

I



Strategický plán rozvoje zdravotnictví
Kraje Vysočina

Obsah

1	Úvod	4
1.1	Demografická situace	6
1.2	Zdravotní stav obyvatelstva	7
2	Lidské zdroje ve zdravotnictví	8
2.1	Vzdělávání	11
2.2	Motivace.....	12
2.2.1	Náborové příspěvky	12
2.2.2	Stipendia	12
2.2.3	Podpora školitelů v rámci rezidenčního vzdělávání	13
2.2.4	Další druhy zaměstnaneckých benefitů	13
3	Zdravotní péče	14
3.1	Primární péče.....	15
3.1.1	Podpora specializačního vzdělávání všeobecných praktických lékařů a pediatrů	17
3.1.2	Preventivní péče.....	17
3.1.2.1	Projekt „První pomoc do škol“	18
3.1.2.2	Projekt „Prevence dětských úrazů“	18
3.2	Specializovaná ambulantní péče	19
3.3	Lůžková péče	20
3.3.1	Vzájemná spolupráce nemocnic	21
3.3.2	Kvalita a bezpečí	21
3.3.2.1	Soutěž „Bezpečná nemocnice“	22
3.3.3	Společné vyjednávání o úhradách zdravotní péče	22
3.3.4	Rozvoj jednodenní péče.....	25
3.3.5	Společný lůžkový fond	26
3.3.6	Následná lůžková péče	26
3.3.6.1	Následná lůžková intenzivní péče.....	27
3.4	Přednemocniční neodkladná péče	28
3.5	Spolupráce v oblasti specializované péče	31
3.5.1	Centra specializované péče stanovená věstníkem MZ ČR	31

3.5.1.1	Komplexní onkologické centrum a kooperující onkologická skupina (Věstník MZ 4/2015, Věstník MZ 13/2017).....	31
3.5.1.2	Onkogynekologické centrum (Věstník MZ 3/2014, Věstník MZ 4/2015)	33
3.5.1.3	Kardiovaskulární centrum (Věstník MZ 4/2016).....	33
3.5.1.4	Iktové centrum (Věstník MZ 11/2015).....	33
3.5.2	Centra specializované péče stanovená mimo věstník MZ ČR	33
3.5.2.1	Perinatologické centrum intermediární péče	33
3.5.2.2	Hematologie a transfuzní lékařství.....	34
3.5.2.3	Pracoviště s oprávněním indikace „biologické“ léčby (NEJI)	34
3.5.3	Další specializovaná péče.....	35
3.5.3.1	PET centrum Nemocnice Jihlava	35
3.5.3.2	Magnetická rezonance	35
3.5.3.3	Spolupráce v oblasti transfuzního lékařství	36
3.5.4	Další významná specializovaná pracoviště nemocnic zřizovaných KV	36
3.5.4.1	Angiologická vyšetření	36
3.5.4.2	Nukleární medicína.....	37
3.5.4.3	Osteologické centrum	37
3.5.4.4	Urologické oddělení.....	38
3.5.4.5	Oční oddělení	38
3.5.4.6	Interní oddělení - gastroenterologická ambulance.....	38
3.5.4.7	Centrum chirurgie ruky.....	39
3.5.4.8	Cytologie a patologie.....	39
3.5.4.9	Ortovoltážní radioterapie	39
3.6	Paliativní péče.....	40
3.7	Psychiatrická péče	40
3.8	Lékařská pohotovostní služba a prohlídky těl zemřelých	40
3.9	Procesy v oblasti zdravotní péče	42
3.10	Ostatní ústavní péče	42
3.11	Protialkoholní záchytná služba	43
3.12	Zdravotně-sociální pomezí	44
4	Infrastruktura	46
4.1	eHealth.....	46
4.1.1	Jednotný NIS.....	47

4.1.2	Elektronizace logistiky materiálu a léků	47
4.1.3	eMeDocS.....	48
4.1.4	Další rozvoj ERP systému.....	49
4.1.5	Krajský regionální portál pro vzdělávání zaměstnanců (eLearning).....	49
4.1.6	Naplňování standardizace ICT	50
4.1.7	Webový „rozcestník“ (portál) pro laickou i odbornou veřejnost.....	50
4.1.8	Virtuální radiologie.....	51
4.2	Zdravotnická technika a přístrojové vybavení	52
4.3	Nemovitý majetek	53
5	SWOT analýza, její vyhodnocení a stanovení strategie	54
5.1	SWOT analýza.....	54
5.2	Vyhodnocení SWOT analýzy.....	56
6	Strategie rozvoje zdravotnictví kraje	59
6.1	Mise.....	59
6.2	Vize	59
6.3	Definice prioritních oblastí strategie.....	60
6.3.1	Priority a strategické cíle programové části	60
7	Závěr	68
8	Rizika a limitující faktory.....	70
9	Seznam použitých zkratk	72

1 Úvod

Zdraví obyvatel je základní podmínkou prosperity státu a potažmo regionu, úspěšnosti a spokojenosti jeho obyvatel. Péče o zdraví je průřezová, mezisektorová funkce a její zajištění je závislé na koordinaci všech složek společnosti. Prostředkem je konsensus o cílech a vůli jich dosáhnout a o cestách, jakými se bude realizovat.

Strategická podpora zdraví je nedílnou součástí práce kraje spolu s ostatními představiteli veřejné správy a dalšími aktéry.

Strategický plán rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina představuje základní systémový rámec v oblasti veřejného zdravotnictví kraje, pomocí něhož chce kraj stabilizovat zdravotní služby v kraji, je základním strategickým dokumentem zdravotní politiky Kraje Vysočina.

Mezi základní cíle Kraje Vysočina v oblasti zdravotnictví patří:

- zajištění kvalitní, dostupné a bezpečné zdravotní péče,
- zvyšování efektivity při poskytování zdravotní péče v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina (ekonomicky a provozně stabilizované nemocnice, které vzájemně ve vybraných oblastech spolupracují),
- stabilizace zdravotnického personálu s cílem zabezpečit lidské zdroje potřebné pro zajištění kvalitní zdravotní péče,
- kvalitní a moderní zdravotnická infrastruktura, a to včetně dalšího rozvoje elektronizace zdravotnictví.

Kraj Vysočina zřizuje osm poskytovatelů zdravotních služeb:

- Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace, (dále také „NEHB“),
- Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace, (dále také „NEJI“),
- Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace, (dále také „NENM“),
- Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace, (dále také „NEPE“),
- Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace, (dále také „NETR“),
- Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina, příspěvková organizace, (dále také „ZZS KV“),
- Dětské centrum Jihlava, příspěvková organizace, (dále také „DC“),
- Trojlístek – centrum pro děti a rodinu Kamenice nad Lipou, příspěvková organizace, (dále také „Trojlístek“).

Klíčovou roli v lůžkové péči, ale i v odborné ambulantní péči v kraji, hrají nemocnice zřizované Krajem Vysočina. Ty se rozhodnou měrou podílejí i na zajištění nepřetržité péče formou LPS v oboru všeobecné

praktické lékařství a pediatrie. V obou oborech jsou zpravidla jedinými poskytovateli služeb mimo ordinální hodiny lékařů. Zejména v oboru všeobecné praktické lékařství je nepřetržitá péče mimo ordinální hodiny převážně zajišťována nemocnicemi za pomoci lékařů jiných odborností.

Mezi prioritní oblasti také patří paliativní péče, a proto by v kraji měla vzniknout ucelená síť komplexní paliativní péče.

Přednemocniční neodkladnou péčí v kraji zajišťuje Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina v rámci 21 výjezdových základen. Síť základen je dostačující a nebude se dále rozšiřovat, bude se pouze modernizovat a obnovovat. V zájmu kraje je také udržet vzletovou skupinu zdravotnické záchranné služby.

Zpracovatelem zdravotního plánu je Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Kraje Vysočina ve spolupráci se zřízovanými poskytovateli zdravotních služeb.

1.1 Demografická situace

Demografická situace v Kraji Vysočina je velmi obdobná ostatním krajům České republiky. Díky příznivým faktorům je zde ale jedna z nejvyšších nadějí dožití vysokého věku. Základními demografickými trendy bude v příštích letech úbytek celkového počtu obyvatel kraje a zároveň významné zvyšování podílu osob nad 65 let v populaci. Podíl nejstarších obyvatel tak bude v dlouhodobějším horizontu po Zlínském kraji druhý nejvyšší mezi regiony.

K 31. 12. 2017 činil průměrný věk obyvatel Kraje Vysočina 42,6 let, od roku 2000 se zvýšil o 4,5 roku.

V souvislosti s těmito změnami lze očekávat i změny v rámci poptávky a intenzity čerpání zdravotních služeb, neboť právě nároky na její poskytování jsou zásadně ovlivněny věkovou strukturou populace. V důsledku stárnutí populace a zvyšování délky dožití se zvýší poptávka po navazující péči (následná péče, sociální péče).

Počet a věkové složení obyvatel Kraje Vysočina k 31. 12. daného roku

Rok	Počet obyvatel celkem	v tom podle pohlaví		v tom ve věku (let)			Průměrný věk
		muži	ženy	0-14	15-64	65 a více	
2008	515 411	255 773	259 638	74 907	362 238	78 266	40,3
2009	514 992	255 492	259 500	74 566	360 299	80 127	40,5
2010	514 569	255 249	259 320	74 698	358 013	81 858	40,8
2011	511 937	253 985	257 952	75 331	351 776	84 830	41,1
2012	511 207	253 694	257 513	75 454	348 042	87 711	41,3
2013	510 209	253 270	256 939	75 488	344 450	90 271	41,6
2014	509 895	253 176	256 719	76 104	340 867	92 924	41,9
2015	509 475	252 964	256 511	76 722	337 491	95 262	42,1
2016	508 952	252 695	256 257	77 329	333 665	97 958	42,3
2017	508 916	252 711	256 205	77 987	330 572	100 357	42,6

Zdroj: ČSÚ

1.2 Zdravotní stav obyvatelstva

Hlavními příčinami úmrtí u obou pohlaví jsou nemoci oběhové soustavy, které tvoří podíl 40,6 % na úmrtí u mužů a 48 % na úmrtí u žen. V pořadí druhou příčinou úmrtí jsou novotvary, vyskytující se u 27,5 % mužů a u 23 % žen¹. Dalšími příčinami jsou nemoci dýchací soustavy, vnější příčiny, nemoci trávicí soustavy, nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek, dále nemoci nervové soustavy.

Jedním z velice důležitých ukazatelů zdravotního stavu obyvatel určitého území je střední délka života neboli naděje dožití při narození. Jedná se o průměrný věk v dané populaci, tedy předpokládaný věk dožití jednotlivce při jeho narození v závislosti na faktorech, jako je strava, ekonomika země, stav zdravotnictví, úroveň kriminality, životní prostředí a další. Střední délka života byla v Kraji Vysočina v letech 2016-2017 u mužů 77, u žen 82,75 let. Kraji Vysočina tak patří u mužů v celorepublikovém srovnání krajů třetí místo za hlavním městem Prahou (78,06) a Královéhradeckým krajem (77,19), u žen patří Kraj Vysočina společně s hlavním městem Praha (82,75) ke krajům s nejvyšším věkem dožití². Struktura nemocí a příčin hospitalizací je srovnatelná s průměrem ČR. Nejčastější příčinou hospitalizace u mužů i žen je onemocnění oběhové soustavy. Druhou nejčastější příčinou u mužů je hospitalizace z důvodu poranění, otravy nebo jiné vedlejší příčiny a u žen hospitalizace související s těhotenstvím. Následují hospitalizace spojené s nemocí trávicí soustavy a nemoci svalové a kosterní soustavy. Trendem v oblasti ošetření odbornými ambulancemi je patrný mírný nárůst počtu ošetření v oboru chirurgie a vnitřní lékařství.



Zdroj: ČSÚ

¹Zdroj: *Zemřelí 2018: zdravotnická statistika* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017 [cit. 2018-10-01]. ISSN 1210-9967. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2016>

²Zdroj: <https://www.czso.cz/csu/xj/jaka-je-delka-lidskeho-zivota-na-vysocine>

2 Lidské zdroje ve zdravotnictví

Lidské zdroje jsou v poskytování zdravotních služeb rozhodujícím faktorem. Prakticky celá ČR řeší problémy s vážným nedostatkem kvalifikovaných lékařů, sester a dalších pracovníků. Systém odborné přípravy často není dostatečně vyvážený. Současně vzniká problém s rostoucí vysokou věkovou strukturou lékařů, který bez systémového řešení v oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků negativně ovlivní provoz poskytovatelů zdravotní péče.

Kromě věku lékařů jsou dalším rizikem u zdravotnických pracovníků stres a syndrom vyhoření. Očekává se od nich mimořádná míra empatie. Ti, kteří přicházejí do styku s pacienty, jsou opakovaně svědky strádání, bolesti, a to pochopitelně ovlivňuje jejich psychiku.

Zdravotnictví, jako i jiné pomáhající obory, vytváří předpoklad toho, že zde nejde o zaměstnání, ale spíše o poslání a službu. To nutně vede k přetěžování, stanovování nereálných nároků a velkému tlaku na sebe sama. Časté změny v systému poskytované péče, legislativní problematika a stupňující se tlak na odbornost, jsou spolu s výše uvedeným hlavními zdroji vyhoření.

Ze strany zdravotnických pracovníků jsou identifikovány tři základní stresující faktory:

- personální poddimenzovanost a související neúměrná pracovní zátěž,
- nedostatek materiálně - technického vybavení,
- nedostatečné finanční ohodnocení.

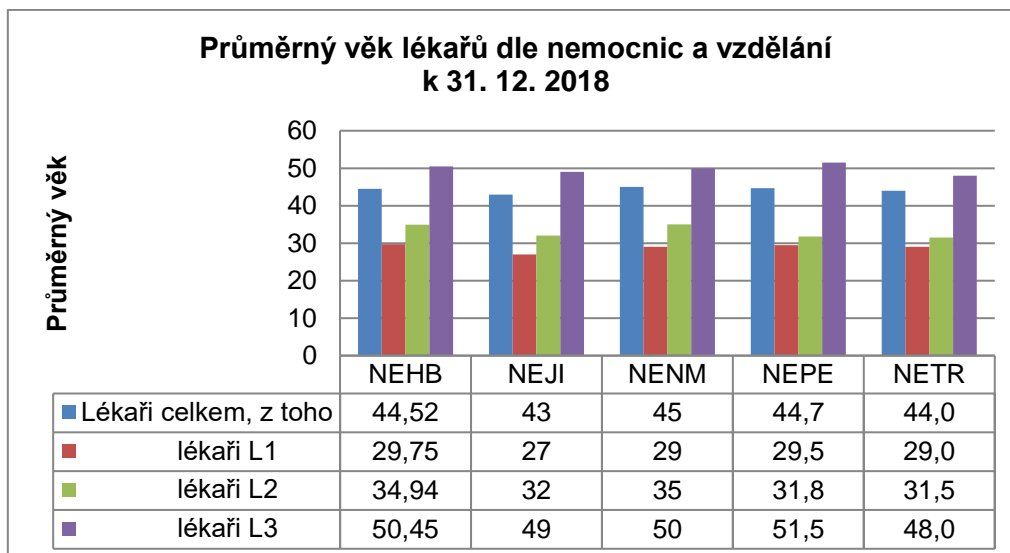
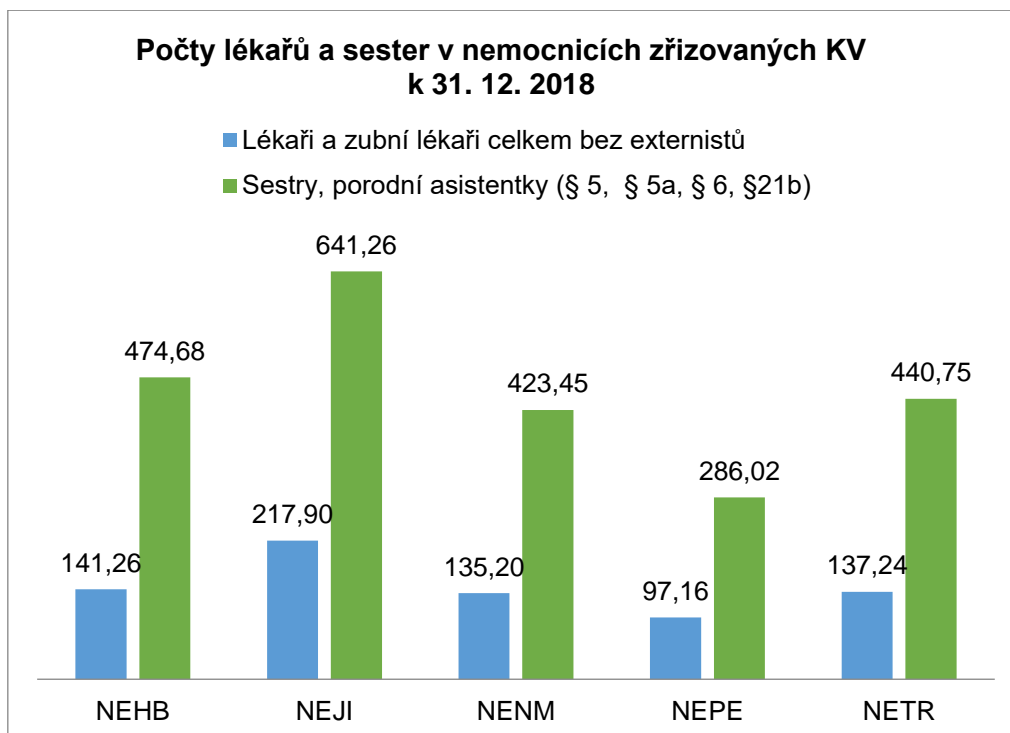
Dále byly identifikovány následující oblasti potíží:

- pocity frustrace,
- psychosomatické potíže související s dlouhodobou zátěží,
- chronická únava,
- pocit napětí.

