobu, kdy jsou všichni pacienti po kryptogenní CMP posíláni ke kardiologovi. Celkem bylo tímto způsobem ošetřeno asi 3.500 pacientů po CMP (Bulková a kol., 2019).

5.3. Zapojení komunitních nemocnic do poskytování ambulantní a domácí péče

V některých oblastech ČR může být nemocnice jedním z mála dostupných poskytovatelů, mimo obvyklé ordinační hodiny potom poskytovatelem jediným. Na jedné straně proto potřebuje mít účelně zorganizované pohotovostní služby (viz Kapitola 4), na druhé straně se nabízí možnost rozvoje ambulantních a domácích zdravotních služeb. Takový přístup může nejen nahradit výpadky v dostupnosti ambulantní péče, ale také snížit počet odvrátitelných hospitalizací vzniklých v důsledku nedostatečného ambulantního sledování či podpory pacienta.

Propojení lůžkové a ambulantní péče je třeba už v okamžiku propuštění pacienta z akutního nebo následného lůžka. Přechod do domácího prostředí je, zejména pro starší pacienty s několika chronickými nemocemi, velmi náročný a vyžaduje hladce navazující pokračování péče. Vedle přípravy propuštění s rodinou a s poskytovateli ambulantních a domácích služeb se nabízí přímé angažmá nemocnice v domácí

péči, případně spojené se vzdáleným sledováním pacienta. Typickým příkladem mohou být pacienti s chronickým srdečním selháním (Box 11).

Box 11: Chronické srdeční selhání – disease management program

V případě chronického srdečního selhání (CHF) jsou prokázány pozitivní zdravotní dopady při zavedení programů systematické integrované péče (disease management program, dále DMP). Navíc mají takové programy potenciál snížit vysoké náklady léčby díky snížení počtu opakovaných přijetí pacientů do nemocnice.

Klíčovým faktorem pro úspěšnou léčbu je především mezioborový lékařský tým (kardiolog, specializovaná zdravotní sestra, lékař primární péče, dietolog, sociální pracovník). Lékařský tým v čele s kardiologem sestaví individuální léčebný plán a lékař primární péče nebo specializované sestry, případně s pomocí call centra jsou následně zodpovědné za monitoraci stavu pacienta (například vývoje jeho tělesné váhy, který dobře signalizuje zhoršení onemocnění). Součástí programu je edukace pacienta, který je tak lépe schopen rozpoznat příznaky zhoršení stavu a motivován k úpravě životního stylu (Göhler a kol., 2006).

Výsledkem zavedení DMP pro CHF ve Švédsku bylo snížení mortality této skupiny pacientů o 6 % ročně, zvýšení podílu pacientů užívajících doporučené léky, zvýšená spokojenost pacientů, a výrazné snížení počtu pacientů přijímaných na pohotovosti a celkového počtu kontaktů pacientů s poskytovateli akutní zdravotní péče (Agvall a kol., 2013).

Programy integrované péče o pacienty s chronickými nemocemi samozřejmě nemusí vytvářet jenom nemocnice, ale i sdružení ambulantních lékařů. Nic však nebrání nemocnici ujmout se této potřebné iniciativy a – ideálně při zapojení okolních ambulantních lékařů – podobné programy vytvářet. V této a dalších souvislostech je vhodné uvažovat o komunitní nemocnici nikoliv jako o souboru lůžek, ale souboru kvalifikovaného personálu, techniky a organizačních schopností.

Důležitost propojení lůžkové a ambulantní péče a zajištění hladkého předání pacienta se netýká jen skupin pacientů s vybraným onemocněním, ale obecně všech zejména starších, křehkých a multimorbidních pacientů. Z tohoto hlediska je možno za velmi výhodné propojen akutní, následné a případně dlouhodobé ústavní i domácí péče v rukou jednoho poskytovatele nebo pod jeho odborným dohledem a podporou.

6. Systémové předpoklady zajištění dostupnosti péče

Restrukturalizace jednotlivých nemocnic nebo regionálních nemocničních sítí samozřejmě nemůže být provedena nikým jiným než jejich managementem za plné podpory vlastníka či zřizovatele. Totéž platí pro rozvoj nových forem ambulantní péče. V umožnění transformace a podpoře jejího úspěchu je ale zásadní i role regulátora, tedy ministerstva zdravotnictví, a zdravotních pojišťoven. V Kapitole 4 již byla navržena role ministerstva při určení sítě nemocnic zajišťujících akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu. Potřebných systémových změn je ale více. Moderní formy péče potřebují ke svému rozvoji nebyť omezovány zastaralými předpisy. Naopak, vyžadují podporu ve formě odstranění zbytečné a omezující regulace a stanovení nových kvalitních pravidel, jak je popsáno níže. Cílem této kapitoly není navrhnout přesnou podobu změn. Taková ambice by byla zjevně neslučitelná s rozsahem a účelem této publikace. Cílem ale je zdůraznit potřebnost změn a ukázat jejich směr.

