



**Analýza zdravotnictví České republiky
a Královéhradeckého kraje (součást
Koncepce zdravotnictví
Královéhradeckého kraje pro období
2021 – 2025)**

Seznam kapitol Analýzy

Úvodní poznámky

Abecední seznam zkratk

Kapitola I. Zdravotnický systém ČR (*obr. 1.1-1.18*)

Kapitola II. Demografie a zdravotní stav populace v KHK (*obr. 2.1-2.78*)

Kapitola III. Nedostatek zdravotnického personálu v ČR a v KHK (*obr.3.1-3.33*)

Kapitola IV. Zdravotnická záchranná služba KHK a lékařské pohotovostní služby (*obr. 4.1-4.5*)

Kapitola V. Ambulantní péče a zajištění prevence v KHK (*obr. 5.1-5.68*)

Kapitola VI. Lůžková péče včetně sociálních pobytových služeb a problematika paliativní medicíny a geriatry v KHK (*obr.6.1-6.52*)

Kapitola VII. Problematika vybraných specializovaných oborů a lékařské péče v KHK (*obr.7,1-7.*, číslováno zvlášť pro každý níže uvedený obor*)

101 Vnitřní lékařství (včetně pneumologie a infekční lékařství)

201 Rehabilitační a fyzikální medicína, Fyzioterapie

209 Neurologie

301 Dětské lékařství a neonatologie

305 Psychiatrie

402 Onkologie

501 Chirurgie

603 Gynekologie a porodnictví

606 Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí

701 Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku

706 Urologie

708 Anesteziologie a intenzivní medicína

801 Laboratorní obory a patologická anatomie

809 Radiodiagnostika a nukleární medicína

925 Domácí zdravotní péče

Další oblasti (oftalmologie, specializovaná centra, lékařská péče)

Kapitola VIII. Ekonomika zdravotnictví v KHK (*obr.8.1-8.15*)

Dodatky Některé další údaje související se zdravotnictvím KHK:

zdravotnická dopravní služba v KHK,

neziskové organizace poskytující zdravotnické služby v KHK,

zdravotnická výuková zařízení v KHK a

výrobní zařízení se zdravotnickým zaměřením.

Závěr

Úvodní poznámky

Materiál „*Analýza zdravotnictví České republiky a Královéhradeckého kraje*“ (součást *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021-2025*) - dále jen „Analýza“ je přílohou *Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje pro období 2021-2025* (dále jen „Koncepce“). Má 8 hlavních kapitol, které jsou číslovány stejně jako jejich shrnutí SWOT analýzy v Koncepci.

Každá hlavní kapitola Analýzy je rozdělená do dvou částí. První obsahuje textovou část a druhá část obrazy s grafy, tabulkami a schémata, ke kterým se text odkazuje. Svazky s obrazy nemají číslované stránky a je nutno se orientovat podle čísel obrazů. Uvedené uspořádání bylo zvoleno pro pohodlnější studium analytické části, protože text by byl při velkém množství obrazů značně fragmentovaný a při různě objemných blocích textu by se s obrazy, zalamanými do textu obtížně pároval.

Odkazy na obrazy jsou v textu uváděné červeně a jsou v celém materiálu číslovány jednotně ve formátu „číslo kapitoly.číslo obrazu“.

Odkazy na literární a další zdroje jsou číslovány černými indexy. Každá z hlavních kapitol má na konci svazku svůj seznam použité literatury a citací s vlastním číslováním, Totéž platí pro Koncepci, kde je však seznam citací jen jeden na konci materiálu. V tomto systému se některé citace opakují ve více kapitolách Analýzy, ale mají svá čísla v každé kapitole, ev. v Koncepci, U obrazové dokumentace je citace použitého zdroje přímo u každého obrazu a již se v seznamech citací neopakuje.

Seznamy zkratk jsou uvedené na začátku dokumentů a v Analýze je jejich seznam společný pro všechny kapitoly.

Metodické detaily, týkající se analýz jsou popsány v materiálu *Koncepce* v části (*Úvod / Postup tvorby Koncepce / Metodika vytvoření rozvojových strategických bodů (konceptních priorit) / Provádění analýz*). Dále je v Koncepci ke každé kapitole I.-VIII. ve stejném číslování uveden v bloku „*SWOT analýzy a shrnutí analytických kapitol Koncepce*“ souhrn příslušné kapitoly jako nástroj, podle kterého byly formulovány rozvojové body Koncepce.