Stabilizace zdravotnického personálu s cílem zabezpečit lidské zdroje potřebné pro zajištění zdravotní péče u poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných Krajem Vysočina je v současné době podporována prostřednictvím stáží, stipendií a čerpáním náborových příspěvků. Možnost čerpání těchto prostředků má vést k dlouhodobému plánování personalistiky v oblasti zajišťování dostatečného počtu a odborné kvality lékařů pro jednotlivá oddělení poskytovatelů zdravotních služeb. Z hlediska věkové struktury personálu se jedná o nábor mladých, perspektivních lékařů. Čerpání náborových příspěvků má být také použito na zvyšování atraktivnosti oborů, které v současné době nejsou pro začínající lékaře příliš populární.

Počet zaměstnanců přepočtený v HPP nemocnic zřizovaných krajem dle kategorií
k 31. 12. 2018

Kategorie zaměstnanců / nemocnice	NEHB	NEJI	NENM	NEPE	NETR
Lékaři a zubní lékaři celkem bez externistů	141,26	217,90	135,20	97,16	137,24
z toho: primáři	21,44	21,50	19,09	17,00	15,57
zástupce primáře	7,28	20,70	4,88	11,40	0,00
vedoucí lékař oddělení/staniční lékař	3,33	50,78	9,74	3,80	16,22
lékaři L3	64,41	54,14	63,97	31,54	60,66
lékaři L2	25,71	37,66	23,11	5,32	15,98
lékaři L1	19,09	33,13	14,41	28,10	28,81
Farmaceuti	7,04	10,10	6,80	5,36	5,88
Sestry, porodní asistentky (§ 5, § 5a, § 6, §21b)	474,68	641,26	423,45	286,02	440,75
z toho: vrchní sestry	13,82	17,97	8,00	14,75	15,00
staniční sestry	20,00	42,07	29,67	21,80	22,00
všeobecné sestry	366,11	498,49	342,42	214,37	361,57
dětské sestry	30,49	27,04	21,17	14,91	0,00
porodní asistentky	39,94	29,55	16,55	14,12	23,30
praktické sestry	4,32	26,14	5,64	6,07	18,88
Ostatní zdrav. pracovníci nelékaři s odb. způsobilostí (§ 7 až § 21e - kromě 21b)	75,92	88,00	69,72	46,21	61,50
z toho: radiologičtí asistenti	16,44	31,82	14,04	9,96	12,21
zdravotně-sociální pracovníci	1,00	1,63	1,00	1,50	1,42
Zdrav. pracovníci nelékaři s odb. a special. způsobilostí (§ 22 až § 28)	29,31	36,66	27,59	22,79	23,96
z toho: kliničtí psychologové	1,20	10,50	1,00	0,00	0,90
fyzioterapeuti	18,30	0,15	16,22	15,08	14,95
Zdrav. pracovníci nelékaři pod dohledem nebo př. vedením (§ 29 až § 42)	144,39	179,20	146,71	92,05	139,46
z toho: ošetřovatelé	1,70	31,44	0,00	1,00	13,48
sanitářů	142,70	147,76	128,71	79,93	124,49
Jiní odborní pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí (§ 43) a dentisté	1,46	4,36	0,00	4,00	0,00
Sociální pracovníci	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pedagogičtí pracovníci	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
THP	66,14	80,03	64,55	61,81	70,73
Dělníci a provozní pracovníci	115,97	110,91	54,36	67,19	41,35
Celkem	1056,17	1368,43	928,38	682,59	920,87



2.1 Vzdělávání

Vývoj medicíny, odborných léčebných a ošetrovatelských postupů, ale i legislativy zvyšuje požadavky na další vzdělávání, odborný rozvoj, prohlubování kvalifikací a kompetencí pracovníků ve zdravotnictví. Nedostatek a nedostatečná kvalifikace zdravotnických pracovníků může způsobit zhoršenou péči o pacienta, občasné selhání lidského faktoru. Vlivem značné pracovní vyčerpání mají zdravotničtí pracovníci zhoršené podmínky pro možnost udržet a rozvíjet odbornost, zajistit dostatečnou mentální hygienu. Z důvodu mentální vyčerpanosti a dlouhodobého stresu hrozí tzv. „syndrom vyhoření“. Syndromem vyhoření údajně trpí každý pátý zdravotník v ČR.

Kraj Vysočina se dlouhodobě podílí na řízeném vzdělávání zaměstnanců jím zřizovaných zdravotnických organizací. Cílem je vytvářet vhodné (atraktivní) podmínky k udržení kvalifikovaných lékařů a dalšího zdravotnického personálu, zajistit systém celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, nabízet možnost dalšího profesního růstu jak v odborných, tak v manažersko-komunikačních dovednostech, a to nejen u zdravotnických, ale i nezdravotnických pracovníků.

Celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků je velmi důležitým kritériem pro správný a kvalitní výkon jejich profese. Charakter jejich práce nezbytně vyžaduje seznamování se s nejnovějšími poznatky týkajícími se oboru jejich působení a také uplatňování těchto znalostí ve vlastní praxi. Zdravotnickým pracovníkům je dána povinnost účasti na celoživotním vzdělávání, a to obnovováním, zvyšováním a doplňováním vědomostí, znalostí a způsobilosti. V čase se však mění požadavky na způsob přípravy i úroveň získaných poznatků. S vědomím masivní aplikace informačních technologií do vzdělávání je nutné postupně zavést e-learning do většiny vzdělávacích aktivit realizovaných v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků.

Kraj každoročně poskytuje a bude dále svým zdravotnickým příspěvkovým organizacím poskytovat příspěvek za účelem podpory profesního a odborného růstu zdravotnického personálu nutného pro zajištění kvalitní zdravotní péče. Příspěvek je možné použít k úhradě účastnických poplatků na externě pořádané semináře, ale i na realizaci vlastních vzdělávacích aktivit. U nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina a Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina je upřednostňováno především vzdělávání zdravotníků před nezdravotníky.

Pravidelně je prováděná analýza spokojenosti a hodnocení vzdělávacích akcí spolufinancovaných krajem na základě údajů získaných z dotazníků, které vyplňují účastníci vzdělávacích akcí.

Nemocnice Jihlava pořádá od roku 2015 odborné semináře a konference v rámci vzdělávací aktivity Jihlavské medicínské akademie (JIMEA). Odpovědná pracovnice vždy rozesílá informace o konání semináře v předstihu také ostatním nemocnicím zřizovaným Krajem Vysočina. S účinností od ledna

2017 jsou používány k oslovení kolegů také informační kanály ČLK, pozvánky jsou ve spolupráci s OS ČLK Jihlava rozesílány na ostatní OS ČLK Kraje Vysočina a měly by být jimi distribuovány všem členům OS.

Veškeré informace o činnosti JIMEA v letech minulých i ediční plán na aktuální rok, jsou zveřejněny na webových stránkách Nemocnice Jihlava.

2.2 Motivace

2.2.1 Náborové příspěvky

Pro posílení stabilizace lékařského i nelékařského personálu v zařízeních zřizovaných Krajem Vysočina přijala Rada Kraje Vysočina dne 6. 6. 2017 usnesením č. 1038/20/2017/RK Pravidla Rady Kraje Vysočina pro poskytování příspěvků na úhradu nákladů spojených s vyplácením náborového příspěvku pro účely zajištění lékařů a nelékařů v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina a Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina. Tato pravidla navázala na původní usnesení rady kraje z roku 2010, které řešilo společně příspěvky na stipendia, stáže a náborové příspěvky. Smlouvy uzavřené v letech 2010 - 2017 postupně dobíhají a jsou nahrazovány novými dle výše uvedených pravidel a nových pravidel pro výplatu stipendií medikům a budoucím zdravotnickým pracovníkům.

2.2.2 Stipendia

Jednu z možností řešení nedostatku lékařů spatřuje Kraj Vysočina v zavedení motivačních stipendií. S účinností od 1. 4. 2017 byla usnesením č. 0543/11/2017/RK, dne 21. 3. 2017 na jednání Rady Kraje Vysočina schválena Pravidla pro poskytování stipendií pro zajištění lékařů v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina. Stipendium má za úkol posílit zájem studentů medicíny o poskytování zdravotních služeb v Kraji Vysočina a tím do budoucna zajistit kvalifikované zdravotní služby obyvatelstvu. Je poskytováno studentům šestiletého magisterského studijního oboru Všeobecné lékařství.

Kraj Vysočina se snaží řešit i nedostatek nelékařských zdravotnických pracovníků, a proto s účinností od 1. 1. 2018 byla Radou Kraje Vysočina, usnesením č. 2288/40/2017/RK ze dne 19. 12. 2017 schválena Pravidla pro poskytování stipendií pro účely zajištění pracovníků vykonávajících nelékařské zdravotnické povolání v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina. Motivační opatření je zaměřené na posílení zájmu studentů studujících programy akreditované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, určené k získání odborné způsobilosti nelékařského zdravotnického pracovníka.

Na základě projeveného zájmu ze strany studentů lékařských i nelékařských oborů a poskytovatelů zdravotních služeb hodlá Kraj Vysočina v těchto dotačních programech pokračovat i nadále.

2.2.3 Podpora školitelů v rámci rezidenčního vzdělávání

Další oblastí, na kterou je potřeba se zaměřit, je motivační systém pro školitele v nemocnicích, kteří v rámci akreditovaných pracovišť školí mladé lékaře. Tento systém by měl být jednotný ve všech nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina. Zde je třeba počítat s odbornou výchovou jak kmenových zaměstnanců nemocnic, tak externistů i ambulantních specialistů. Z pohledu výše zmíněného syndromu vyhoření, je právě jedním ze závažných faktorů frustrace z investice do výchovy lékaře, který nakonec nezůstává v týmu, ale odchází mimo nemocnici do soukromé praxe.

2.2.4 Další druhy zaměstnaneckých benefitů

Kraj Vysočina podporuje zavádění účinných benefitních systémů ve zřizovaných zdravotnických příspěvkových organizacích.

Jedná se o různé finanční nebo nefinanční služby, které organizace poskytují svým zaměstnancům, aby lidské zdroje stabilizovaly, zvýšily jejich loajalitu, kvalitu a kvantitu výkonů.

Systém benefitů by měl odpovídat konkrétním potřebám jednotlivých organizací a měl by také zvýšit atraktivitu zaměstnání (konkurenceschopnost organizace na trhu práce), zvýšit ochotu zaměstnanců zůstat v dané organizaci a dlouhodobě tam budovat svoji profesní kariéru. Jako důležitý faktor získávání často už vysoce kvalifikovaných zdravotnických profesionálů, je možno vnímat i možnost nabídnout příležitost k odborné realizaci a růstu zdravotníkům z personálně dobře saturovaných oblastí, zejména velkých měst jako Praha či Brno atd. Pro tento cíl je třeba umožnit těmto zaměstnancům krátkodobé bydlení.

3 Zdravotní péče

Zdravotní péče představuje péči o zdraví zahrnující veškerou činnost, která:

- posiluje zdraví,
- zabraňuje onemocnění,
- léčí již vzniklá onemocnění,
- snižuje následky nemoci.

Zdravotní péče může podle údajů Světové zdravotnické organizace ovlivnit zdraví obyvatel z 20 %. Z 80 % působí na zdravotní stav populace jiné vlivy, jako jsou životní styl, životní prostředí a škodlivé návyky.

Kraj Vysočina dlouhodobě usiluje o dosažení strukturálně a rovnoměrně rozložené, dostupné, kvalitní a efektivní přednemocniční, lůžkové a ambulantní zdravotní péče v kraji.

Neustále se zvyšují nároky pacientů na kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče, a to s sebou přináší požadavky na implementaci systémů zvyšování a standardizace jakosti u poskytovatelů zdravotních služeb realizovaných pomocí jasně definovaných a měřitelných pravidel. Poskytování zdravotní péče je zatíženo celosvětově výskytem chyb. Zdravotník je denně konfrontován se skutečností nutnosti rychlých rozhodnutí vždy s dopadem plné právní odpovědnosti. Zvyšování kvality ve zdravotnictví je proces, který má omezit nepříznivé dopady při poskytování zdravotní péče. To jsou například nevysvětlitelné různorodosti v poskytování zdravotní péče, opožděné, pomalé, nebo neadekvátní zavádění efektivních léčebných a diagnostických postupů, unáhlené či nezodpovědné zavádění neověřených léčebných a diagnostických postupů. Včasná a správná diagnostika vede k racionální léčbě a ke snižování nákladů.

Síť tvoří poskytovatelé zdravotních služeb, kteří poskytují ambulantní či lůžkovou péči. Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče. Ambulantní péči dělíme na primární, specializovanou a stacionární péči.

Zde je nutno zdůraznit, že zásadní vliv na zajištění zdravotní péče má zdravotní pojišťovna (dále také „ZP“), která je povinna zajistit poskytování hrazených služeb svým pojištěncům, včetně jejich místní a časové dostupnosti. Tuto povinnost plní prostřednictvím smluvních poskytovatelů, kteří tvoří síť smluvních poskytovatelů zdravotní pojišťovny. Kraj nemá žádné kompetence či pravomoci, aby se mohl na tvorbě této sítě podílet. Jedinou možností kraje jak ovlivnit síť, je v rámci výběrového řízení na uzavírání smluvních vztahů mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb v ambulantní péči podle § 48 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Zde má zástupce krajského

úřadu jako člen komise výběrového řízení hlasovací právo. Výsledek výběrového řízení však nezakládá povinnost zdravotní pojišťovně uzavřít smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb .

3.1 Primární péče

Účelem primární ambulantní péče je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli.

Primární zdravotní péči lze jednoduše definovat jako všeobecně přístupnou péči, místo prvotního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem a patří sem následující zdravotnické odbornosti:

- všeobecné praktické lékařství,
- pediatrie,
- zubní lékařství,
- gynekologie a porodnictví.

Místní dostupnost pro poskytovatele ambulantní péče v oblasti primární péče je dle nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb, stanovena na 35 minut.

V současné době je u všech obcí v kraji místní dostupnost této péče zajištěna.

Velkým rizikem a problémem v oblasti primární péče je nedostatek zájemců o práci všeobecných praktických lékařů, a to zejména mimo velká města, a vysoký věkový průměr všeobecných praktických lékařů.

Největší problémy lze očekávat již v horizontu cca 5 - 15 let, kdy početně silné generace lékařů (kterým je nyní cca 55 - 64 let) začnou opouštět zdravotnický systém.

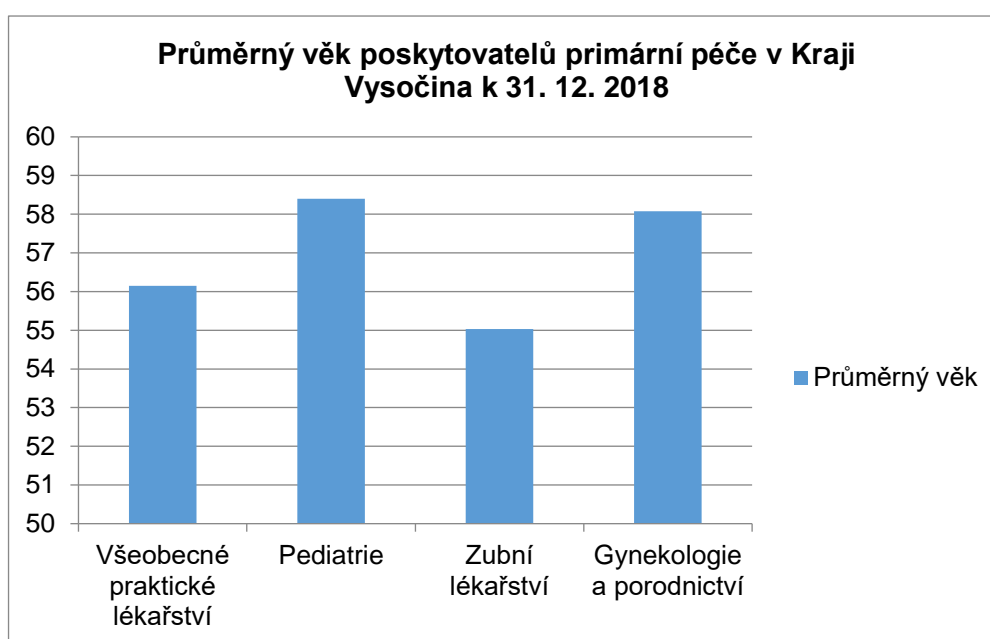
Současná věková skladba poskytovatelů primární péče ukazuje na problém velkého počtu lékařů ve věkové skupině nad 55 let napříč obory primární péče.