6.1. Platební a regulační mechanismy stanovené zdravotními pojišťovnami

Platební a regulační mechanismy stanovené zdravotními pojišťovnami je třeba přizpůsobit měnícím se potřebám a rolím nemocnic, včetně podpory jejich restrukturalizace a účelného a kvalitního poskytování péče. Transformace nemocnice je nejen manažersky, sociálně a politicky citlivý úkol, ale má i své finanční náklady. Snížení rozsahu poskytovaných služeb a zvýšení jejich účelnosti a kvality dlouhodobě vede k vyšší efektivitě celého zdravotního systému, krátkodobě je ale ze strany plátců třeba podpořit ochotu ke změnám a pomoci s pokrytím části nákladů, které tyto změny přináší.

První překážkou transformace na komunitní nemocnici je obvykle dnešní úhrada akutní lůžkové péče založená na vykázání case mixu (ukazatele reflektujícího počet hospitalizovaných pacientů a tíži jejich problémů) minimálně ve výši 97 % (přesné číslo se může meziročně lišit) referenčního období, tedy produkce nemocnice o dva roky zpět. Ve vyjádřeních představitelů zdravotních pojišťoven na různých konferencích, stejně jako v neoficiální komunikaci, je častým tématem vysoký počet neúčelných hospitalizací v některých menších nemocnicích, například hospitalizace pacientů s bolestmi zad bez nutnosti chirurgického řešení. Nemocnice se tak snaží

udržet historický objem hospitalizací, aby pokryly svoji nákladovou strukturu. V této oblasti došlo k částečnému pokroku od roku 2019, kdy úhradová vyhláška umožňuje převedení části objemu lůžkové péče do ambulantní oblasti. I s tímto částečným uvolněním ale uvedený požadavek může být pro transformující se nemocnici významnou překážkou

V případech, že se nemocnice rozhodnou přistoupit k transformaci své role, provozu a organizační struktury, čekají je minimálně po určitou dobu výdaje v historické, obvykle i přechodně zvýšené úrovni. Plyne to z mimořádných nákladů spojených s případnou redukcí personálu, jeho přeškolení, změny prostor a jejich vybavení (například zřízení urgentního příjmu nebo přechodu na jednodenní chirurgii). Okolním poskytovatelům také mohou významně narůst náklady při převzetí části pacientů.

Nutnou a z dlouhodobého hlediska pro ni i pro celý systém prospěšnou rolí zdravotních pojišťoven je pomoci překlenout transformační náklady a také odpovídajícím způsobem nastavit úhrady nových forem péče. Obě tyto role potřebují minimálně v některých směrech posílení. Existuje sice řada prohlášení představitelů zdravotních pojišťoven o podpoře transformace, stejně jako několik konkrétních příkladů úspěšných projektů, pro konkrétní nemocnici chystající transformační plán ale stále existuje významná míra nejistoty týkající se reakce zdravotních pojišťoven. Pomoci by mohlo například společné memorandum ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven, zveřejnění úspěšných příkladů transformace, včetně jejich podpory ze strany zdravotních pojišťoven, příprava a zveřejnění určité „rámcové dohody“, podle kterých potom může probíhat jednání mezi zdravotními pojišťovnami a konkrétní nemocnicí nebo skupinou nemocnic.

Druhou oblastí je potom nastavení úhrad pro nové formy péče, například jednodenní chirurgii. „Balíčkové“ úhrady používané zdravotními pojišťovnami pro tento druh péče jsou dnes nastaveny významně níže (dle jednotlivých balíčků o 20 až 50 procent) než je úhrada za provedení stejného zákroku za hospitalizace při průměrné základní sazbě. V mezinárodním srovnání se jedná o velmi významný rozdíl ve výši úhrady mezi tradiční a jednodenní chirurgií. Nejde sice o jediný příklad, ale jeho negativní dopady jsou lehce prokazatelné. Ve Francii byly v roce 2004 stanoveny úhrady pro jednodenní chirurgii významným snížením úhrad za hospitalizované pacienty. Tato situace (stejně jako v ČR) téměř kompletně zabrzдила žádoucí rozvoj jednodenní chirurgie. Proto ve Francii v roce 2009 přistoupili ke tvorbě zvláštních, poskytovatele motivujících úhrad, odpovídajících úhradám za nekomplikované hospitalizované pacienty. Národní zdravotní služba v Anglii naopak