Abecední seznam zkratk

AIM	Akutní infarkt myokardu
ARI	Akutní respirační infekce
ARIM	Anesteziologie a intenzivní medicína
ARO	Anesteziologicko - resuscitační oddělení
BMI	Body Mass Index (Index tělesné hmotnosti)
CDZ	Centrum duševního zdraví
CMI	Case Mix Index / index spektra pacientů podle DRG
CMP	Cévní mozková příhoda
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
Dg.	Diagnóza
DRG	Diagnoses related Groups /klasifikační systém podle diagnostických skupin
DS	Domovy pro seniory
DZR	Domovy se zvláštním režimem
ECHI	European Core Health Indicators
EHCI	Euro Health Consumer Index (Evropský index kvality zdravotnictví)
EHIS	European Health Interview Survey (Evropské výběrové šetření o zdraví)
EU	Evropská unie
f.n.	Fakultní nemocnice
FN HK	Fakultní nemocnice Hradec Králové
FTE	Full time equivalent (ekvivalent plného pracovního úvazku)
HK	Hradec Králové
HMP	Hlavní město Praha
HRA	Královéhradecký kraj
HDP	Hrubý domácí produkt
HKK	Královéhradecký kraj
HPV	Human papilloma virus (Lidský papilomavirus)
HW	Hardware
CHOPN	Chronická obstrukční plicní nemoc
IOKO	Integrované oddělení klinické onkologie
IZS	Integrovaný záchranný systém
JC	Jičín
JHČ	Jihočeský kraj
JHM	Jihomoravský kraj
JIP	Jednotka intenzivní péče
KAR	Karlovarský kraj
KHK	Královéhradecký kraj
KHS KHK	Krajská hygienická stanice Královéhradeckého kraje

KIN	Klinika infekčních nemocí
KOC HK	Komplexní onkologické centrum ve Fakultní nemocnici Hradec Králové
KPR	Kardiopulmonální resuscitace
KÚ KHK	Krajský úřad Královéhradeckého kraje
KZOS	Krajské zdravotnické operační středisko
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
LF UK HK	Lékařská fakulta v Hradci Králové Univerzita Karlova
LIB	Liberecký kraj
LNP	Lůžka následné péče
LPS	Lékařská pohotovostní služba
LPZ	List o prohlídce zemřelého
LZS	Letecká záchranná služba
LZS HK	Letecká záchranná služba Hradec Králové
L1	lékař, zubní lékař a farmaceut absolvent VŠ
L2	lékař, zubní lékař a farmaceut po absolvování základního kmene (dle vyhl. 185/2009)
L3	lékař, zubní lékař a farmaceut se specializovanou způsobilostí
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MSK	Moravskoslezský kraj
MSPP	Mobilní specializovaná paliativní péče / ambulantní hospic
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NA	Náchod
NIP	Následná intenzivní péče
NOR	Národní onkologický registr
NRHZZ	Národní registr hrazených zdravotních služeb
NRHOSP	Národní registr hospitalizovaných
NRPZS	Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb
NRRZ	Národní registr reprodukčního zdraví
NR-ZP	Národní registr zdravotnických pracovníků
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj)
OLO	Olomoucký kraj
OLÚ	Odborný léčebný ústav
PAR	Pardubický kraj
p. b.	Procentní body
PHA	Hlavní město Praha
PL	Praktické lékařství
PLD	Praktické lékařství pro dospělé
PLDD	Praktické lékařství pro děti a dorost
PLZ	Plzeňský kraj
PPCHC	První privátní chirurgické centrum, spol. s r.o.

PZS	Poskytovatel zdravotních služeb
Registr ARI	Registr akutních respiračních infekcí
RFM	Rehabilitační a fyzikální medicína
RK	Rychnov nad Kněžnou
RÚ	Rehabilitační ústav
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
SO ORP	Správní obvody obcí s rozšířenou působností
SRFM	Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny
STČ	Středočeský kraj
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TBC	Tuberkulóza
TISS	Therapeutic Intervention Scoring System / skórovací systém pro terapeutické intervence
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
TU	Trutnov
UOP	Unikátní ošetřený pojištěnec
UST	Ústecký kraj
ÚPS	Ústavní pohotovostní služba
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VYS	Kraj Vysočina
VZP HK	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Regionální pobočka Hradec Králové
v.z.p.	všeobecné zdravotní pojištění
ZH KHK	Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje a.s.
ZLI	Zlínský kraj
ZP	Zdravotní pojišťovny
ZPBD	Zdravotnický pracovník bez odborného dohledu
ZPOD	Zdravotnický pracovník pod odborným dohledem
ZZ	Zdravotnické zařízení
ZZS	Zdravotnická záchranná služba
ZZS KHK	Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje

Závěr

V různých místech Analýzy bylo konstatováno, že zdroje dat a informací pro řízení zdravotnického systému a jeho dílčích segmentů nejsou často k dispozici ani snadno, ani v komplexní podobě. Statistiky, které jsou k dispozici, mají různá metodická a technická omezení a tento Závěr se je pokouší shrnout na několika příkladech.