Úbytek poskytovatelů primární péče v jednotlivých oborech v porovnání let 2015 a 2017 lze vyjádřit procentuálně takto:

- všeobecné praktické lékařství - 14% úbytek lékařů oproti roku 2015,
- pediatrie - 27 %,
- zubní lékařství - 6,5 %,
- gynekologie a porodnictví - 8,75 %.

Přehled počtu a průměrného věku poskytovatelů primární péče v Kraji Vysočina k 31. 12. 2018

Obor/Okres	HB	JI	PE	TR	ZR
	počet/věk	počet/věk	počet/věk	počet/věk	počet/věk
Všeobecné praktické lékařství	52/56,09	56/56	38/54,8	55/56,8	54/57,07
Pediatricie	15/56,9	19/59,9	15/56,6	24/61,4	26/57,2
Zubní lékařství	52/52,05	63/53,6	32/57,2	56/56,1	61/56,2
Gynekologie a porodnictví	10/59,8	13/59	10/58,1	17/56,9	16/56,6



Kraj tento problém vnímá a bez dalších koncepčních kroků nebude tato péče v nadcházejících letech, zejména v menších městech a periferních oblastech regionu zajištěna. Je ovšem nutné zmínit, že tato situace by měla být řešena především na celostátní úrovni, neboť kraj v této problematice disponuje pouze omezenými nástroji ke zlepšení stavu.

Z tohoto důvodu Kraj Vysočina navrhuje v rámci svých kompetencí určitá opatření jako např.:

- poskytování finanční podpory na specializační vzdělávání všeobecných praktických lékařů a pediatrů,
- pomoc při administraci žádostí o státní dotace určené na získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře,

- zprostředkování spolupráce zástupců primární péče se zástupci lékařských fakult pro možnost aktivního oslovování potenciálních zájemců o obor a příslušné propagace primární péče,
- zajištění kontaktů v krajských nemocnicích pro lékaře v atestační přípravě na praktického lékaře a umožnění absolvování stáží v nemocnici, do které bude mít spád jeho budoucí působitě. Osobní kontakty ve „spádové nemocnici“ jsou pro obě strany nenahraditelné a mnohdy mohou velmi zefektivnit celý proces poskytování zdravotní péče,
- posílení úlohy nemocnic, které se po dobu výpadku lékařů primární péče stanou hlavním nárazníkem pro pacienty.

3.1.1 Podpora specializačního vzdělávání všeobecných praktických lékařů a pediatriů

V oblasti primární ambulantní péče v Kraji Vysočina dochází k situaci, že hlavně lékaři v oboru všeobecné praktické lékařství a pediatrie dosahují důchodového věku. Z tohoto důvodu hrozí vážné nebezpečí, že za končící lékaře nebude možné zajistit náhradu. Jednou z možností, jak udržet a zajistit poskytování zdravotních služeb v Kraji Vysočina, je zavedení motivačního opatření zaměřeného na specializační vzdělávání v těchto oborech. Jedná se o formu podpory, která má pomoci částečně uhradit náklady rezidenta a školitele spojené se specializačním vzděláváním v akreditovaném zařízení. Závazný postup je stanoven v Zásadách Zastupitelstva Kraje Vysočina na podporu specializačního vzdělávání všeobecných praktických lékařů a pediatriů ze dne 6. 11. 2018 č. 10/18, schválených usnesením č. 0667/07/2018/ZK, která jsou v souladu s Programem rozvoje Kraje Vysočina. Podpora je poskytována na základě uzavřené trojstranné Smlouvy o poskytnutí podpory mezi Krajem Vysočina jako poskytovatelem podpory, žadatelem (rezidentem) a akreditovaným zařízením (školitelem).

3.1.2 Preventivní péče

Preventivní péče je péče zaměřená na předcházení vzniku poruchy zdraví nebo změnu důsledků jejího působení časným zásahem. Rozděluje se na primární, spočívající ve snaze o uchování zdraví, a na sekundární, při níž jde o včasné diagnostikování rizikových znaků a asymptomatických stadií nemocí. Primární prevenci rozdělujeme na nespecifické činnosti sanogenní, které jsou zaměřeny na ochranu, podporu a rozvoj zdraví, a na specifické činnosti protektivní, jejichž cílem je předcházet vzniku konkrétní nemoci např. očkováním, poradenstvím, protiúrazovou ochranou.

Kraj Vysočina v rámci preventivní péče realizuje projekty „První pomoc do škol“ a „Prevence dětských úrazů“ ve školách Kraje Vysočina. Tyto projekty jsou realizovány v souladu s Programem rozvoje Kraje Vysočina a Programem zdraví 21 pro Kraj Vysočina již od roku 2004.

3.1.2.1 Projekt „První pomoc do škol“

Cílem je poskytnout mladým lidem v Kraji Vysočina (v kategorii čtrnáctiletých a sedmnáctiletých) kvalitní, praktickou výuku laické zdravotnické první pomoci. Obsah kurzu byl vytvořený ve spolupráci s lékaři, profesionálními záchranáři Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina, pracovníky Českého červeného kříže a pedagogy středních a vyšších zdravotnických škol. Hlavním mottem této akce je myšlenka, že se znalost zdravotnické první pomoci musí stát standardní a přirozenou součástí vzdělání všech mladých lidí. Za čtrnáct ročníků bylo v první pomoci proškoleny více než 112 tisíc žáků a studentů (další desetitisíce mladších žáků pak v níže uvedeném projektu prevence dětských úrazů). Projekt „První pomoc do škol“ je v České republice jediný, který systematicky a v takto velkém rozsahu vyučuje mladé lidi laické první pomoci. Výuku absolvuje každým rokem více než 95 % čtrnáctiletých a přes 85 % sedmnáctiletých.

3.1.2.2 Projekt „Prevence dětských úrazů“

Projekt je určený pro první stupeň základních škol a realizuje se každoročně již od roku 2010. Cílem je snížit množství a závažnost úrazů u dětí a proškolit pedagogy a zaměstnance v poskytování první pomoci. Projekt se realizuje cyklem besed, her a nácviků ve třídě, na dopravním hřišti a dalšími doprovodnými aktivitami. Účastní se ho více jak polovina základních škol Kraje Vysočina a počet přihlášených každým rokem stoupá.

Kraj Vysočina bude i nadále podporovat tyto projekty s cílem zvýšení přirozeného vzdělání všech mladých lidí.

3.2 Specializovaná ambulantní péče

**Počet a průměrný věk poskytovatelů specializované ambulantní péče v Kraji Vysočina
 (vybrané obory specializované péče) k 31. 12. 2018**

Obor/Okres	HB	JI	PE	TR	ZR
	počet/věk	počet/věk	počet/věk	počet/věk	počet/věk
Endokrinologie a diabetologie	3/52,6	9/53,4	4/52	8/56,7	5/52,2
Geriatric	2/58	1	2/51,5	0	0
Chirurgie	7/59,7	8/62,3	9/59,7	7/58,1	6/57,6
Kardiologie	1/71	4/58,2	1/50	3/57,3	4/57
Klinická onkologie	0	0	0	1/40	2/65
Neurologie	7/58,4	7/61,5	6/59,3	6/52,5	10/52,8
Oftalmologie	5/55,8	8/58,5	4/48	4/61,5	9/55,7
Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí	9/55,5	4/60	3/60,6	4/62,7	8/53,3
Otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku	4/63,5	5/60	3/66	5/51,8	5/57,2
Paliativní medicína	1	2	3/50,5	2/53	3/54,5
Pneumologie a ftizeologie	2/52,5	3/64	3/54,3	4/65,5	1
Psychiatrie	8/56,2	10/55,3	5/57	6/55,3	6/49,1
Revmatologie	0	4/56	2	2/60	4/57,3
Urologie	2/52,5	5/48	2/58	3/49,6	4/60,7
Vnitřní lékařství	10/61,3	16/57,06	11/45,2	17/59,5	15/58,6
Dětská a dorostová psychiatrie	2/62	3/57,6	2/51	1/64	2/56
Všeobecná sestra	5/45,2	7/48,8	5/48	4/55,7	9/50,5
Následná lůžková péče	0	0	1/57	0	2
LDN	2	1	2	2	0

3.3 Lůžková péče

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi léčbu v zařízení poskytovatele lůžkové péče nebo mu přijetí sám sjedná. Ve zdravotnických zařízeních je poskytována lůžková péče akutní standardní, akutní intenzivní, následná a dlouhodobá. Zákon o zdravotních službách definuje lůžkovou péči jako zdravotní péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

Lůžková péče je poskytována jako:

- akutní lůžková péče standardní: poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně, za účelem včasné léčebné rehabilitace,
- akutní lůžková péče intenzivní: poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
- následná lůžková péče: poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; dále pacientovi, který je částečně nebo úplně závislý na podpoře základních životních funkcí,
- dlouhodobá lůžková péče: poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; dále též pacientovi s poruchou základních životních funkcí.

V Kraji Vysočina zajišťuje lůžkovou zdravotní péči celkem 6 nemocnic s akutní lůžkovou péčí (z tohoto počtu je 5 nemocnic zřízovaných Krajem Vysočina). Nemocnice poskytují lůžkovou péči v základních zdravotních oborech a většině ostatních oborů. Tím je zajištěna velmi dobrá dostupnost vysoce odborné péče v celém kraji.

Rozšiřovat by se do budoucna měla především následná a rehabilitační péče ve všech nemocnicích. Měla by vzniknout také ucelená síť komplexní paliativní péče v kraji.

Kraj Vysočina zřizuje 5 nemocnic:

- Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace,

Kraj Vysočina dlouhodobě finančně podporuje hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, které provádí Spojená akreditační komise, o.p.s. pro nemocnice zřizované Krajem Vysočina. Akreditace probíhá formou externího hodnocení kvality ve zdravotnictví, jejímž principem je posuzování shody procesů probíhajících ve zdravotnickém zařízení s platnými akreditačními standardy s cílem zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Akreditace se uděluje na dobu tří let.

3.3.2.1 Soutěž „Bezpečná nemocnice“

V rámci zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví pořádá Kraj Vysočina každoročně celostátní soutěž „Bezpečná nemocnice“.

Je určena pro poskytovatele zdravotních služeb akutní, následné i dlouhodobé péče se sídlem na území naší republiky. Jednotlivá zdravotnická zařízení zpracovávají a předkládají projekty i projektové záměry zabývající se bezpečností pacientů i zdravotnických pracovníků a kvalitou poskytovaných služeb.

Projekty jsou hodnoceny odbornou komisí složenou ze zástupců partnerů soutěže, zástupců Kraje Vysočina a zástupců vybraných poskytovatelů zdravotních služeb. Pět nejúspěšnějších projektů je ohodnoceno finanční odměnou, kterou pravidelně poskytuje partner soutěže, společnost Johnson & Johnson, s.r.o. Finanční ocenění je určeno na další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Přednášky a sdílení dobré praxe na doprovodné konferenci „Dny bezpečí“ pak nabízí jejím účastníkům množství zajímavých poznatků a doporučení.

3.3.3 Společné vyjednávání o úhradách zdravotní péče

Kraj chce do budoucna řešit otázku spravedlnosti v úhradách za poskytování zdravotní péče a efektivního přerozdělování veřejných zdrojů. Není přípustné, aby některé regiony získávaly méně prostředků za poskytnutou péči, než je tomu u jiných regionů.

Aby bylo dosaženo silnější obchodní pozice nemocnic v našem kraji, a tím výhodnějších (spravedlivějších) podmínek v oblasti financování, je nutné zajistit společné vyjednávání se zdravotními pojišťovnami.

Počty lůžek v nemocnicích zřizovaných krajem dle jednotlivých oddělení a odborností

Oddělení se členěním na pododdělení s odbornostmi	Nemocnice zřizované KV a počty lůžek k 30. 6. 2018				
	NEHB	NEJI	NENM	NEPE	NETR
Oddělení interního lékařství	110	68	96	84	72
Standardní odd. interního lékařství	97	59	88	78	60

Oddělení se členěním na pododdělení s odbornostmi	Nemocnice zřizované KV a počty lůžek k 30. 6. 2018				
	NEHB	NEJI	NENM	NEPE	NETR
SO - interní oddělení *1H1	97	59	88	78	60
Intenzivní péče odd. interního lékařství	13	9	8	6	12
JIP - interní oddělení *1I1	13	9	8	6	12
Oddělení kardiologie		52			
Standardní odd. kardiologie		44			
SO - kardiologické oddělení *1H7		44			
Intenzivní péče kardiologie		8			
JIP - kardiologické oddělení *1I7		8			
Oddělení infekční	24	44	0		20
Standardní odd. infekční	24	40	0		20
SO - infekční *2H3	24	40	0		20
Intenzivní péče infekční		4			
JIP - infekční *2I3		4			
Oddělení TRN	24	20			24
Standardní odd. TRN	24	20			24
SO - TRN *2H5	24	20			24
Oddělení neurologie	24	51	33	20	20
Standardní odd. neurologie	24	43	30	20	20
SO - neurologie *2H9	24	43	30	20	20
Intenzivní péče neurologie		8	3		0
JIP - neurologie *2I9		8	3		0
Oddělení dětské a novorozenecké	70	59	43	39	52
Standardní odd. dětské a novorozenecké	57	50	43	36	43
SO - dětské *3H1	37	35	28	26	23
SO - neonatologické *3H4	20	15	15	10	20
Intenzivní péče odd. dětské a novorozenecké	13	9		3	9
JIP - dětské *3I1	5	4		3	5
JIP - neonatologické *3I4	8	5			4
Oddělení gynekologie a porodnictví	53	50	39	28	50
Standardní odd. gynekologie a porodnictví	53	50	39	28	50
SO - gynekologické *6H3	31	50	20	14	21
SO - porodnické *6H3	22		19	14	29
Oddělení chirurgie	80	112	77	63	70
Standardní odd. chirurgie	70	93	66	54	60
SO - chirurgie *5H1	70	68	66	54	60
SO - traumatologie *5H1		25			

Oddělení se členěním na pododdělení s odbornostmi	Nemocnice zřizované KV a počty lůžek k 30. 6. 2018				
	NEHB	NEJI	NENM	NEPE	NETR
Intenzivní péče chirurgie	10	19	11	9	10
JIP - chirurgie *5I1	10	12	11	9	10
JIP - traumatologie *5I1		7			
Oddělení ARO	6	6	6	5	5
Intenzivní péče ARO	6	6	6	5	5
JIP - anesteziologicko-resuscitační *7I8	6	6	6	5	5
Oddělení ortopedie	34	24	24	24	30
Standardní lůžka odd. ortopedie	34	24	24	24	30
SO - ortopedie *6H6	34	24	24	24	30
Intenzivní péče odd. ortopedie					0
JIP - ortopedie *6I6					0
Oddělení urologie	20	20	21	16	20
Standardní lůžka odd. urologie	20	20	21	16	20
SO - urologie *7H6	20	20	21	16	20
Oddělení otorinolaryngologie	10	20	0		5
Standardní lůžka odd. otorinolaryngologie	10	20	0		5
SO - otorinolaryngologie *7H1	10	20	0		5
Oddělení oftalmologie	9	10	5		8
Standardní lůžka odd. oftalmologie	9	10	5		8
SO - oftalmologie *7H5	9	10	5		8
Oddělení dermatovenerologie		20	15		20
Standardní lůžka odd. dermatovenerologie		20	15		20
SO - dermatovenerologie *4H4		20	15		20
Oddělení onkologie	0	46			
Standardní lůžka onkologie	0	46			
SO - onkologie *4H3	0	46			
Intenzivní péče onkologie		0			
JIP - onkologie *4I3		0			
Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny	25	20	20	15	26
Standardní lůžka odd. rehabilitační	25	20	20	15	26
SO - rehabilitace *2H1	25	20	20	15	26
Oddělení či léčebna dlouhodobě nemocných	44	85	70	46	114
Standardní lůžka LDN	44	85	70	46	104
SO - LDN 1 *9U7	44	75	70	46	52
SO - LDN 2 *9U7					52
SO - paliativní péče *9U9		10			

Oddělení se členěním na pododdělení s odbornostmi	Nemocnice zřizované KV a počty lůžek k 30. 6. 2018				
	NEHB	NEJI	NENM	NEPE	NETR
SO - sociální lůžka					0
Intenzivní péče LDN					10
JIP - LDN *7U8					10
Celkem	533	706	449	340	534

3.3.4 Rozvoj jednodenní péče

Jednodenní péče je nástrojem k zefektivnění péče, snížení průměrné doby hospitalizací a optimalizace lůžkového fondu.