v letech 2002–2010 platila jednodenní zákroky stejně jako krátké hospitalizace s cílem podpořit přechod na dlouhodobě efektivnější a levnější způsob poskytování péče. Od roku 2010 byly v Anglii u vybraných výkonů zavedeny tzv. Best Practice Tariffs, které vedle přesunu péče do jednodenní oblasti měly za cíl také navýšit kvalitu péče. Při splnění daných podmínek byla potom úhrada za jednodenní péči dokonce vyšší než za hospitalizační řešení. I díky této podpoře došlo v rámci anglické národní zdravotní služby k masivnímu rozvoji jednodenní chirurgie.

6.2. Podmínky akreditace nemocnice pro postgraduální vzdělávání a obsah tohoto vzdělávání

Ze vzrůstajících rozdílů v rozsahu služeb poskytovaných jednotlivými nemocnicemi (viz Kapitola 4) vyplývá nutnost toho, aby lékaři v průběhu postgraduálního vzdělávání strávili čas na různých pracovištích. Zejména v začátcích vzdělávání ideálně co nejvíce času na pracovištích méně specializovaných. Takové nastavení je nutné pro budoucí hladkou spolupráci jednotlivých typů poskytovatelů zdravotních služeb, ale zejména pro motivaci lékařů pracovat po skončení specializačního vzdělávání v menších nemocnicích.

Podíl menších nemocnic včetně komunitních na postgraduálním vzdělávání je nepodkročitelnou podmínkou jejich dlouhodobé stability. Z tohoto hlediska je naprosto nutné umožnit udělení akreditace pro postgraduální vzdělávání lékařů sdružením několika nemocnic s přesně rozdělenými zodpovědnostmi. Druhou stránkou této mince je samozřejmě důsledné vyžadování a kontrola naplnění odborných podmínek vzdělávacích programů.

Potřebný pobyt mladých školících se lékařů ve specializovanějších nemocnicích by ideálně neměl mít jen formu stáže, ale měl by směřovat k co největšímu zapojení mladého lékaře do běžného provozu. Tyto otázky samozřejmě souvisí i se státní finanční podporou postgraduálního vzdělávání, která je běžná ve většině vyspělých zemí.

Další potřebná změna v oblasti postgraduálního vzdělávání lékařů je jeho obsah, který musí být realisticky stanoven a dodržován. Patří sem i účelné zakomponování nových forem péče, například práce lékařů na urgentních příjmech.

6.3. Nastavení místní a časové dostupnosti zdravotních služeb

Nastavení parametrů místní a časové dostupnosti lůžkových i ambulantních zdravotních služeb ve vládním nařízení 307/2012 Sb. bylo původně provedeno tak, aby je v té době splňovalo minimálně 95 % sídel v ČR. Byť byly ze strany MZ parametry později částečně upraveny, je třeba podrobit je odborné diskusi a nastavit na základě objektivní potřeby dostupnosti péče a srovnání s ekonomicky a kulturně blízkým zahraničím. Až takto upravené hodnoty mohou efektivně sloužit jako nepodkročitelné pro stanovení minimální sítě poskytovatelů v ČR a efektivní zajištění dostupnosti.

6.4. Upřesnění role zdravotnické záchranné služby

Role zdravotnické záchranné služby (ZZS) je klíčová pro to, aby se potřebný pacient (zejména pacient v ohrožení života) dostal na správné místo ve zdravotním systému, ať už se jedná o centrum vysoce specializované péče nebo komunitní nemocnici. Cílem tohoto dokumentu není věnovat se jednomu ze zásadních problémů provozu ZZS, kterým je její zneužívání ze strany pacientů s minimálními obtížemi. U pacientů, kteří neodkladné nebo akutní ošetření v nemocnici skutečně potřebují, je ale přesná a aktuální znalost schopností jednotlivých nemocnic postarat se (v různé denní době) o různě těžké pacienty klíčová. Na jedné straně je nutné dopravit pacienta se známou či pravděpodobnou závažnou diagnózou co nejrychleji do nemocnice, která se o něj dokáže postarat dle možností moderní medicíny. Na druhé straně by měla platit zásada, že případy, o které je schopná se postarat komunitní nemocnice v době, kdy přijímá akutní pacienty, nebo akutní nemocnice s nepřetržitým provozem v základních oborech, nemají skončit ve vysoce specializované nemocnici (pokud to regionální struktura poskytovatelů umožňuje). Nastavení, udržení a zlepšování takového systému vyžaduje úzkou spolupráci a komunikaci ZZS a nemocnic zajišťujících akutní lůžkovou péči v nepřetržitém provozu, komunitních nemocnic i dalších poskytovatelů péče, včetně sběru, sdílení a společného vyhodnocení dat.