- Personální statistiky mají data z mnoha nových i starších zdrojů, které nejsou metodicky sjednocené. Udávané úvazky jsou ve dvou variantách, které je potřeba rozlišovat:
 - smluvní úvazky (dle smlouvy mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou),
 - reálné naplnění úvazků.
- V ambulantní sféře je poměrně nově zavedeno sledování počtu ošetřených pacientů. Užitečné by navíc bylo i sledování celkové produkce bodů a počtu konkrétních pilotních výkonů, definovaných pro každý obor. Soubor systematicky vybraných výkonů neexistuje a sledované výkony se objevují jen náhodně (počty transplantací, kardiochirurgických výkonů, MR vyšetření aj., často ve statistikách OECD). Výše popsany soubor výkonů by měl být k dispozici pro každý obor a pro ambulantní, lůžkovou i komplementární sféru, pokud možno ve srovnatelné podobě s jinými zeměmi. Kromě přesnějších výkonových analýz pro každý obor by bylo potřeba vést standardní statistiky ambulantních a jednodenních operací.
- Velké nesnáze jsou, i přes výrazný pokrok v ÚZIS ČR, ve statistikách akutních a neakutních hospitalizací. Problémem je dualita nomenklatury lůžek podle zdravotních pojišťoven a ÚZIS ČR, kdy je obtížné přiřadit, co jsou následné a dlouhodobé hospitalizace a na kterých lůžkách se odehrávají. Není zcela jasné, zda se do dlouhodobých hospitalizací (např. delší než 30 dní) počítají i dlouhé hospitalizace na akutních lůžkách. Souvisí s tím i rigidní nomenklatura lůžkového fondu, která ještě neuznala společný lůžkový fond, i když narůstající dopad DRG systému může postupně upřednostnit statistické přiřazení charakteru hospitalizace podle DRG.
- Pro popis lokálních rozdílů péče, jak z pohledu kapacit, tak z pohledů výkonů, je potřeba členění primárních dat na úrovni nejen krajů, ale někdy i okresů nebo SO ORP, v závislosti na charakteru daného parametru. To umožní sledovat výkony na relevantní úrovni. Požadavkem je, aby veškerá sledovaná data byla minimálně na úrovni krajů.
- Sledování parametrů produkce na úrovni krajů či nižší musí být doplněno jasnou definicí dvou možných pohledů:
 - podle výkonů, provedených ve zdravotnických zařízeních příslušného území (např. kraje),
 - nebo podle příslušnosti pacienta (jeho trvalého bydliště) v kraji (někdy též „podle kmenových pacientů kraje“), ať je výkon proveden v kraji nebo mimo něj.

Diferenciace těchto dvou pohledů se v materiálech ÚZIS ČR již pravidelně objevuje, ale potřebuje ještě trochu zlepšit jejich jednoznačné pojmenování a je nutno je začít používat jednotně. V případě pohledu „dle bydliště“ je ještě potřeba dopracovat metodiku standardizace příslušných populací dle věku, aby porovnávání stavu

v různých krajích (okresech) bylo srovnatelné i v případě velkých věkových rozdílů mezi těmito územními jednotkami.

- Oba zmíněné statistické pohledy propojují statistiky migrace pacientů a ty by bylo potřeba rozšířit jak z pohledů segmentů (ambulance/hospitalizace), tak z pohledu oborů, popřípadě vybraných výkonů nebo diagnóz. Migraci pacientů je též potřeba systematicky sledovat v obou směrech, tj. „do“ i „z“ území. Tabulky formátu obr. 6.22, 6.23 jsou velmi komplexní a velmi přehledné.
- Mezi kraji/okresy lze podobně „podle bydliště“ sledovat i úhrady na pacienta. Tímto způsobem lze přehledně mapovat dostupnost (resp. i nadbytečnost) výkonů, možná i nemocnost a jistě i férovou alokaci finančních zdrojů.

Konkrétní upozornění na obsah datového balíčku, který by byl potřeba pro řízení celostátního zdravotnictví i jeho krajských subsystémů, není v žádném případě kritikou NZISu ani jeho hlavního správce, kterým je ÚZIS ČR. Zde je naopak možno v posledních letech vidět výrazný pokrok v rozsahu i dostupnosti informačních zdrojů. Toto shrnutí zkušeností z tvorby Koncepce je proto snahou poskytnout další konkrétní náměty do diskuze, které informace pro řízení zdravotnického systému jsou v dané době ještě potřeba a co je možno dále kultivovat. Dle vyjádření vedení ÚZIS ČR se bude v r. 2021 ještě více otevírat možnost ve zdravotnické informatice a získávat pro zdravotnické instituce a pro systémové analytiky bloky výstupů z dat národních registrů, které jsou v jeho správě. I to by mohlo v dalších letech kvalitu informací pro tvorbu zdravotnické politiky zlepšit.