Vlivem trendu zkracování délky hospitalizace a možného přechodu jednodenní péče v oboru chirurgie, otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, lze očekávat tlak na změnu v organizaci péče.

Nemocnice jsou na tento trend připraveny a v současnosti čekají na zohlednění úhrady těchto výkonů v rámci jednodenní péče ze strany zdravotních pojišťoven.

V souladu s trendem k obecně zkracující se délce hospitalizace a zavádění péče v režimu jednodenní péče v oboru chirurgie připravila Česká chirurgická společnost výběr 31 výkonů vhodných právě pro jednodenní péči. Jedná se mj. o výkony:

- biopsie thyroidey,
- excize tumoru mammy,
- hemoroidektomie,
- operace kýly,
- apendektomie laparoskopicky,
- cholecystektomie vč. laparoskopické,
- hernioplastika laparoskopicky,
- operace varixů,
- operace Dupuytrenovy kontraktury,
- operace karpálního tunelu.

V oblasti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku se jedná o minimálně invazivní výkony zpravidla kratší než 2 hodiny. Z ORL zákroků v režimu jednodenní péče lze provádět dle dostupné evidence (Tofgaard, 2007) např.:

- tonzilektomii,

- myringotomii se zavedením ventilační trubičky,
- rinoplastiku.

3.3.5 Společný lůžkový fond

Společný lůžkový fond (dále také „SLF“) znamená spojení oborů (odborností) lůžkové péče pod jedním primariátem a vede k zavedení optimalizace počtu lůžek s efektivním využitím lůžkových kapacit a personálu, se zachováním dostupnosti a kvality zdravotní péče pro všechny občany. Společný lůžkový fond může vést k výrazným ekonomickým úsporám a zjednodušení logistiky nemocnice. Kraj dlouhodobě podporuje rozvoje SLF v jednotlivých krajských nemocnicích. Problém SLF je jeho nejasné ukotvení v právních předpisech. Dále pak požadavky odborných společností, které pro udělení akreditace pro vzdělávání explicitně vyžadují samostatná lůžka.

Společný lůžkový fond v nemocnicích kraje k 31. 12. 2018

Nemocnice zřizované KV	Název SLF	Oddělení
NEHB	Společný lůžkový fond	chirurgie, oční, urologie
NEJI	-----	-----
NENM	Společný lůžkový fond interní	interna, kožní
	Společný lůžkový fond chirurgický	chirurgie, oční
NEPE	Společný lůžkový fond chirurgický	urologie, chirurgie, ORL
NETR	Společný lůžkový fond interní	interna, neurologie, TRN
	Společný lůžkový fond chirurgických oborů	chirurgie, gynekologie, urologie, otorhinolaryngologie

3.3.6 Následná lůžková péče

S přihlédnutím k demografickému vývoji obyvatelstva je patrné, že potřeba následné lůžkové péče poskytované na odděleních dlouhodobě nemocných bude narůstat. V případech, že nebude dostatečně zajištěna péče osobám odkázaným na dlouhodobou péči, bude nutné zvažovat rozšíření struktury péče v Kraji Vysočina. Nemocnice v současné době neplánují rozšíření kapacity.

Nemocnice kromě zdravotních služeb poskytují i péči sociální, a to formou sociálních lůžek. V této problematice úzce spolupracují s Odborem sociálních věcí Kraje Vysočina. Nemocnice provedly rozbor možností rozšíření stávajících kapacit, ale s ohledem na současný způsob úhrady sociálních lůžek, neuvažují o rozšíření kapacit, které by provozovaly. Z důvodu provázanosti zdravotní péče a sociálních služeb nemocnice v případě uvolnění prostorových kapacit nabízí odboru možnost jejich využití. Nemocnice v této souvislosti mohou nabídnout doplňkové služby - zabezpečení stravování, případně praní prádla.

Rozvoj návazné sociální péče v areálech nemocnic je jedním ze způsobů lepšího využití majetku a zároveň napomůže zlepšení návazností mezi následnou zdravotní péčí a sociální péčí. Cílem je volné kapacity využít pro sociální služby a posílením spolupráce s poskytovateli sociálních služeb minimalizovat prostor pro sociální hospitalizace. Zájmem Kraje Vysočina je trvale napomáhat a vytvářet podmínky pro efektivnější spolupráci zdravotních a sociálních služeb a tím také vytvářet systém komplexní zdravotně sociální péče pro občany Kraje Vysočina.

Počty sociálních lůžek v nemocnicích zřizovaných krajem k 31. 12. 2018

Nemocnice zřizované KV	Počet sociálních lůžek
NEHB	-
NEJI	5
NENM	5
NEPE	2
NETR	20
Celkem	35

3.3.6.1 Následná lůžková intenzivní péče

Stručně lze následnou intenzivní péči (dále také „NIP“) charakterizovat jako péči o hospitalizované pacienty dlouhodobě závislé na umělé plicní ventilaci. Tito pacienti jsou na jednotku NIP překládáni z pracovišť ARO a oborových JIP, pokud jsou již jinak ve stabilizovaném stavu a jejich hlavním problémem je neúspěšné odvykání od ventilátoru (weaning).

Problematika následné intenzivní péče a její řešení je jednou z priorit Kraje Vysočina. V současné době je zřízeno 8 lůžek NIP v NENM, která tento typ péče zajišťuje pro Kraj Vysočina. Další lůžka NIP (18 lůžek) jsou v soukromém zdravotnickém zařízení Nemocnice sv. Zdislavy v Mostišti.

Domácí umělá plicní ventilace (dále také „DUPV“) je určena pacientům s přetrvávající potřebou umělé plicní ventilace, u nichž není z jiných důvodů hospitalizace nezbytná a v jejichž prostředí existují

podmínky pro poskytování domácí péče. NENM dosud „vypravila“ do programu DUPV 5 pacientů. Do pilotního programu VZP odeslali 2 pacienty, o které se stará poskytovatel Nemocnice Jindřichův Hradec. Nemocnice uvažuje o domácí péči pro ventilované pacienty na základě výběrového řízení a nasmlouvání kódu ošetrovatelská péče v domácím prostředí a zároveň se bude ucházet o zařazení do sítě poskytovatelů DUPV (výběrové řízení na MZ ČR v roce 2019).

Další případná lůžka NIP je možné zřídit v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina, pokud dojde k nasmlouvání této péče ze strany zdravotních pojišťoven a s ohledem na lůžka s dlouhodobou intenzivní ošetrovatelskou péčí.

V rámci dlouhodobé lůžkové péče je v NETR zřízeno 10 lůžek dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (dále jen „DIOP“). Kraj Vysočina usiluje o zřízení a nasmlouvání dalších kapacit lůžek DIOP zejména v NENM, kde jsou již lůžka NIP.

Na základě výběrového řízení a kladného stanoviska komise MZ ČR a v návaznosti na jednotku NIP (8 lůžek) otevře NENM v roce 2019 pracoviště DIOP (8 lůžek).

Další případná lůžka DIOP je možné zřídit v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina, pokud dojde k nasmlouvání této péče ze strany zdravotních pojišťoven a s ohledem na lůžka NIP.

3.4 Přednemocniční neodkladná péče

Přednemocniční neodkladnou péči zajišťuje v Kraji Vysočina jediná příspěvková organizace zřizovaná Krajem Vysočina - Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina. ZZS KV také obstarává odborné i laické veřejnosti školení v první pomoci a základech resuscitace.

Přednemocniční neodkladná péče je zajišťována prostřednictvím 30 profesionálních výjezdových skupin rozmístěných na 21 výjezdových základnách v Kraji Vysočina (stav k 1. 1. 2019). Výjezdové skupiny ZZS KV jsou rozděleny do 4 typů s ohledem na použitý dopravní prostředek a skladbu posádky. Jedná se o výjezdovou skupinu rychlé zdravotnické pomoci (dále jen „RZP“), kde je přítomný záchranář a řidič - záchranář, druhým typem je výjezdová skupina rychlé lékařské pomoci (dále jen „RLP“), kde je složení posádky stejné jako u RZP s tím rozdílem, že je navíc přítomen lékař. Třetí typ - výjezdová skupina „rendez-vous“ (dále jen „RV“), kde je přítomen řidič - záchranář a lékař převážně spolupracuje v setkávacím systému s výjezdovými skupinami RZP, pokud je u pacienta indikována potřeba lékaře. Posledním typem je vzletová skupina zdravotnické záchranné služby (dále jen „LZS“), v jejímž složení je pilot, záchranář a lékař. LZS je v rámci ČR uspořádána tak, aby pokryla celé území republiky.

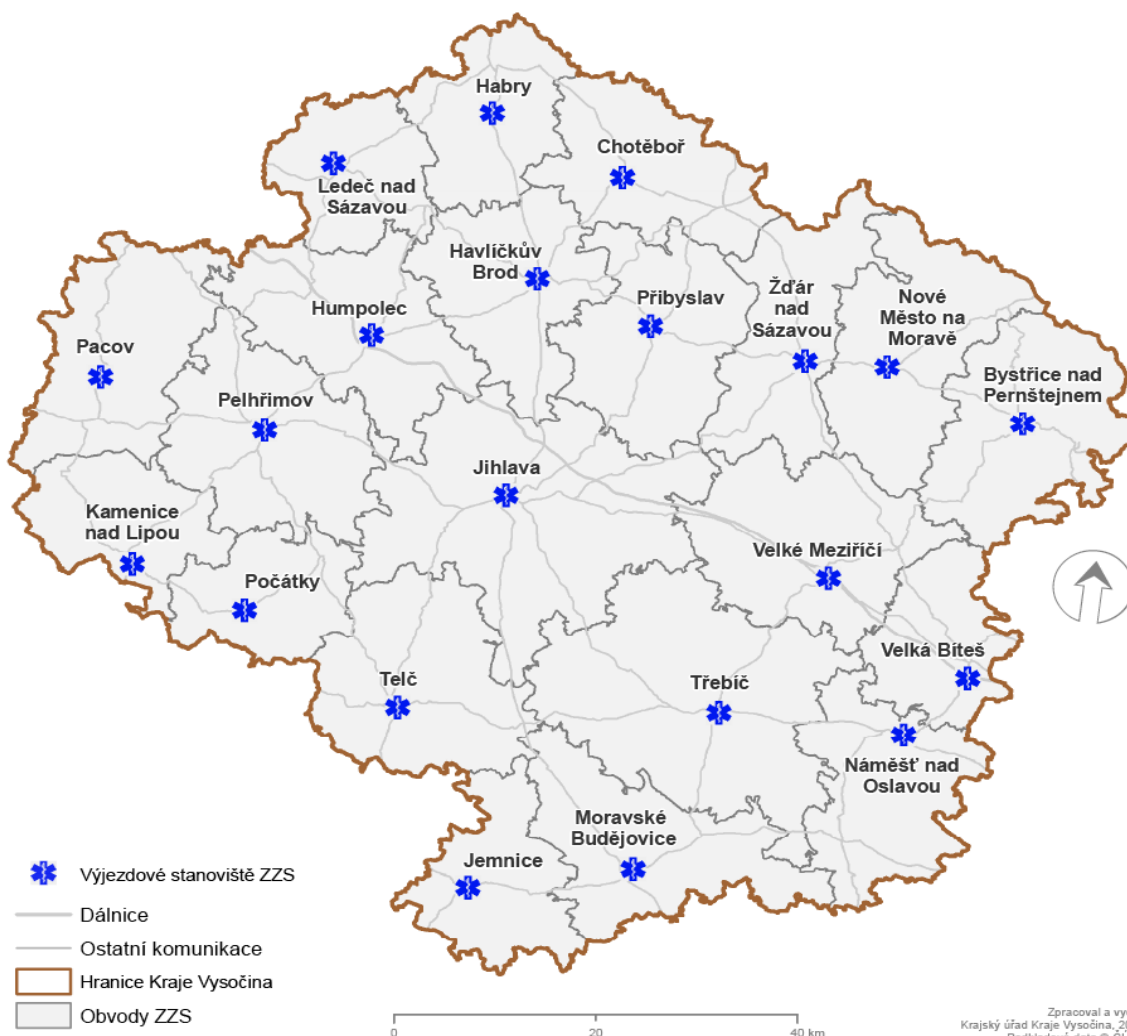
Na vyžádání zdravotnického operačního střediska je možné letět do všech sousedních krajů. Činnost všech výjezdových skupin je koordinována Zdravotnickým operačním střediskem ZZS KV.

V průběhu let 2010 až 2014 bylo postaveno a otevřeno 5 nových výjezdových základen - Kamenice nad Lipou, Přebyslav, Habry, Jemnice a Velká Bíteš, a tím Kraj Vysočina ukončil rozšiřování sítě ZZS KV.

Síť základen je dostačující a nebude se dále rozšiřovat, bude se pouze modernizovat a obnovovat.

V současné době kraj realizuje projekt „Výstavba výjezdové základny Ledec nad Sázavou“. Důvodem investičního záměru je zlepšení podmínek a zvýšení akceschopnosti výjezdové skupiny na nové výjezdové základně v Ledci nad Sázavou.

Výjezdové základny a oblasti ZZS KV



Zásadní pro zachování funkčnosti systému zdravotnické záchranné služby je dostupnost oborů anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, neurologie, dětské lékařství, gynekologie a porodnictví ve všech nemocnicích zřízených Krajem Vysočina.

Restrukturalizace a reorganizace specializovaných oborů v Kraji Vysočina typu pneumologie a ftizeologie, infekční, ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí, urologie, nebude mít zásadní dopad na činnost ZZS KV za předpokladu, že urgentní příjmy krajských nemocnic budou schopny takovéto pacienty od výjezdových skupin převzít, zajistit a ošetřit v rámci sdruženého lůžkového fondu.

Pacienty s nutností hospitalizace na odděleních oftalmologie nebo ORL již nyní primárně směřují do zařízení, kde jsou tyto specializace dostupné 24 hodin denně.

Směrování pacientů je primárně (z téměř 97 %) k poskytovatelům zdravotních služeb v kraji. Důvodem směrování mimo kraj je především specializovaná tzv. centrová péče (traumacentrum, popáleninové centrum, kardiochirurgie, neurochirurgie).

Nejbližší nemocnice v jiném kraji jsou ve Znojmě, Ivančicích, Brně, Čáslavi a Jindřichově Hradci.

Výjezdové základny a typy výjezdových skupin k 1. 1. 2019

Oblast	Výjezdové stanoviště		Posádky			
			RLP	RZP	RV	LZS
Havlíčkův Brod	Havlíčkův Brod		1		1	
	Ledeč nad Sázavou			1		
	Chotěboř			1		
	Příbryslav			1		
	Habry			1		
Jihlava	Jihlava	den		3	1	1
		noc		2	2	
	Telč	den	1			
		noc		1		
Pelhřimov	Pelhřimov			1	1	
	Pacov			1		
	Počátky			1		
	Kamenice nad Lipou			1		
	Humpolec		1			
Třebíč	Třebíč	den		2		
		noc		1	1	
	Jemnice			1		
	Moravské Budějovice		1			
	Náměšť nad Oslavou	den	1			

		noc	1		
	Velká Bíteš		1		
Nové Město na Moravě	Nové Město na Moravě		1	1	
	Bystřice nad Pernštejnem		1		
	Velké Meziříčí		1		
	Ždár nad Sázavou		1		
Celkem			5(3)	19(19)	5(6)
					1

3.5 Spolupráce v oblasti specializované péče

Vznik a provoz specializovaných pracovišť je trend moderní medicíny, který bude nadále pokračovat. Záměrem kraje je vytvořit síť krajských specializovaných center a pracovišť pokrývajících základní potřeby regionu, která vychází z podmínek jednotlivých nemocnic a zamezit tak migraci pacientů mimo náš region za touto péčí.

3.5.1 Centra specializované péče stanovená věstníkem MZ ČR

Centrum je vyhlášováno Věstníkem MZ ČR, musí splňovat podmínky stanovené věstníkem a podléhá periodické akreditaci.

3.5.1.1 Komplexní onkologické centrum a kooperující onkologická skupina (Věstník MZ 4/2015, Věstník MZ 13/2017)

Držitelem Komplexního onkologického centra (dále jen „KOC“) je Nemocnice Jihlava. KOC Jihlava poskytuje superspecializovanou péči v oboru radiační onkologie a klinická onkologie především pro pacienty z Kraje Vysočina. Radiační terapie je poskytována elektronovými zářiči firmy Varian. v provedení Clinac s OBI jednotkou a dále v provedení True Beam. Dále pak brachyterapeutickou jednotkou firmy Varian. V souvislosti s radiační částí je třeba počítat s postupnou amortizací technologií a jejich obnovou. Přístroj Varian Clinac je v provozu již 8 let, tedy dobu, kdy začíná očekávaná doba ukončení podpory technologie. Část klinické onkologie je pak reprezentována především v podání tzv. biologické terapie, ať už ve formě specifických protilátek, či nádorové imunoterapie.