Významnou otázkou je také potenciální rozšíření role dispečinku ZZS ve smyslu plnohodnotného call centra. Část jeho role, tedy posouzení stavu pacientů a rozhodnutí, zda je nutný výjezd ZZS (s lékařem nebo bez), již dnes dispečinky zastávají. Šlo by tedy o sjednocení jejich role a doporučení mezi kraji a rozšíření o poskytnutí rady pacientům, kteří ZZS nepotřebují, například jejich nasměrování na

lékařskou pohotovostní službu při nejbližší nemocnici. V zahraničí se vyskytují jak modely dvou telefonních čísel pro pacienty – na zdravotnickou záchrannou službu pro těžké případy a na pohotovostní službu pro běžné problémy, tak jednoho telefonního čísla pro všechny situace (například Francie). Výběr vhodného modelu pro Českou republiku vyžaduje důkladnější posouzení existujících zkušeností a hlubší diskusi. Existují ale jasné důkazy o tom, že možnost telefonické konzultace (v dnešní době případně kombinované s webovou nebo mobilní aplikací) dokáže pacienty nasměrovat ke vhodnému řešení a alespoň částečně snížit nápor na nemocniční urgentní příjmy (Baier a kol., 2019).

6.5. Rozšíření rolí zdravotnických pracovníků – nelékařů

Narůstající tlak na kapacity lékařů nutí poskytovatele zdravotní péče ve všech zemích hledat řešení a organizační schémata, která umožní větší využití nelékařských zdravotnických profesí v klinických i manažerských procesech. Cílem zavádění vyšších kompetencí nelékařů může být kromě nedostatečného počtu lékařů také úspora mzdových nákladů, kdy úkony, které nemusí být nutně vykonávány lékaři, zastane levnější pracovní síla (Buchan & Calman, 2005).

USA byly jednou z prvních zemí, kde rozšířené role sester zavedly. Pod pojmem „nurse practitioners“ (NP) jsou vnímány registrované, certifikované sestry se státem uznanou kvalifikací (v Nizozemí je pozice na vrcholu hierarchie sester), „physician assistants“ (PA) jsou pak certifikovaní pracovníci ve zdravotnictví, nelékaři, pracující pod dohledem lékařů (v Nizozemí je pozice na spodní pozici lékařské hierarchie). Obě skupiny pracují ve spolupráci s lékaři nebo v týmech (Hooker & Berlin, 2002).

PA jsou považováni za semi-autonomní pracovníky, pracují pod dozorem zkušeného lékaře, a to obvykle v ambulancích, na poliklinikách, na nemocničních odděleních, pohotovostních odděleních, jednotkách intenzivní péče a v psychiatrických zařízeních. V oblasti hospitalizační péče PA provádí anamnézu a vyšetření, požaduje a interpretuje dodatečné testy, stanoví diagnózu, provádí léčbu a je oprávněn předepisovat vybrané léky. Dále obvykle zajišťují kontinuitu péče pro pacienty – např. formou návštěv u pacientů nebo plněním administrativních úkonů.