V rámci KOC působí kooperující onkologická skupina (dále jen „KOS“). V rámci materiálu vydaného Českou onkologickou společností (ČOS) a publikovaného ve Věstníku MZ 13/2017, je použit název Regionální onkologická skupina (ROS). Vzhledem k tomu, že KOS Kraje Vysočina vznikla před vydáním uvedeného materiálu, jehož obsah však beze zbytku naplňuje, ponecháváme s původně námi zavedeným názvem KOS.

Smyslem činnosti KOS je vytvořit síť zdravotnických zařízení, starajících se o nemocné s nádorovými onemocněními. Tato zařízení se rozhodla přijmout společná pravidla a postupy léčby onkologicky nemocných, která sdílejí, vyhodnocují a upravují dle nejnovějších vědeckých poznatků. Podléhají jednotnému odbornému vedení zastoupenému odbornými pracovními skupinami. Ty sledují a vyhodnocují postupy a porovnávají výsledky léčby, sdílejí odborné i technické prostředky, zkušenosti. Cílem spolupráce je zajistit nejlepší možnou péči v těchto nelehkých případech pro občany Kraje Vysočina. Nedílnou součástí tohoto postupu je víceoborová spolupráce při stanovení vyšetřovacího a léčebného postupu v tzv. víceoborových indikačních komisích. V dnešní době je již nemyslitelné, aby o osudu nemocného s nádorovou diagnózou rozhodoval samostatně lékař jediné odbornosti. Vždy jde o spolupráci a pohled více odborností a snahu najít nejlepší léčbu pro konkrétního daného člověka. Pro nemocného to znamená, že není důležité, kde do sítě vstoupí, vždy se mu dostane nejlepší možné dostupné léčby. Součástí konceptu KOS/ROS je standardizace onkologické péče podle aktuálních poznatků a tím také standardizace výsledků, možnost jejich porovnání.

KOS Kraje Vysočina slouží jako pilotní projekt správné praxe při organizaci onkologické péče ve srovnatelných regionech Evropské unie.

V první fázi projektu se do sítě komplexní onkologické péče zapojily čtyři krajské nemocnice a privátní společnost Klinická onkologie Třebíč, s.r.o., podepsáním smlouvy o spolupráci. Spolupráce mezi smluvními partnery je koordinována Komplexním onkologickým centrem NEJI.

V souladu s hlavními principy modelu sítě komplexní onkologické péče byla zahájena rozsáhlá spolupráce se třemi velkými nemocnicemi v Brně.

Odborné pracovní skupiny zpracovaly standardizované klinické postupy (Guidelines) pro vybrané onkologické diagnózy. Očekává se, že „standardizované“ by měly být i výsledky: jinými slovy, ať už se onkologický pacient obrátí na kteroukoli ze zapojených nemocnic, poskytnutá péče bude všude stejně kvalitní a odpovídat tomu budou i její výsledky.

Účastníci KOS, v souladu se smluvním ustanovením, zavádí zpracované postupy do systému řízených dokumentů, seznamují a proškolují v jejich aplikaci své zaměstnance, kontrolují a auditují v rámci managementu kvality jejich aplikaci dodržování.

V roce 2018 ke smlouvě o spolupráci Kooperující onkologické skupiny Vysočina přistoupila Nemocnice Sv. Zdislavy, a.s., Mostiště.

V druhé fázi projektu budou zapojeni ambulantní specialisté. Velmi vítaná je spolupráce zejména s Masarykovým onkologickým ústavem v Brně, který je specializovaným onkologickým centrem s nadregionální působností.

Kraj Vysočina podporuje snahu o zapojení NENM do konceptu onkourologických pracovišť. Kraj dále společně se ZZS KV v oblasti onkologické péče poukazuje na důležitost domácí paliativní péče zajištěnou v režimu 24/7 tak, aby byla pacientům zajištěna péče v domácím prostředí a omezily se výjezdy RZS. Zajištění této péče kraj řeší strategickým dokumentem Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020.

3.5.1.2 Onkogynekologické centrum (Věstník MZ 3/2014, Věstník MZ 4/2015)

Držitelem Onkogynekologického centra (dále jen „OC“) je NEJI. Je nejmladším centrem a prozatím se spolupráce nemocnic úspěšně utváří. V rámci širší spolupráce pak kolegové z ostatních nemocnic dle zájmu jezdí k operacím svých patientek do NEJI, buď jako operatěři, nebo asistence. Centrum má nastavenou spolupráci s odborníkem s rozsáhlými zkušenostmi s touto operativou především z Rakouska.

3.5.1.3 Kardiovaskulární centrum (Věstník MZ 4/2016)

Držitelem Kardiovaskulárního centra (dále jen „KC“) je NEJI ve spolupráci s Kardiocentrem Vysočina CZ a.s., spolupráce je dlouhodobě zajištěna smluvně. V roce 2017 došlo k dohodě o zajištění pacientů s akutním koronárním syndromem po kardiopulmonální resuscitaci, nyní je spolupráce nastavena v celém kraji dobře. Do budoucna kraj uvažuje o možnosti vzniku Centra o nemocné po srdeční zástavě při NEJI, které by mohlo vést k menší vytíženosti oddělení ARO nemocnic a také ke snížení převozů pacientů ze strany ZZS KV.

3.5.1.4 Iktové centrum (Věstník MZ 11/2015)

Držitelem Iktového centra (dále jen „IC“) je NEJI a NENM. Organizace péče o pacienta s iktem v Kraji Vysočina je zajištěna, je jasné dáno schéma pro ZZS KV a také fungují konzultace z terénu. Pacienti jsou odesíláni do center dle spádu. Jediným problémem je chybějící péče u pacientů, u kterých je indikována mechanická trombektomie, tito pacienti byli do nedávna odesíláni do brněnských nemocnic, od 11/2018 nastoupil do NEJI specialista na tento druh výkonu, kraj podporuje budoucí možnost nepřetržitého zajištění tohoto druhu výkonu ze strany NEJI.

3.5.2 Centra specializované péče stanovená mimo věstník MZ ČR

Stanovená zpravidla dohodou mezi příslušnou odbornou společností, zdravotními pojišťovnami a dotčeným zdravotnickým zařízením.

3.5.2.1 Perinatologické centrum intermediární péče

Perinatologické centrum intermediární péče (dále jen „PCIMP“) zajišťuje NEHB a NEJI. NEHB zajišťuje nepřetržitou specializovanou komplexní péči v oborech porodnictví a neonatologie a efektivně

spolupracuje s PCIP Hradec Králové, Praha, atd. Hlavním úkolem je záchyt předčasných porodů od 31. týdne a koncentrace závažných patologií nevyžadujících péči PCIP.

NEJI zajišťuje péči o porody od ukončeného 32. týdne těhotenství nebo od dosažení ultrazvukového odhadu hmotnosti plodu/ů cca 1500 g. Péče o takovéhoto novorozence je pak vedena odborníky novorozenecké jednotky intenzivní péče. Pokud dojde k rozvoji nezastavitelné děložní činnosti, nebo je těhotenství nutno z jakéhokoliv důvodu ukončit před dosažením výše zmíněné hranice, je smluvně zajištěna péče s Ústavem péče o matku a dítě v Praze - Podolí.

3.5.2.2 Hematologie a transfuzní lékařství

Centrová péče byla přiznána NEPE od roku 2008 ve formě Pracoviště s rozšířenou hematoonkologickou péčí. Oddělení hematologie a transfuziologie se sestává ze tří provozů: hematologická ambulance, hematologická laboratoř a transfuzní úsek. Činnost všech provozů je úzce propojena a umožňuje efektivní poskytování péče hematologickým pacientům z Pelhřimovska a regionů Dačic a Telče. Pro širší region pak zajišťuje konziliární činnost a péči o pacienty s vybranými diagnózami. Spolupracuje také s fakultními nemocnicemi v ostatních krajích.

3.5.2.3 Pracoviště s oprávněním indikace „biologické“ léčby (NEJI)

Centra jsou potvrzena zdravotní pojišťovnou a jsou výsledkem jednání mezi ní a příslušnou odbornou společností. Umožňuje předepsat a aplikovat vzácná léčiva tzv. biologickou léčbu, držitelem všech center je NEJI.

Tato centra pokrývají všechny obyvatele kraje:

- Centrum pro léčbu roztroušené sklerózy,
- Centrum pro léčbu nespecifických střevních zánětů,
- Centrum pro léčbu těžké psoriázy,
- Centrum pro léčbu revmatických onemocnění,
- Centrum pro léčbu hepatitidy C,
- Centrum pro léčbu VPMD (věkem podmíněné makulární degenerace) a diabetické retinopatie.

Spolupráce v oblastech těchto center je bezproblémová, problémy činí pouze finanční limitace ze stran ZP. Zejména skutečnost, že některá centra mají nedostatečný finanční budget s ohledem na počet obyvatel, incidenci a prevalenci chorob, a to v porovnání v obdobně velkými kraji.

3.5.3 Další specializovaná péče

3.5.3.1 PET centrum Nemocnice Jihlava

Pozitronová emisní tomografie (dále také „PET“) je poloinvazivní vyšetřovací metoda nukleární medicíny, založená na detekci záření z radiofarmaka podaného pacientovi. Je využívána zejména pro přesnou diagnostiku nádorových onemocnění a pomáhá tak určit rozsah choroby a tím i nejvhodnější variantu léčby. Dále se využívá i v ortopedii, neurologii, cévní chirurgii, kardiologii a také k diagnostice septických stavů nejasného původu. Pomocí PET lze také průběžně monitorovat úspěšnost a účinnost terapie, aby ji ošetřující lékař mohl případně změnit. PET/CT je diagnostická zobrazovací metoda spojující vyšetření počítačovou tomografií (CT) a pozitronovou emisní tomografií (PET). Kombinované PET/CT vyšetření představuje jeden z nejmocnějších diagnostických nástrojů dnešní medicíny.

V roce 2017 bylo otevřeno nové pracoviště PET/CT za desítky miliónů korun. Přístroj PET/CT byl spolufinancován dotací ze státního rozpočtu. Cílem projektu bylo dobudování uceleného komplexu zobrazovacích metod, které zkvalitní a zrychlí především onkologickou diagnostiku ve vazbě na KOC. Dostupnost PET/CT pro pacienty na Vysočině byla do této doby výrazně nedostatečná.

Pracoviště pomáhá pacientům nejen z našeho regionu, ale také z okolních krajů. Lékaři mohou dříve zachytit nádorová onemocnění a lépe kontrolovat jejich léčbu.

NEJI spolu s ostatními nemocnicemi zřizovanými krajem zahájily a dále rozvíjí spolupráci při poskytování zdravotních služeb na pracovišti PET/CT.

NEJI také nabízí spolupráci formou stáže nebo krátkého úvazku na pracovišti pro zaměstnance ostatních krajských nemocnic. Pořádá krajské vzdělávací semináře a prezentace metody na onkologických setkáních. Odborných seminářů se účastní celá řada lékařů hlavně z řad onkologů jak z nemocnic v Kraji Vysočina, tak i soukromých ambulancí.

3.5.3.2 Magnetická rezonance

Magnetická rezonance (dále také „MR“) je zobrazovací technika používaná především ve zdravotnictví k zobrazení vnitřních orgánů lidského těla. Pomocí MR je možné získat řezy určité oblasti těla, ty dále zpracovávat a spojovat až třeba k výslednému 3D obrazu požadovaného orgánu. Magnetická rezonance využívá velké (intenzita obvykle 1,5 nebo 3 Tesla) magnetické pole a elektromagnetické vlnění s vysokou frekvencí. Na rozdíl od CT vyšetření, které je s MR někdy alternativní, tedy nenese žádná rizika způsobená zářením (nulová radiační zátěž).

Stávající hustota sítě MR zařízení v Kraji Vysočina je nadále ve srovnání s ostatními kraji (např. Pardubický kraj s podobným počtem obyvatel jako Kraj Vysočina má 4 MR), ale také s vyspělými zeměmi Evropy (např. Rakousko má 18 přístrojů na 1 milion obyvatel) nízká. S ohledem na žádoucí snižování radiační zátěže populace z medicínského ozáření je nezbytné postupně nahrazovat některé stávající CT indikace MR vyšetřeními, a to především v neuroradiologických indikacích. Podle doporučení Radiologické společnosti je třeba rozšiřovat síť se zřetelem na homogenní pokrytí území ČR dle hustoty osídlení. Cílová hustota sítě je jeden MR přístroj na 80 000 obyvatel.

V současné době se v Kraji Vysočina nachází dvě MR. Jedna v NEJI, pořízená v roce 2010, druhá v NENM, pořízená v roce 2016. Přístroj byl pořízen v rámci projektu spolufinancovaného z Integrovaného operačního programu, výzvy č. 31 „Zvýšení kvality návazné péče“, obě specifický cíl 2.3 „Rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotních služeb a péče o zdraví“.

Dne 7. 9. 2016 podepsaly krajské nemocnice dohodu o spolupráci týkající se optimalizace a koordinace péče v oblasti MR diagnostiky v Kraji Vysočina.

Zásady provozu MR pracovišť a pravidla spolupráce v oblasti MR diagnostiky byla nastavena, jsou dodržována ze strany MR pracovišť a průběžně kontrolována řediteli nemocnic.

Výhledově se budou instalovat další dva skenery v NEHB a NETR, NEJI plánuje výměnu nyní již technicky zastaralého MR scanneru za nový.

3.5.3.3 Spolupráce v oblasti transfuzního lékařství

NEPE, NEJI a NETR podepsaly dohodu o budoucí vzájemné spolupráci v oblasti transfuzního lékařství. Dle možností jednotlivých nemocnic, bude tato spolupráce rozvíjena. Primárně se v současné době vytváří „virtuální sklad transfuzních přípravků“ pro oblast prodeje přípravků v Kraji Vysočina. Nemocnice si průběžně měsíčně předávají data o stavu transfuzních přípravků, jejich cen a množství prodeje. NEPE též zahájila činnost plazmaferézního centra pro získávání dárcovské plazmy a může poskytovat veškerou metodickou pomoc ostatním krajským nemocnicím.

3.5.4 Další významná specializovaná pracoviště nemocnic zřizovaných KV

3.5.4.1 Angiologická vyšetření

Angiologická vyšetření jsou v rámci Kraje Vysočina prováděna na pracovištích NEJI a NEHB.

Mezi NEHB, NENM a NEPE byla uzavřena dohoda o spolupráci v oblasti angiologických intervencí, která definuje podmínky spolupráce v dané oblasti v zájmu zabezpečení kontinuity péče. Obnova

angiologické linky se uskutečnila v roce 2018 (IROP) - systém Philips Alluera Xper FD 20 nejvyšší kvality.

NEHB pro NEPE zajišťuje následující služby:

- diagnostické angiologické vyšetření s případným zásahem ad hoc,
- terapeutické angiologické vyšetření - PTA/stenty,
- akutní angiologické vyšetření s okamžitým intervenčním řešením - trombektomie, embolektomie, trombolýza, zajištění chirurgické péče,
- provádění emergenčních angiologických vyšetření.

NEJI provádí standardní klinické angiologické vyšetření specializovaně způsobilými angiology (jeden s atestací a dva v přípravě), na pracovišti zobrazovacích metod (RTG), pak kompletní rozsah angiointervenčních výkonů na periferních tepnách. Plánují rozšíření o stentování výdutí břišní aorty a dále angiointervence intrakraniálních tepen.

Ve spolupráci s Kardiocentrem Vysočina CZ a. s. provádí NEJI také koronární invaze a elektrofyziologické výkony.

3.5.4.2 Nukleární medicína

Oddělení nukleární medicíny („ONM“) je provozováno ve všech nemocnicích zřizovaných krajem, vyjma NETR, kde ukončilo svoji činnost v roce 2011.

Síť pracovišť nukleární medicíny (dále také „NM“) v Kraji Vysočina vychází z historického uspořádání a dostupnost metod odpovídá požadavkům v ČR, byť v minulosti (před zrušením ONM Třebíč) poskytoval Kraj Vysočina svým pacientům péči v nukleární medicíně na nadprůměrné, téměř evropské úrovni. Dostupnost metod NM v jednotlivých nemocnicích zefektivňuje diagnostickou i terapeutickou činnost po stránce zdravotní, radiohygienické i ekonomické. Ekonomicky všechna ONM dlouhodobě hospodaří s pozitivním výsledkem a nejsou potřeba zásadnější změny v organizaci oddělení.

Očekávané trendy vývoje oboru v budoucích 5 - 10 letech jsou ve všech lokálních koncepcích obdobné, očekává se další rozvoj oboru zejména díky novým technologiím i radiofarmakům.

3.5.4.3 Osteologické centrum

Osteologické centrum v NEHB zajišťuje komplexní péči o nemocné s metabolickým postižením skeletu od roku 2005. Centrum spolupracuje se všemi nemocnicemi v Kraji Vysočina, dále s Osteologickým centrem v Pardubicích a Centrem pro klinické studie (CCRB) v Pardubicích. V případě problému přesahujícího rámec možností centra, jsou pacienti odkazováni na vyšší pracoviště: FN Hradec Králové, UKBD Hradec Králové, III. interní kliniku FN UK v Praze, IKEM Praha.

3.5.4.4 Urologické oddělení

Od roku 2016 se v NEHB značně rozšířilo spektrum laparoskopických urologických operací včetně pyeloplastik, adenalektomie (minimalizace nefrektomií - snaha zachovat každou ledvinu s dominantní preferencí laparoskopie). Lékaři operují i T1b tumory u pacientů s vysokým věkem (laparoskopické záchovné operace), provádí laparoskopické radikální prostatektomie s preferencí vysoce rizikových tumorů, naopak pacientům s nízkým rizikem nabízí aktivní sledování. Dále jsou prováděny plastiky močové trubice, implantace penilních protéz, aplikace bulbouretrálních stentů pacientům se závažnými strikturami močové trubice, operace pro stresovou inkontinenci moči u žen. Dobré výsledky jsou dosahovány s LERV. Nadále je v plánu rozšiřování miniinvazivních metod - laparoskopických metod. Aktuálně se lékaři zaměřují na dětskou urologii – především na laparoskopické operace nádorů ledvin.

Urologické oddělení NENM se nadále zabývá rozšiřováním miniinvazivních - laparoskopických metod. Jedná se především o laparoskopické operace nádorů ledvin. Na urologickém oddělení probíhá vzdělávání lékaře v nástavbovém oboru Onkourologie a toto pracoviště má snahu o zapojení se do konceptu onkourologických pracovišť (2019 - až budou MZ ČR definována), což kraj plně podporuje.

3.5.4.5 Oční oddělení

V NEHB je moderně vybavené pracoviště s YAG laserem zejména k léčbě sekundárního šedého zákalu a s vlastními operačními sály. Lékaři se zaměřují na operace šedého zákalu, operace zadního segmentu oka, antiglaukomové zákroky, transplantace rohovky a plastické operace. Na všechny uvedené zákroky navazuje důsledná pooperační péče.

V identickém rozsahu poskytuje výkony včetně zákroků na zadním segmentu NEJI, ta navíc aplikuje biologickou terapii VPMD (věkem podmíněné makulární degenerace) a diabetické retinopatie.

3.5.4.6 Interní oddělení - gastroenterologická ambulance

Gastroenterologická ambulance při NEHB je centrem pro prevenci a léčbu kolorektálního karcinomu.

Gastroenterologická ambulance NETR opakovaně obhájila statut centra pro prevenci a léčbu kolorektálního karcinomu - zajišťuje preventivní vyšetření a případně následnou péči o pacienty s diagnózou kolorektálního karcinomu i preventivní vyšetření jejich pokrevných příbuzných (rodiče, děti a sourozence).

Gastroenterologické oddělení NEJI je největším pracovištěm v Kraji Vysočina s největším rozsahem výkonů. Jako jediné pracoviště provádí ERCPG (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie) včetně výkonů na žlučových cestách, papilotomie, stentáž, extrakce konkrementů. Ultrazvukové vyšetření GIT vč. elastografie a volumetrie jater. Od roku 2018 je k dispozici technologie endoskopické intraluminární sonografie, nyní probíhá školení lékařského personálu.

Gastroenterologická ambulance v NENM získala osvědčení o splnění podmínek pracoviště zařazeného do programu MZ screening kolorektálního karcinomu. Kolorektální screening je na tomto pracovišti prováděn od roku 2011. Stávající osvědčení je s platností do 31. 12. 2020.

3.5.4.7 Centrum chirurgie ruky

Ortopedické oddělení NEHB se podílelo v letech 2010 - 2013 na vývoji modulárního implantátu řešícího degeneraci kořenového kloubu palce ruky. Implantát je i patentován, využíván v zahraničí a dále vyvíjen. Oddělení je zavedeným konzultačním a školicím centrem chirurgie ruky pro celou Českou republiku.

Jako konzultační a školicí centrum chirurgie ruky pro ČR funguje také ortopedické oddělení NENM. Pracoviště je zaměřeno převážně na ošetření kostních postižení ruky a zápěstí. Mezi nejčastější operační výkony patří artroskopie zápěstí a drobných kloubů, záchranné operace při těžkých úrazech ruky, které umožňují její další pohyb, řešení artrotických poškození drobných kloubů ruky, či korekční výkony jak na kostech, tak na šlachovém aparátu. Za edukací sem přijíždějí lékaři z celé ČR i Slovenska. Ke konci roku 2018 kraj podpořil centrum účelovou investiční dotací na pořízení speciální pily a vrtačky.

3.5.4.8 Cytologie a patologie

Cytologická laboratoř NENM je jako jediná v Kraji Vysočina zapojena do národního programu screeningu karcinomu děložního hrdla. Osvědčení o splnění podmínek k provádění screeningové cervikovaginální cytologie je platné do 31. 12. 2020. Laboratoř je také akreditována dle ČSN EN ISO 15189:2013 s platností do 26. 5. 2022. Úzká je v této oblasti její spolupráce s NEJI.

Specializovanou cytologii dýchacích cest pak provádí cytologická laboratoř NEJI.

3.5.4.9 Ortovoltážní radioterapie

NEPE v roce 2016 zakoupila nový terapeutický ortovoltážní ozařovací systém pro radioterapii RTG T200. Přístroj byl spolufinancován dotací ze státního rozpočtu.

Druhým pracovištěm s ozařovacím systémem je NEHB.

Přístroj je využíván především k aplikaci protizánětlivé radioterapie u vybraných degenerativních a zánětlivých onemocnění např. zánětů úponů šlach z přetížení (tenisový loket, ostruha patní kosti), degenerativních onemocnění kloubů atd. Cílem této léčby je úleva od obtíží především od bolestí pohybového aparátu. Při protizánětlivé radioterapii jsou aplikovány nízké dávky ionizujícího záření. Ozařovací přístroj je možné využívat také pro léčbu kožních nádorů, případně pro paliativní ozařování.

Nemocnice zřizované krajem uzavřely dohodu o spolupráci při poskytování zdravotních služeb na pracovišti RTO - radioterapeutický ozařovač.

Cílem spolupráce je optimalizovat a koordinovat péči v oblasti ortovoltážní radioterapie v Kraji Vysočina tak, aby poptávka po tomto typu péče byla v rámci kraje plně zajištěna a pacienti neodcházel na vyšetření mimo něj.

Předmětem dohody je vymezení dnů, časů a dalších podstatných náležitostí pro realizaci spolupráce. V případě ukončení funkčnosti ozařovače v NEHB se nemocnice zapojí do spolupráce s NEPE.

3.6 Paliativní péče

Paliativní péče v Kraji Vysočina je komplexně a podrobně řešena v samostatném materiálu „Strategie paliativní péče v Kraji Vysočina na období do roku 2020“. Tento dokument byl schválen Zastupitelstvem Kraje Vysočina usnesením č. 0250/04/2017/ZK dne 20. 6. 2018.

3.7 Psychiatrická péče

Psychiatrická péče je v Kraji Vysočina zajištěna poskytovateli zdravotních služeb zřizovanými MZ ČR - Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Psychiatrická nemocnice Jihlava, Dětská psychiatrická nemocnice Velká Bíteš a soukromým subjektem PATEB s.r.o., Jemnice. Ambulantní péči v oboru psychiatrie pak zajišťují privátní poskytovatelé zdravotních služeb, kteří jsou velice nerovnoměrně rozloženi po celém kraji. V souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče vzniklo od 1. 8. 2018 v Havlíčkově Brodě Centrum duševního zdraví, které je novým prvkem v péči o lidi s duševním onemocněním. Jeho funkcí je poskytování komplexní zdravotnické i sociální péče lidem s vážným duševním onemocněním (schizofrenie a afektivní poruchy) v jejich přirozeném prostředí. Multidisciplinární tým Centra duševního zdraví řeší nejen symptomy nemoci, ale i vztahy v rodině a v blízkém okolí a zajištění důležitých životních potřeb. V rámci reformy psychiatrické péče by do budoucna měla vznikat centra duševního zdraví i pro další cílové skupiny. Neopomenutelnou péči v oblasti duševního zdraví zajišťují sociální služby.

3.8 Lékařská pohotovostní služba a prohlídky těl zemřelých

Dle stávající právní normy - zákona o zdravotních službách, je kraj organizátorem lékařské pohotovostní služby v rámci svého území. S ohledem na problematické aspekty lékařské pohotovostní služby je povinnost jejího zajištění stěžejí aplikovatelná a nevymahatelná. Stávající právní úprava je nedostačující.

Není dostatečně srozumitelně ani jednoznačně definován ani vlastní pojem lékařské pohotovostní služby. Z tohoto důvodu je nezbytné přijmout právní úpravu, která stanoví jednoznačná pravidla poskytování lékařské pohotovostní služby (dále jen „LPS“).

Pohotovostní služba a prohlídky těl zemřelých jsou nyní v Kraji Vysočina zajištěny takto:

LPS: vykonávána centrálně v nemocnicích zřizovaných krajem, zajištěna zvlášť pro dospělé a pro děti a dorost,

pohotovostní služba zubních lékařů: je poskytována v ordinacích jednotlivých poskytovatelů (prostřednictvím smluv mezi nemocnicemi a poskytovateli),

prohlídky těl zemřelých: centrálně prostřednictvím rozšíření provozních hodin LPS nemocnic zřizovaných krajem.

LPS pro dospělé:

Po-Pá 17:00 – 20:00

So, Ne, Sv 9:00 – 20:00

LPS pro děti a dorost:

Po-Pá 17:00 – 20:00

So, Ne, Sv 8:00 – 20:00

LPS zubní okres Jihlava:

So, Ne, Sv 8:00 – 12:00

LPS zubní ostatní okresy:

So, Ne, Sv 9:00 – 12:00

Každé z nemocnic zřizované krajem je na zajištění pohotovostní služby poskytována částka ve výši 5 mil. Kč ročně (NEJI 5,5 mil. Kč ročně), a to formou příspěvku od zřizovatele dle zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Kraj vydává ročně 25,5 mil. Kč ročně ze svého rozpočtu na zajištění LPS.

Na zajištění prohlídky těl zemřelých je poskytována každé z nemocnic zřizované krajem částka ve výši 300 000 Kč ročně, a to opět formou příspěvku od zřizovatele dle zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů.

3.9 Procesy v oblasti zdravotní péče

V oblasti zdravotní péče není nastaven účinný střednědobý ani dlouhodobý systém plánování a financování, který má vést ke snižování nákladů a efektivnímu hospodaření s veřejnými prostředky a ostatními vstupy.

Kraj Vysočina zavádí a podporuje zavádění střednědobého (dlouhodobého) plánování a dalších opatření směřujících k efektivní alokaci finančních a lidských zdrojů ve zdravotnictví.

Kraj podporuje a prosazuje vzájemnou spolupráci zdravotnických příspěvkových organizací, které zřizuje, zejména nemocnic.

Vzájemná kooperace, která by vedla ke zkvalitnění rozsahu poskytovaných služeb, bez negativního dopadu na příjemce péče, není pouze v oblasti zdravotní péče, ale i v souvisejících podpůrných činnostech a službách.

Nemocnice zřizované krajem by měly spolupracovat zejména v oblastech:

- zavedení jednotného a efektivního nákupního procesu, přijetí komplexního řešení nákupu v souladu se zadávacími pravidly a při zachování nejlepšího poměru mezi cenou a kvalitou nakupovaného materiálu,
- automatizace a elektronizace logistiky materiálu a léků na všech úrovních nemocnice,
- zavedení systému pro kontrolu a vyhodnocení optimálního a efektivního využívání zdravotnických přístrojů,
- sjednocení, standardizace a formalizace ošetrovatelských a lékařských postupů včetně zdravotnické dokumentace - zavádění tzv. klinických protokolů,
- zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí (externí, interní),
- zavedení jednotného a správného postupu při vykazování zdravotní péče i kódování diagnóz,
- zavádění účinného controllingu a benchmarkingu,
- společné využití a sdílení vzdělávacích kapacit pro odborný rozvoj zaměstnanců nemocnic.

Jednotné systémy řízení a jednotné výstupní informace pak umožní vzájemné srovnávání a vyhodnocení jednotlivých zdravotnických příspěvkových organizací, s následným návrhem na optimalizaci poskytování zdravotnických služeb a zavedením účinného kontrolního systému uvnitř zdravotnických příspěvkových organizací, ale i na straně zřizovatele.

3.10 Ostatní ústavní péče

Kraj Vysočina je zřizovatelem také dvou poskytovatelů zdravotních služeb, která poskytují komplexní péči dětem, jejichž rodiny se o ně nemohou, neumí, či v krajním případě nechtějí postarat.

Zajišťují komplexní péči dětem od narození do věku 3 let, jejichž duševní a tělesný vývoj je ohrožen nebo narušen z důvodů zdravotních nebo sociálních a nelze jim zajistit řádnou péči v rodinném prostředí. Ze zdravotních nebo sociálních důvodů mohou organizace uvedenou péči poskytnout i dětem starším.

Prvním z nich je Dětské centrum Jihlava, příspěvková organizace, které disponuje 43 lůžky pro děti a dvěma lůžky pro matky s dětmi. Péče o děti je v nepřetržitém provozu, jedná se o děti novorozené, předčasně narozené, o děti se závažným zdravotním postižením, a také děti v hospicové péči. Nabízí i respitní péči (odlehčovací služby). V rámci ambulantní složky poskytují fyzioterapeutické služby a psychologickou péči.

Druhou organizací je Trojlístek - centrum pro děti a rodinu Kamenice nad Lipou, příspěvková organizace. Trojlístek má k dispozici celkem 45 lůžek pro děti. V rámci této organizace převládá provoz zařízení jako dětský domov - ústavní pobytové zařízení (30 lůžek). Děti jsou přijímány na základě nařízené ústavní výchovy (komplexní výchovná ošetrovatelská péče).

Obě organizace poskytují mimo jiné i akutní a neodkladnou péči ohroženým dětem nepřetržitě po dobu 24 hodin.

Dále poskytují pobytové, zdravotní a sociální pobyty pro děti společně s matkami, připravují děti do některé z forem náhradní rodinné péče (dále jen „NRP“), poskytují sociální poradenství, školí a edukují žadatele o NRP, provádí diagnostiku dětí do NRP.

Kraj podporuje dokonalou transformaci těchto pobytových zařízení zaměřenou na zlepšení kvality péče o ohrožené děti a mládež s cílem, že zájem dítěte musí být předním hlediskem.

Navrhuje s ohledem na platnou legislativu (s vazbou na sociální oblast) vytvořit transformační plány, kde bude jasně definované využití a přesměrování personálních, materiálních kapacit a finančních zdrojů, vytvořen systém podpory rodin a síť terénních a ambulantních služeb, které budou plně reflektovat potřeby ohrožených dětí a rodin v regionu.

3.11 Protialkoholní záchytná služba

Záchytnou službu na svém území zajišťuje kraj v samostatné působnosti podle § 89a odst. 4 zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. Poskytování záchytné služby je podle § 2 odst. 2 písm. i) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, poskytováním zdravotní služby podle tohoto zákona.

Kraj Vysočina do října 2018 zajišťoval protialkoholní záchytnou službu externě prostřednictvím společnosti SLUŽBY MĚSTA JIHLAVY s.r.o., a to na základě Smlouvy o provozování protialkoholní záchytné stanice ze dne 21. 2. 2013.

V listopadu 2017 byla vypsána nová veřejná zakázka na služby „Poskytování protialkoholní záchytné stanice pro území Kraje Vysočina“ formou otevřeného zadávacího řízení ve zjednodušeném režimu. Do této zakázky se však nikdo nepřihlásil.

V dubnu 2018 obdržel Kraj Vysočina ze strany společnosti SLUŽBY MĚSTA JIHLAVY s.r.o. výpověď Smlouvy o provozování protialkoholní záchytné stanice. V květnu 2018 rada kraje rozhodla o zahájení zadávání veřejné zakázky na stavební práce „Nemocnice Jihlava - protialkoholní záchytná stanice“ formou zjednodušeného podlimitního řízení a v červnu 2018 zastupitelstvo kraje pověřilo Nemocnici Jihlava provozováním protialkoholní záchytné stanice v kraji s účinností od 1. 11. 2018.

3.12 Zdravotně-sociální pomezí

Kraj Vysočina dlouhodobě podporuje a jeho cílem je propojit systémy zajišťující zdravotní a sociální potřeby občanů a odstranit problémy, které vznikají na tzv. „zdravotně-sociálním pomezí“.