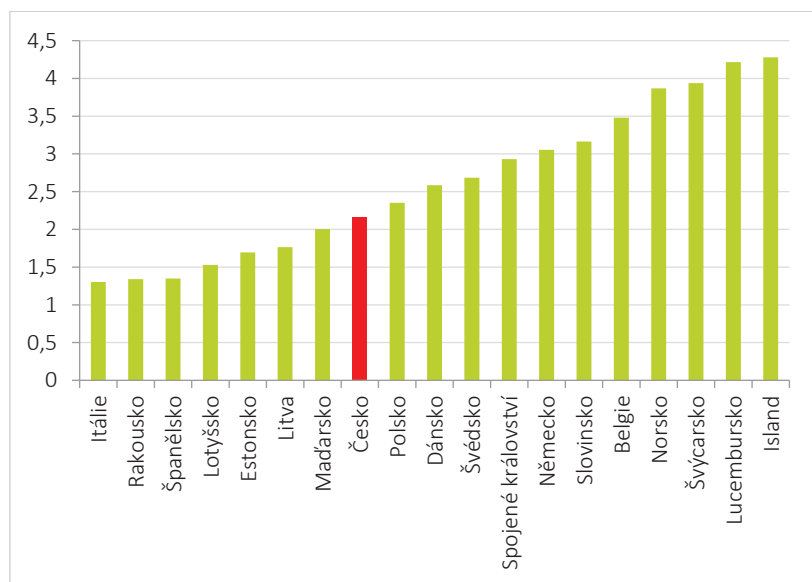
Výsledky řady výzkumů z oblasti primární péče ukazují, že zdravotní sestry jsou v řadě aspektů schopné nahradit práci lékařů. Role nelékařských pracovníků je významně posilována zejména v péči o chronické pacienty (Pagels a kol., 2008). PA se rutinně zabývají nekomplikovanými výkony, léčbou hypertenze, bronchitidy,

deprese, alergie, astmatu, gynekologických problémů, oblastí plánování rodiny (Mittman, 2002).

Péče poskytovaná zdravotními sestrami namísto lékařů vedla k vyšší spokojenosti pacientů a v některých případech i ke snížení celkové mortality a snížení počtu hospitalizovaných pacientů (Martinez-González a kol., 2014). Průzkumy v Nizozemí ukázaly, že nemocniční péče poskytovaná specializovanými sestrami (NP) přináší přidanou hodnotu. Péče je nejméně stejně dobrá a stejně bezpečná jako péče poskytovaná lékaři a pacienti jsou s ní spokojeni (Zwijnenberg & Bours, 2012). Pacienti oceňují roli zdravotních sester zejména v oblasti edukace (Martinez-González a kol., 2014). Právě edukace je jednou z oblastí, kde roli kvalifikovaného zdravotníka nelékaře nemusí naplnit jen zdravotní sestra, ale i zvláště školení specialisté. Profese edukátora pacientů s chronickými nemocemi existuje v řadě zemí včetně Slovenska, ale zatím nebyla ustanovena v České republice.

Důležitým faktorem, který je třeba brát v úvahu před zaváděním změn, je relativní dostupnost sester a lékařů. Česko je v poměru sester na lékaře mírně pod průměrem OECD (Obrázek 15). Vzhledem k rostoucímu nedostatku zdravotních sester a přetrvávajícími problémy s jejich vzděláváním je třeba současně řešit i přesun kompetencí zdravotních sester na jiné zdravotníky či administrativní pracovníky.

Obrázek 15: Poměr praktikujících sester a lékařů (2013)



Zdroj: OECD (2019a)

Nově se rozšířením rolí zdravotníků nelékařů zabývá studie „Kompetence sester v ambulantní sféře“ připravovaná Fakultou zdravotnických studií Univerzity Jana Evangelisty Purkyně ve spolupráci s EUC a.s. Výsledky studie budou zveřejněny v květnu 2020.

6.6. Systematické měření kvality péče

Systematické měření kvality zdravotních služeb a vhodné zveřejňování výsledků je jednou z oblastí, ve kterých české zdravotnictví významně zaostává. Na jedné straně sice máme skvělé příklady sběru a analýzy dat díky aktivitám některých odborných společností (například onkologie nebo nefrologie, nově péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou), na druhé straně ale neprobíhá celoplošné systematické sbírání údajů ani o základních ukazatelích kvality. K nim patří například počty provedených výkonů na poskytovatele, blíže viz Kapitola 4.1.2. Další úroveň v měření kvality jsou potom, tzv. procesní ukazatele, které signalizují, zda péče byla poskytnuta v souladu s odbornými doporučeními. Nejsložitější je potom měření výsledků (přežití, výskyt komplikací, ...), které musí být přizpůsobeny vstupnímu

zdravotnímu stavu pacientů. Nicméně, i výsledky zdravotní péče na konkrétního poskytovatele, v některých případech i na konkrétního lékaře, jsou v evropských zemích sbírány, analyzovány a často také zveřejňovány.

Systematické měření kvality zdravotní péče je vedle měření její faktické dostupnosti nutné pro zajištění základního cíle rovného přístupu ke zdravotní péči a ke zvyšování efektivity systému. Co není měřeno, nemůže být řízeno a tudíž zlepšováno. Poskytování nekvalitní péče je nejen zásadní nespravedlností z pohledu pacientů, ale také vede díky vyššímu výskytu komplikací ke zbytečným nákladům.