Osoby závislé na dlouhodobé péči mají různé potřeby, jejichž naplňování si vyžaduje formální (či neformální) sociální i zdravotní péči.

Klienti pobytových sociálních služeb často potřebují i péči zdravotní, jejíž poskytování je specifikováno zdravotnickými právními předpisy. Zatímco v případě krátkodobého zhoršení zdravotního stavu jim je poskytována akutní zdravotní péče, při dlouhodobějším zhoršení zdravotního stavu je mnohdy potřeba i hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení.

Zdravotní systém poskytuje pro tyto klienty zejména služby ošetřovatelské (ve zdravotnických zařízeních, v pobytových sociálních zařízeních nebo v domácnostech klientů), rehabilitaci, paliativní a psychiatrickou péči. Známý je také problém s poskytováním drobných ošetřovatelských výkonů (podání léků, aplikace léčiv apod.) v domácím prostředí klienta (osoba nevládá nebo nemá nikoho blízkého, kdo by to mohl pravidelně zajistit) či u poskytovatelů sociálních služeb (ti tyto výkony vykonávat nesmí a domácí péči to není hrazeno).

V rámci současného nastavení systému dlouhodobé péče v ČR klienti s podobným zdravotním stavem mohou být umístěni jak v zařízeních zdravotnických, tak v sociálních, jež jsou však financována odlišným způsobem.

Tato rozdrobenost a neprovázanost služeb vede ke vzniku značných nerovností v péči o klienty se srovnatelnými potřebami, ale také k neefektivitě. Rovněž nedochází ke koordinovanému kontinuálnímu přechodu uživatele mezi systémem poskytování zdravotní a sociální péče. Rozdílný vývoj zdravotní a sociální péče (řízení dvěma ministerstvy, odlišný systém financování, nedostatečná koordinace) byl identifikován jako klíčová hrozba.

Odbor zdravotnictví a Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Kraje Vysočina zahájil v roce 2018 spolupráci na realizaci projektu, který se bude detailně zabývat a postupně řešit otázku spolupráce v oblasti zdravotní a sociální péče pro vytvoření fungujícího systému a současně stanoví základní pilíře, standardy pro všechny zainteresované subjekty v rámci zdravotně-sociálního pomezí.

4 Infrastruktura

Infrastruktura ve zdravotnictví v Kraji Vysočina v některých případech neodpovídá požadavkům medicíny 21. století. Poskytovatelé zdravotních služeb zřizovaní Krajem Vysočina se potýkají se zastaráváním infrastruktury, a to včetně zdravotnické techniky, přístrojového vybavení a nevyhovujícího technického stavu zdravotnických zařízení (pavilonů a ostatních nemovitostí). Špatný technický stav pavilonů v některých nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina může v budoucnu vést k uzavření některých oddělení. Pro občany kraje by to znamenalo velmi výrazné omezení dostupnosti základní zdravotní péče, dokonce i částečné vyloučení ze spotřeby tohoto veřejného statku. Jednalo by se o omezení dostupnosti geografické, časové, finanční i profesionální. Nedostatečné technické zázemí poskytovatelů zdravotní péče může vést též k chybným nebo pozdním diagnózám, odlivu pacientů z regionu v rámci mezikrajové migrace.

Dalším výrazným problémem je nedostatečné nasazení moderních prostředků ICT a elektronizace zdravotnictví (dále také „eHealth“). S elektronizací zdravotnictví velice úzce souvisí bezpečnost pacienta, zdravotnického personálu, včasná a přesná (bezchybná) diagnostika. Díky elektronizaci je zajištěn nepřetržitý a bezpečný přístup k datům bez dalších administrativních a finančních nároků, jak pro samotné poskytovatele zdravotní péče, tak pro pacienty (občany kraje).

Důležitou oblastí je zajištění obnovy a modernizace infrastruktury Zdravotnické záchranné služby Kraje Vysočina. Obnova je nezbytná pro zajištění rychlé přednemocniční péče pro všechny pacienty. Jedná se zejména o sanitní vozidla. U starších sanitních vozidel narůstají náklady na opravy a snižuje se jejich akceschopnost. Vozidla musí splňovat přísná kritéria na bezpečnost a spolehlivost provozu tak, aby byla zajištěna bezpečnost posádek i pacientů a zvýšen komfort během přepravy.

4.1 eHealth

Masivní nasazení ICT ve zdravotnictví je obecným trendem. Kraj Vysočina díky dlouhodobé podpoře oboru ICT a modernizačním projektům ve zdravotnictví realizuje vizi tzv. eHealth. Odbor zdravotnictví ve spolupráci s odborem informatiky a jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb zřizovanými Krajem Vysočina realizuje již několik let řadu aktivit, které využívají nejmodernější informační technologie v oblasti zdravotnictví.

Základní dokument, který obsahuje konkrétní projekty Kraje Vysočina ve věcech problematiky eHealth je akční plán, který je pravidelně každoročně aktualizován a vyhodnocován. Akční plán eHealth schvaluje rada kraje.

Pokračující podpora elektronizace zdravotnictví a rozvoj elektronických služeb eHealth přinese zlepšení dostupnosti, efektivity a kvality zdravotní a zdravotně-sociální péče, vyšší zapojení občanů do péče o vlastní zdraví, lepší orientaci ve zdravotním a zdravotně-sociálním systému.

V následujících letech bude kraj pokračovat zejména v projektech uvedených v následujících kapitolách a dalších projektech, které budou součástí akčního plánu eHealth na jednotlivé roky.

4.1.1 Jednotný NIS

Jelikož jsou stávající nemocniční informační systémy (dále jen „NIS“) v nemocnicích zřizovaných Krajem Vysočina zastaralé a výrobci je přestávají podporovat a rozvíjet, zahájil Kraj Vysočina v roce 2014 realizaci projektu „Jednotný NIS“.

Cílem projektu je stejný NIS ve všech krajských nemocnicích, jednodušší správa systému, efektivnější podpora a rozvoj ze strany jednoho dodavatele, jednotné vedení zdravotnické dokumentace. Nový a moderní NIS umožní další rozvoj elektronizace zdravotnictví v kraji, a to např. elektronizací medicíny a elektronizací zdravotnické dokumentace.

Nákup jednotného systému probíhá prostřednictvím veřejné zakázky na základě společně definovaných požadavků na systém oborovými týmy složenými ze zástupců všech nemocnic zřizovaných krajem.

Nejprve se pořídí vybraný systém do jedné nemocnice (NEJI). Jakmile bude systém v jedné nemocnici zcela implementován, plně funkční a budou správně nastaveny všechny procesy a funkce (včetně vedení zdravotnické dokumentace), bude nasazen i do zbývajících nemocnic zřizovaných krajem.

4.1.2 Elektronizace logistiky materiálu a léků

Elektronizace logistiky spotřebního zdravotnického materiálu (SZM) a léků představuje velmi rozsáhlý a náročný cíl, jehož naplnění by mělo být přínosem po stránce provozní a ekonomické, z hlediska bezpečnosti pacienta či ochrany nemocnice jako poskytovatele zdravotní péče. Z uvedených důvodů nelze toto téma opomenout a je třeba mu věnovat patřičnou pozornost. Ta by měla spočívat především v zainteresovanosti managementu nemocnice a v motivačním přenosu na její zaměstnance, v postupném zdokonalení infrastruktury, ve vzájemné spolupráci nemocnic a s odborem zdravotnictví, v korektní vazbě s dodavateli. Překážkou bude technické a personální zajištění, potřeba vhodného aplikačního prostředí, obecně náročnější identifikace, validace dat a možnost sledování šarže či expirace produktu v oblasti SZM, obtížné strukturované propojení nemocnice s dodavatelem, a bezpochyby také interní změna v přístupu k této problematice.

Požadovaná budoucí logistika léků (tzv. Medikační proces) s provázáním výdeje až do zdravotnické dokumentace pacienta a verifikace správnosti podání je součástí zadávací dokumentace na výše uvedený jednotný NIS v krajských nemocnicích. U SZM je na základě společné identifikace jednotlivých položek vytvářena centrální databáze nakupovaného materiálu, bez které by elektronizace jeho pohybu asi nebyla možná. V návaznosti jsou předpokládány další dílčí kroky a hledá se optimální softwarové řešení. Obě linie nakupovaného materiálu je nutné sledovat více komplexně z ohledem na jejich celkovou vzájemnou provázanost.

4.1.3 eMeDocS

Projekt eMeDocS (exchange Medical Documents System) buduje, rozšiřuje a udržuje komunikační infrastrukturu pro bezpečnou a důvěryhodnou výměnu zdravotnické dokumentace mezi poskytovateli zdravotních služeb v rámci zdravotnického systému České republiky. Organizátorem a garantem projektu je Kraj Vysočina.

Mezi vybrané oblasti výměny zdravotnické dokumentace patří:

- poskytování urgentních informací pro účely ZZS v reálném čase,
- poskytování urgentních informací ošetřujícímu lékaři v nemocnici,
- zasílání „Záznamu o výjezdu“ do nemocnice, kam je pacient předán,
- zasílání elektronické žádanky na radiodiagnostické (dále jen „RDG“) vyšetření,
- zaslání elektronického popisu z RDG vyšetření na základě obdrženého elektronického požadavku - žádanky,
- zasílání „propouštěcí zprávy“ mezi nemocnicemi,
- zasílání „ambulantní zprávy“ mezi nemocnicemi.

Pro následující období je cílem další rozvoj projektu eMeDocS. Byly zahájeny činnosti směřující k budování Národního komunikačního centra výměny zdravotnické dokumentace („NIX-ZD“) se standardizovaným rozhraním pro připojení dalších poskytovatelů zdravotních služeb. Výsledkem bude vytvoření jednotného softwarového prostředí s otevřeným zdrojovým kódem pro zajištění základní infrastruktury online služeb výměny zdravotnické dokumentace mezi poskytovateli zdravotních služeb především na území ČR. V dalším období bude pokračovat rozvoj eMeDocS směrem k nezřizovaným poskytovatelům zdravotních služeb i mimo region (zejména k praktickým lékařům a ostatním terénním ambulancím).

Rozšíření systému směrem k praktickým lékařům může nabídnout:

- předávání ambulantních zpráv z nemocnice k praktickému lékaři,

- předávání propouštěcích zpráv z nemocnice k praktickému lékaři.

Pokud bude rozšíření projektu úspěšné, bude také řešeno:

- předávání ambulantních zpráv do nemocnice od praktického lékaře,
- zapojení dalších privátních lékařů,
- žádankový systém pro RDG a laboratorní vyšetření.

4.1.4 Další rozvoj ERP systému

Kraj Vysočina implementoval jednotný ekonomický systém (dále jen „ERP“) do všech zdravotnických příspěvkových organizací zřizovaných Krajem Vysočina. Projekt měl za úkol sjednocení všech ekonomických a provozně-technických agend jednotlivých organizací. Prioritním cílem projektu bylo sjednocení vybraných postupů, procesů např. pomocí centrálně definovaných číselníků, a tím umožnění reportů informací do datového skladu a následné vyhodnocování, porovnávání důležitých ekonomických ukazatelů a zajištění efektivního řízení organizací, jak ze strany zřizovatele, tak vedení organizací.

V rámci projektu byl pořízen ekonomický systém QI, systém pro správu majetku FaMa+. Posledním modulem v rámci ERP, který se implementoval, je systém na správu elektronických dokumentů DMS (Document management system).

V roce 2015 kraj vytvořil pracovní skupinu, která zajišťuje koordinaci a administraci jednotného ERP (systémů QI, FaMa+, DMS) užívaného ve všech zdravotnických příspěvkových organizací. Hlavní náplní této skupiny je zajistit jednotné, maximální a správné využívání systému, ale také jeho další rozvoj. Pracovní skupina mj. připravuje metodické pokyny a doporučení.

Skupina je složena ze zástupců odboru zdravotnictví a IT pracovníků vybraných nemocnic.

4.1.5 Krajský regionální portál pro vzdělávání zaměstnanců (eLearning)

Kraj Vysočina zrealizoval projekt zaměřený na vývoj a provoz e-learningového systému pro řízení vzdělávání zaměstnanců nemocnic, zdravotnické záchranné služby a Krajského úřadu Kraje Vysočina. Do budoucna plánuje další rozšiřování systému a naplňování o nové kurzy.

S vědomím masivní aplikace informačních technologií do vzdělávání je nutné postupně zavést e-learning do většiny vzdělávacích aktivit realizovaných v rámci celoživotního vzdělávání zdravotníků. Tato multimediální forma vzdělávání je významným pomocníkem. Reflektuje individuální potřeby

studenta možností zvolit si vlastní tempo, čas, délku i místo, kde bude studium probíhat (z pracoviště, z domova). Do systému celoživotního vzdělávání přináší úsporu času i finančních prostředků (student nemusí na e-kurz nikam cestovat), ale i možnost dle potřeby e-kurzy jednoduše aktualizovat. Multimediální forma vzdělávání se stává v posledních letech významným trendem. Její přínos nespočívá pouze ve výše uvedeném, ale je nutné zdůraznit, že při využívání této formy vzdělávání se zvyšuje aktivita účastníků vzdělávání, schopnost participace na výukových činnostech a v neposlední řadě i zvyšování počítačové gramotnosti zdravotnických pracovníků a jejich orientace ve vyhledávání odborných zdrojů.

4.1.6 Naplňování standardizace ICT

Kraj Vysočina předpokládá pokračování v realizaci projektů zaměřených na zkvalitnění ICT prostředků ve zdravotnických příspěvkových organizacích, které zřizuje. Aktivity vychází z naplňování a aktualizace „Standardu ICT vybavení PO kraje u všech zdravotnických příspěvkových organizací zřizovaných krajem“. Kraj každoročně poskytuje ze svého rozpočtu dotace na realizaci projektů „Standard ICT“.

Bez jednotného a dostatečně standardního vybavení, technologií, personálu, dat a souvisejících procesů nejsou ostatní projekty koncepce eHealth efektivně realizovatelné a udržitelné. ICT prostředky, a to jak hardware, ale i software, jsou nedílnou součástí ICT prostředí a dotýkají se všech uživatelů (zaměstnanců i pacientů). Postupná centralizace technologií a systémů vyplývá i z požadavků legislativy, a to např. v oblasti ochrany osobních údajů (GDPR) a bezpečnosti (zákon o kybernetické bezpečnosti).

4.1.7 Webový „rozcestník“ (portál) pro laickou i odbornou veřejnost

Plánovaný projekt na vytvoření intuitivního webového zdravotně-sociálního portálu v grafickém členění pro laickou a odbornou veřejnost (řešení potenciálních situací běžného občana ve vazbě na poskytování zdravotní a sociální péče, zvýšení jeho informovanosti o dostupnosti a rozsahu poskytované péče, ale stejně tak i informační servis pro lékaře, ostatní pracovníky ve zdravotnictví nebo uchazeče o tyto profese). Portál by měl být optimalizován pro mobilní přístroje.

4.1.8 Virtuální radiologie

Kraj si nechal zpracovat analýzu radiologických oddělení ve všech krajských nemocnicích zaměřenou na možné sdílení personálních a technických zdrojů jednotlivých nemocnic v oblasti radiologie.

Předmětem analýzy je základní zhodnocení aktuálního stavu vybavení zdravotnických zařízení kraje v oblasti radiologie a návrh možného řešení pro zavedení tzv. „virtuální“ či „vzdálené“ radiologie v nemocnicích zřizovaných krajem.

Jedná se o řešení, které by do budoucna umožňovalo radiologům realizovat popisy studií vzdáleně ze svého aktuálního pracoviště pro kteroukoli nemocnici Kraje Vysočina. Takto navržené řešení by pak bylo využitelné například v těchto případech:

- v případě personálních problémů (dovolené, onemocnění, náhlý odchod více lékařů či jejich dlouhodobý nedostatek v některé z nemocnic),
- v případě požadavků na tzv. „druhé čtení“,
- v případě náhlých krizových situací (možnost rozdělit popisy do více zdravotnických zařízení z důvodu nutnosti rychlého vyhotovení nálezů pro velký počet pacientů),
- v případech emergencí a nočních služeb (slouží pouze omezený počet lékařů v kraji).

Zavedení virtuální radiologie by mělo přínos v odstranění problémů s popisem na neodpovídajícím hardware a popisem až následující den, ale i v úspoře mzdových nákladů v rozdílu plateb za služby - příslužby.

Jedním ze způsobů řešení projektu virtuální radiologie Kraje Vysočina je systém, který bude koncipován jako modul rozšiřující systém eMeDocS. Hlavní výhody tohoto řešení jsou:

- výrazné úspory nákladů, protože budou využívány již fungující a prověřené zabezpečené propojení nemocnic VPN, které je realizováno na velmi rychlé síti,
- takto navržený systém by umožňoval radiologům nahlížet na ambulantní a propouštěcí zprávy. Radiologové by tak v případě potřeby měli podstatně lepší přístup k historii pacienta. Dle informací z nemocnic by tato funkcionality byla pro radiology přínosem.