V posledním roce probíhá další pokus o zlepšení současné situace ve formě pracovní skupiny pro kvalitu péče při MZ. Měření kvality (a doporučeným klinickým postupům) se začal věnovat i Ústav zdravotnických informací a statistiky a Kancelář zdravotního pojištění.

6.7. Účelné propojení zdravotního a sociálního systému

Účelné propojení zdravotního a sociálního systému, které povede k rychlému průchodu pacientů akutní a následnou péčí a v případě nemožnosti obnovy schopnosti sebeobsluhy k neprodlenému zahájení poskytování sociálních služeb je jedním z dlouhodobých, zatím nenaplněných cílů českého zdravotnictví. Úzce souvisí i s otázkou dostupnosti zdravotních služeb. Nemožnost včasného přechodu klientů z péče zdravotního systému do systému sociálního blokuje kapacity a zdroje potřebné k zajištění zdravotní péče těm, kteří ji opravdu potřebují. Ke zlepšení situace je třeba odstranit řadu dnešních zbytečných administrativních bariér, jako je například nemožnost zažádat o příspěvek na péči během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Stejně tak je třeba délku hospitalizace u poskytovatelů následně a dlouhodobé zdravotní péče omezit reálnou potřebou a zajistit dostupnost domácí péče. Podobně, pokud není klientům sociálních služeb zajištěna dostatečná dostupnost zdravotních služeb poskytovaných vhodnou formou, tedy pokud možno v jejich domácím prostředí, vede to nejen ke zhoršování jejich zdravotního stavu, ale i ke zbytečným hospitalizacím.

Citace

Agvall, B., Alehagen, U., & Dahlström, U. (2013). *The benefits of using a heart failure management programme in Swedish primary healthcare*. *European journal of heart failure*, 15(2), 228-236.

Baier, N., Geissler, A., Bech, M., Bernstein, D., Cowling, T. E., Jackson, T., ... & Quentin, W. (2019). *Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands—Analyzing organization, payment and reforms*. *Health Policy*, 123(1), 1-10.

Bali, S., & Singh, A. J. (2007). *Mobile phone consultation for community health care in rural north India*. *Journal of telemedicine and telecare*, 13(8), 421-424.

Berger, E., Busse, R., Finger, B., Focke, K., & Geissler, A. (2018). *Krankenhaus: Impulse aus Dänemark für Deutschland*. *G&S Gesundheits-und Sozialpolitik*, 72(3), 19-24.

Bouma, G., de Hosson, L. D., van Essen, H., de Vries, E. G., de Groot, D. J. A., & Walenkamp, A. M. (2018). *Use of video-consultation is feasible during follow-up care of patients with a neuroendocrine tumour*. *Clinical Oncology*, 30(6), 369.

Böcken, J., Bühler, S., Lasserre, A., Simic, D., Stock, S., Henriksen, E., ... & Huster-Nowak, E. (2018). *Krankenhauslandschaft in Deutschland: Zukunftsperspektiven-Entwicklungstendenzen-Handlungsstrategien*. *Kohlhammer Verlag*.

Buchan, J., & Calman, L. (2005). *Skill-Mix and policy change in the health workforce*. *OECD Health working papers*.

Bulková, V., Kovaříková, D., Tomek, A. & Fiala, M. (2019). *Monitorování rytmu po kryptogenní ischemické CMP – role telemedičinského centra*. *JMP Journal*, 2, 19-24.

Burcin, B., Šídlo, L. (2017). *Budoucí dostupnost primární zdravotní péče v Česku. Analytická studie založená na výsledcích modelových projekcí počtu a struktury lékařů primární zdravotní péče*. *Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, Praha*.

ČSÚ. (2018). *Věkové složení obyvatelstva - 2017 (k 31. 12. 2017)*. [online]. [cit. 5. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2017>.

ČSÚ. (2019). *Projekce obyvatelstva České republiky 2018–2100 (k 1. 1.)*. [online]. [cit. 17. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/projekce-obyvatelstva-ceske-republiky-2018-2100>.

ČSÚ. (2019). *Věkové složení obyvatelstva - 2018 (k 31. 12. 2018)*. [online]. [cit. 24. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-g598foxrzn>.

Eurostat. (2019). *In-patient average length of stay (days)*. [online]. [cit. 4. 1. 2020]. Dostupné z: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_co_inpst&lang=en

Fatehi, F., Gray, L. C., & Russell, A. W. (2013). *Telemedicine for clinical management of diabetes—a process analysis of video consultations*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(7), 379-382.

Federal Ministry for Economic Affairs and Energy, Federal Republic of Germany. (2020). *Telemedicine and Health-related Services*. [online]. [citováno 27. 1. 2020]. Dostupné z: <https://www.exportinitiative-gesundheitswirtschaft.de/EIG/Redaktion/EN/Standardartikel/telemedicine-and-health-related-services.html>.

Göhler, A., Januzzi, J. L., Worrell, S. S., Osterziel, K. J., Gazelle, G. S., Dietz, R., & Siebert, U. (2006). *A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure*. *Journal of cardiac failure*, 12(7), 554-567.

Habicht, T., Habicht, J., & van Ginneken, E. (2015). *Strategic purchasing reform in Estonia: Reducing inequalities in access while improving care concentration and quality*. *Health Policy*, 119(8), 1011-1016.

Hoffmann, R. (2019). *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung*. *Orthopädie und Unfallchirurgie*, 9(5), 20-20.

Hooker, R. S., & Berlin, L. E. (2002). Trends in the supply of physician assistants and nurse practitioners in the United States. *Health Affairs*, 21(5), 174-181.

Host, B. K., Turner, A. W., & Muir, J. (2018). Real-time teleophthalmology video consultation: an analysis of patient satisfaction in rural Western Australia. *Clinical and Experimental Optometry*, 101(1), 129-134.

Christiansen, T., & Vrangbæk, K. (2018). Hospital centralization and performance in Denmark—Ten years on. *Health Policy*, 122(4), 321-328.

Knowles, E., Shephard, N., Stone, T., Bishop-Edwards, L., Hirst, E., Abouzeid, L., ... & Nicholl, J. (2018). Closing five Emergency Departments in England between 2009 and 2011: the closED controlled interrupted time-series analysis.

Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., & Saltman, R. B. (2015). Building primary care in a changing Europe. Case studies. *WHO Regional Office for Europe*.

Kwietniewski, L., & Schreyögg, J. (2018). Efficiency of physician specialist groups. *Health care management science*, 21(3), 409-425.

Li, J., Zhang, Y., Ma, L., & Liu, X. (2016). The impact of the internet on health consultation market concentration: an econometric analysis of secondary data. *Journal of medical Internet research*, 18(10), e276.

Manchester University NHS Foundation Trust. (2020). Welcome to Altrincham Hospital. [online]. [citováno 6. 2. 2020]. Dostupné z: <https://mft.nhs.uk/altrincham/>.

Manchester University NHS Foundation Trust. (2020). Welcome to Trafford General Hospital. [online]. [citováno 6. 2. 2020]. Dostupné z: <https://mft.nhs.uk/trafford/>.

Martínez-González, N. A., Djalali, S., Tandjung, R., Huber-Geismann, F., Markun, S., Wensing, M., & Rosemann, T. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14(1), 214.

Mason, M. C. (2013). We own this service. *Nursing Standard* (through 2013), 27(40), 20.

McCullough, A. L., Haycock, J. C., Forward, D. P., & Moran, C. G. (2014). II. Major trauma networks in England.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2019). Tiskové zprávy 2019: Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů. [online]. [cit. 28. 1. 2020]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prij-18314_1.html.

Mittman, D. E., Cawley, J. F., & Fenn, W. H. (2002). Physician assistants in the United States. *Bmj*, 325(7362), 485-487.

Moran, C. G., Lecky, F., Bouamra, O., Lawrence, T., Edwards, A., Woodford, M., ... & Coats, T. J. (2018). Changing the system-major trauma patients and their outcomes in the NHS (England) 2008–17. *EClinicalMedicine*, 2, 13-21.

Morche, J., Renner, D., Pietsch, B., Kaiser, L., Brönneke, J., Gruber, S., & Matthias, K. (2018). International comparison of minimum volume standards for hospitals. *Health Policy*.

Mousquès, J., & Daniel, F. (2015). The Impact of Multiprofessional Group Practices on the Quality of General Practice. *Questions d'économie de la santé*, (211).

OECD/European Union. (2016). Strengthening primary care systems, v *Health at a Glance: Europe 2016—State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.

OECD/European Union. (2018). Day surgery, v *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels.

OECD. (2019a). Healthcare resources. [online]. [cit. 17. 1. 2020]. Dostupné z: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC#.

OECD. (2019b). Surgical procedures. [online]. [cit. 7. 1. 2020]. Dostupné z: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC#.

OECD. (2019c). Curative care bed-days. [online]. [cit. 2. 2. 2020]. Dostupné z: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC#.

OECD. (2019d). Hospital discharges by diagnostic categories. [online]. [cit. 7. 1. 2020]. Dostupné z: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC.

Pagels, A. A., Wång, M., & Wengström, Y. (2008). *The impact of a nurse-led clinic on self-care ability, disease-specific knowledge, and home dialysis modality*. *Nephrology Nursing Journal*, 35(3).

Paris, V., M. Devaux and L. Wei. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*, OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing, Paris.

Pennine Acute Hospitals NHS Trust. (2020). *Rochdale Infirmary*. [online]. [citováno 6. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.pat.nhs.uk/our-hospitals/rochdale-infirmary/>.

Šídlo, L., Hülleová, I., & Sykáčková, P. (2019). *General paediatricians views on their plans to leave medical practice: Has the "twelfth hour" passed?*. *Casopis lekaru ceskych*, 157(7), 367-372.

Štych, P., Šídlo, L., Novák, M., Hořínek, J. (2017). *Místní dostupnost primární zdravotní péče v Česku -dostupnost praktického lékařství pro děti a dorost. Sada specializovaných map s odborným obsahem. Elektronická verze. Praha: Nakladatelství P3K. ISBN 978-80-87343-81-4.*

ÚZIS. (2018). 5.1.1 *Pracovníci ve zdravotnictví podle povolání po letech*. [online]. [cit. 7. 2. 2020]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=statisticke-vystupy--lekari-a-zdravotnicti-pracovnici--pracovnici-ve-zdravotnictvi-celkovy-prehled--pracovnici-ve-zdravotnictvi-podle-povolani-po-letech>

ÚZIS. (2019). *Počet lůžek podle typu péče, 2017*. [online]. [cit. 3. 2. 2020]. Dostupné z: <https://reporting.uzis.cz/cr/index.php?pg=souhrnne-prehledy--ekonomicke-ukazatele-infrastruktura-zdravotni-pece-lekari-a-zdravotnicti-pracovnici--pocet-luzek-podle-typu-pece>.

VZP ČR. (2018). *Ročenka VZP ČR za rok 2017*. VZP ČR.

VZP ČR. (2019). *Ročenka VZP ČR za rok 2018*. VZP ČR.

VZP ČR. (2020). *Seznam specializovaných pracovišť - center se zvláštní smlouvou*. [online]. [cit. 2. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/seznamy-center-a-szz/seznam-specializovanych-pracovist-center-se-zvlastni-smlouvou>.

WHO. (2016). *Atlas of EHealth Country Profiles: The Use of EHealth in Support of Universal Health Coverage: Based on the Findings of the Third Global Survey on EHealth 2015 (Vol. 3)*. *World Health Organization*.

Widimský, P., Budešínský, T., Voráč, D., Groch, L., Želízko, M., Aschermann, M., ... & Formanek, P. (2003). *Long distance transport for primary angioplasty vs immediate thrombolysis in acute myocardial infarction: final results of the randomized national multicentre trial—PRAGUE-2*. *European heart journal*, 24(1), 94-104.

Widimský, P., Groch, L., Zelizko, M., Aschermann, M., Bednář, F., & Suryapranata, H. (2000). *Multicentre randomized trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. The PRAGUE study*. *European heart journal*, 21(10), 823-831.

Zdravotnický deník. (2016). *Počty lékařů budou po roce 2018 klesat kvůli stárnutí, MZ a MŠMT proto chtějí zvýšit kapacity fakult o čtvrtinu*. [online]. [cit. 3. 2. 2020]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2016/09/pocty-lekaru-budou-po-roce-2018-vyrazne-klesat-kvuli-starnuti-mz-a-msmt-proto-chteji-zvysit-kapacity-fakult-o-ctvrtinu/>.

Zwijnenberg, N. C., & Bours, G. J. (2012). *Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks*. *Journal of advanced nursing*, 68(6), 1235-1246.



Více než 10 let spolu s našimi
studenty a absolventy

Přispíváme k lepšímu zdravotnictví

Přijďte se i vy inspirovat do programu
Master of Healthcare Administration

 **advance** | HEALTHCARE
institute | MANAGEMENT

www.advanceinstitute.cz