Systém virtuální radiologie je možné zavést s minimální potřebou velkých investic do dalšího vybavení, jelikož je možné využít stávajícího softwarového i hardwarového vybavení nemocnic.

4.2 Zdravotnická technika a přístrojové vybavení

Morální zastarání přístrojové techniky a ostatního vybavení ve zdravotnictví je neúprosné. V souvislosti s pokrokem v medicíně dochází také k rychlejšímu zastarávání techniky, u které ještě délka maximální životnosti nebyla dosažena. V rámci zachování kvality a bezpečí poskytované péče a konkurenceschopnosti jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb je nutné přistupovat pozitivně k nově uplatňovaným moderním metodám léčení. To obnáší výdaje spojené s nákupem nového přístrojového vybavení. Hrozbou se tak pro poskytovatele zdravotních služeb zřizovaných krajem může stát nedostatek disponibilních zdrojů na nákup tohoto vybavení.

Kvalitní přístrojová infrastruktura zabraňuje odlivu pacientů mimo Kraj Vysočina, umožňuje rozšířit spektrum nabízených služeb a mnohdy se právě od použité zdravotnické techniky odvíjí případná délka hospitalizace.

Díky modernímu vybavení je možné provádět určité výkony s výrazně kratší dobou hospitalizace nebo dokonce ambulantně, což výrazně snižuje náklady poskytovatelům zdravotních služeb.

Kraj Vysočina podporuje modernizaci, obnovu a rozvoj přístrojového vybavení v nemocnicích v souladu s požadavky moderní medicíny a potřeb pacientů tak, aby došlo ke zvýšení úrovně poskytované zdravotní péče, což bude mít pozitivní dopad na zdraví a kvalitu života obyvatel v kraji.

V současné době, při zachování stávajícího nároku na finanční zajištění samotného provozu nemocnic, nemají nemocnice dostatečné zdroje na financování investičních potřeb, zejména obnovy přístrojové techniky a ostatního vybavení.

Pro efektivní využití investičních prostředků je nezbytná úzká spolupráce nemocnic a plánování kapacit pro celý Kraj Vysočina a nikoliv z pohledu jednotlivých nemocnic.

Kraj Vysočina jako jeden ze zdrojů financování předpokládá dotace získané z evropských strukturálních a investičních fondů v rámci výzev tematických programů v aktuálním programovém období.

V případě schválení konkrétního projektu a vydání rozhodnutí o poskytnutí dotace bude možnost předfinancovat výdaje projektu prostřednictvím zápůjčky z rozpočtu kraje.

Finančně nákladná technika by měla být pořizována a obnovována pouze v těch nemocnicích, kde existují největší kapacitní předpoklady pro její maximální využití. Nákupy této nákladné techniky musí podléhat supervizi kraje.

V programovém období 2014 - 2020 nemocnice realizovaly projekty zaměřené na modernizaci a obnovu přístrojového vybavení v rámci Integrovaného regionálního operačního programu, a to výzvy

č. 5 „Vysoce specializovaná péče v oblastech onkogynekologie a perinatologie“, a výzvy č. 31 „Zvýšení kvality návazné péče“, obě specifický cíl 2.3 „Rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotních služeb a péče o zdraví“.

4.3 Nemovitý majetek

Technický stav některých pavilonů, budov a jiných nemovitostí v areálu krajských nemocnic je nevyhovující. Současně tak zázemí a technologie, které jsou jejich součástí, jsou v některých případech morálně, technicky zastaralé a mnohdy neodpovídají současným platným předpisům a normám.

Kraj Vysočina ve střednědobém horizontu plánuje a připravuje vybrané významné investiční záměry v oblasti nemovitého majetku. Mezi nejvýznamnější patří:

- rekonstrukce stravovacího provozu v Nemocnici Jihlava,
- rekonstrukce vstupního pavilonu Nemocnice Nové Město na Moravě,
- rekonstrukce ambulantního traktu gynekologie v Nemocnici Nové Město na Moravě,
- rozšíření urgentního příjmu v Nemocnici Pelhřimov,
- přístavba pracoviště magnetické rezonance v Nemocnici Pelhřimov,
- výstavba nového pavilonu v Nemocnici Pelhřimov,
- přístavba a rekonstrukce pavilonu operačních sálů Nemocnice Třebíč,
- vzdělávací a výcvikové středisko ZZS KV,
- výstavba výjezdové základny Ledec nad Sázavou.

Významným rozvojovým projektem je péče o energie. Pro snížení energetické náročnosti budov je ze strany KV podporován projekt energetického managementu, který řídí odbor regionálního rozvoje Kraje Vysočina. V rámci tohoto projektu byly zpracovány některé studie, které umožní zateplení vhodných objektů nemocnic. Realizace vlastního zateplení je pak navržena spolufinancováním z dotačních programů MŽP.

V nemocnicích NEPE a NEHB je řešen projekt instalace kogeneračních jednotek, které jsou schopny kombinované výroby elektrické energie a tepla. Jednotky umožní jmenovaným nemocnicím efektivnější způsob využití energií.

5 SWOT analýza, její vyhodnocení a stanovení strategie

5.1 SWOT analýza

STRENGTHS (silné stránky)	WEAKNESSES (slabé stránky)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ dobrý zdravotní stav obyvatelstva ▪ rovnoměrně rozložená síť nemocnic s odpovídající oborovou strukturou a dostupností péče včetně rozložení výjezdových základen ZZS KV ▪ dostatečné pokrytí sítě odbornými ambulancemi ▪ v rámci ČR nadprůměrná implementace a využívání elektronického zdravotnictví (eHealth) ▪ kontinuální řízení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v souvislosti s akreditací nemocnic a zaváděním akreditačních standardů ▪ silná vůle Kraje Vysočina řešit problematiku zdravotnictví 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nedostatek lidských zdrojů (zejména zdravotnických pracovníků), ▪ špatný technický stav některých pavilonů nemocnic a zastarávající přístrojové vybavení ▪ nedostatečně efektivní způsob řízení zdravotnických organizací zřizovaných krajem a vysoká (historická) zadluženost nemocnic zřizovaných Krajem Vysočina ▪ chybějící komplexní systém vzdělávání zaměstnanců ve zdravotnictví ▪ chybějící provázání sítě zdravotních a sociálních služeb, nedostatečný rozvoj oboru geriatry ▪ neexistence optimální kapacity a specializace poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech, nedostatek finančních prostředků pro realizaci aktivit
OPPORTUNITIES (příležitosti)	THREATS (hrozby)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ zájem obyvatel v oblasti preventivní ochrany zdraví a zdravého životního stylu, zvýšení provázanosti mezi vzdělávací soustavou a poskytovateli zdravotních služeb ▪ podpora kraje při odborném i manažerském vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, podpora jejich stabilizace ▪ vyšší využívání ICT s cílem snížit administrativní zátěž jak pracovníků ve zdravotnictví, tak posílit komfort pacientů ▪ aktivní spolupráce mezi jednotlivými obory v kraji, zvýšená míra specializace lůžkových zařízení včetně rozmisťování speciální přístrojové techniky 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ nepříznivá věková struktura, kapacita a odbornost zdravotnického personálu v nemocnicích i u privátních lékařů (zejména praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost a stomatologové – lokální nedostupnosti), včetně nedořešeného systému odborné přípravy. Odchod kvalifikovaného zdravotnického personálu do soukromých subjektů, fakultních nemocnic nebo do zahraničí ▪ složitý a nestabilní systém financování zdravotnictví bez možnosti střednědobého plánování, omezená míra spolupráce a vyjednávání poskytovatelů zdravotních služeb a kraje se zdravotními pojišťovnami

<ul style="list-style-type: none">■ projednávání návrhů a tvorba nových podnětů v legislativním procesu■ vznik nových technologií, metod a postupů využitelných ve zdravotnictví	<p>a s tím související minimální vliv kraje na tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb</p> <ul style="list-style-type: none">■ stárnutí obyvatelstva – tlak na strukturu a kapacitu poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech■ vysoká administrativní zátěž, neexistence národních standardů, omezení bezpečnosti pacienta, ale i zdravotnických pracovníků v důsledku nevhodných či neexistujících předpisů, postupů či metod■ neexistence dlouhodobé koncepce státní zdravotní politiky a nedostatečné legislativní opora■ omezený vliv na možnost spolupráce mezi poskytovateli péče (s pracovišti vyššího typu, dostupnost ambulantní péče v odpoledních hodinách...)
---	---

5.2 Vyhodnocení SWOT analýzy

Silné stránky (S)	Význam	Bodování	Výsledek
dobry zdravotni stav obyvatelstva	0,1	10	1
rovnomerně rozložená síť nemocnic s odpovídající oborovou strukturou a dostupností péče včetně rozložení výjezdových základen ZZS KV	0,2	9	1,8
dostatečné pokrytí sítě odbornými ambulancemi	0,2	10	2
v rámci ČR nadprůměrná implementace a využívání elektronického zdravotnictví (eHealth)	0,2	10	2
kontinuální řízení kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče v souvislosti s akreditací nemocnic a zaváděním akreditačních standardů	0,15	9	1,35
silná vůle Kraje Vysočina řešit problematiku zdravotnictví	0,15	10	1,5
Výsledek silné stránky	1	58	9,65

Příležitosti (O)	Význam	Bodování	Výsledek
zájem obyvatel v oblasti preventivní ochrany zdraví a zdravého životního stylu, zvýšení provázanosti mezi vzdělávací soustavou a poskytovateli zdravotních služeb	0,1	6	0,6
vznik nových technologií, metod a postupů využitelných ve zdravotnictví	0,2	6	1,2
podpora kraje při odborném i manažerském vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, podpora jejich stabilizace	0,3	10	3
vyšší využívání ICT s cílem snížit administrativní zátěž jak pracovníků ve zdravotnictví, tak posílit komfort pacientů	0,2	10	2
aktivní spolupráce mezi jednotlivými obory v kraji, zvýšená míra specializace lůžkových zařízení včetně rozmisťování speciální přístrojové techniky	0,1	9	0,9
projednávání návrhů a tvorba nových podnětů v legislativním procesu	0,1	6	0,6
Výsledek příležitosti	1	47	8,3

Slabé stránky (W)	Význam	Bodování	Výsledek	Hrozby (T)	Význam	Bodování	Výsledek
špatný technický stav některých pavilonů nemocnic a zastarávající přístrojové vybavení	0,2	10	-2	nepříznivá věková struktura, kapacita a odbornost zdravotnického personálu v nemocnicích i u privátních lékařů (zejména praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost a stomatologové - lokální nedostupnosti), včetně nedořešeného systému odborné přípravy. Odchod kvalifikovaného zdravotnického personálu do soukromých subjektů, fakultních nemocnic nebo do zahraničí	0,2	10	-2
nedostatečně efektivní způsob řízení zdravotnických organizací zřízených krajem a vysoká (historická) zadluženost nemocnic zřízených Krajem Vysočina	0,15	10	-1,5	složitý a nestabilní systém financování zdravotnictví bez možnosti střednědobého plánování, omezená míra spolupráce a vyjednávání poskytovatelů zdravotních služeb a kraje se zdravotními pojišťovnami a s tím související minimální vliv kraje na tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb	0,15	10	-1,5
chybějící komplexní systém vzdělávání zaměstnanců ve zdravotnictví	0,2	10	-2	stárnutí obyvatelstva - tlak na strukturu a kapacitu poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech	0,05	8	-0,4
chybějící provázání sítě zdravotních a sociálních služeb, nedostatečný rozvoj oboru geriatry	0,1	8	-0,8	vysoká administrativní zátěž, neexistence národních standardů, omezení bezpečnosti pacienta, ale i zdravotnických pracovníků v důsledku nevhodných či neexistujících předpisů, postupů či metod	0,25	10	-2,5
neexistence optimální kapacity a specializace poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech, nedostatek finančních prostředků pro realizaci aktivit	0,1	10	-1	neexistence dlouhodobé koncepce státní zdravotní politiky a nedostatečné legislativní opora	0,2	10	-2
nedostatek zdravotnických pracovníků, především lékařů	0,25	10	-2,5	omezený vliv na možnost spolupráce mezi poskytovateli péče (s pracovišti vyššího typu, dostupnost ambulantní péče v odpoledních hodinách...)	0,15	10	-1,5
Výsledek slabé stránky	1	58	-9,8	Výsledek hrozby	1	58	-9,9
Výsledný stav			-0,15	Výsledný stav			-1,6

Vyhodnocení

Interní	-0,15
Externí	-1,6
Celkem	-1,75

Z bilance SWOT analýzy je zřejmé, že situace ve zdravotnictví je neuspokojivá, je nutné zapracovat na zlepšení, a to jak v části interní, tak externí. Dokladuje to vysoké hodnocení slabých stránek s identifikací poměrně silných hrozeb. Nicméně na druhé straně se otevírají možnosti pro příležitosti, které povedou k výraznému zlepšení situace za plné podpory definované silnými stránkami.

Silné stránky

Silné stránky mají velmi silnou pozici (výsledek 9,65), všech sedm ukazatelů je velmi vysoce hodnoceno.

Slabé stránky

Slabé stránky mají velmi rizikovou pozici, všechny identifikované slabé stránky jsou ohodnoceny vyšším počtem bodů (výsledek -9,8), na jejich zmírnění/odstranění nelze činit pouze vlastní opatření, ale je důležitá součinnost s jiným subjektem či jinými zdroji.

Příležitosti

Ze šesti příležitostí mají 3 velmi silnou pozici - lze je využít vlastním přičiněním, ostatní byly zařazeny do střední pozice, tj. lze je využít pouze v součinnosti s jinými subjekty (výsledek 8,3).

Hrozby

Rovněž hrozby mají silnou pozici, u všech šesti je překonávání omezováno vnějšími faktory.

Celková bilance

Celková bilance dosahuje záporné hodnoty. Pro další postup byla navržena strategie mini-maxi tj. hledat příležitosti k překročení vlastních slabin. Znamená to ubírat se cestou minimalizace slabých stránek, které jsou hodnoceny jako vysoko rizikové a jejich odstranění není možné bez součinnosti všech zainteresovaných stran. Důležité bude zaměřit se v rámci strategie a jejího naplňování na podporu odborného i manažerského vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, podpora jejich stabilizace, využití ICT technologií pro snížení jejich administrativního vytížení a pro posílení aktivní spolupráce mezi jednotlivými obor - posilováním příležitostí by mohlo dojít k naplňování vytyčených cílů.

I když jsou silné stránky hodnoceny velmi pozitivně, je doporučeno jim věnovat pozornost a posilovat jejich pozici alespoň tak, aby hodnota jejich ukazatelů neklesala. Překážkou pro další rozvoj jsou ukazatele ohrožení, především složitý systém financování zdravotnictví, neexistence celostátní dlouhodobé koncepce zdravotní politiky a nepříznivá věková struktura zdravotnického personálu, které jsou však bez zásahu do celostátního systému jen velmi těžce překonatelné.

6 Strategie rozvoje zdravotnictví kraje

Na základě analýzy stávajícího stavu a bilance SWOT bylo přistoupeno k návrhu strategie rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina. Jejím prostřednictvím byly stanoveny konkrétní aktivity, které by měly vést k naplnění vytyčených cílů.

6.1 Mise

Kraji je dána zákonná povinnost pečovat o všestranný rozvoj svého území a o potřeby svých občanů. Při výkonu své působnosti musí kraj chránit veřejný zájem; majetek kraje musí být využíván účelně a hospodárně a v souladu s jeho zájmy a úkoly vyplývajícími ze zákonem vymezené působnosti. Zároveň je nutné řešit otázku lidské důstojnosti zakotvené v Listině základních práv a svobod. Článek 1 říká, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech.

V podmínkách poskytování zdravotní péče pak problematiku lidské důstojnosti právně upravuje Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, kde se v článku 1 říká: „Smluvní strany budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny“.

6.2 Vize

Pro naplňování svého poslání, a to s respektem k důstojnosti všech svých občanů, řeší Kraj Vysočina všechny dílčí oblasti běžného života obyvatelů. Zaměřuje se i na zajištění zdravotní péče na celém území kraje, poskytované na vysoké odborné a kvalitní úrovni. Dbá proto na zajištění širokého spektra kvalitních, dostupných a plnohodnotných služeb na profesionální úrovni, směřujících ke zmírnění bolesti, duševního a tělesného strádání.

Naplnění této vize by mělo vést k maximálně kvalitnímu a efektivnímu poskytování zdravotních služeb v kraji.

6.3 Definice prioritních oblastí strategie

Na základě závěrů vybraných analýz současného stavu včetně SWOT analýzy a jiných informací byla navržena programová část, která by měla definovat, co by mělo být v následujícím období od roku 2019 primárně řešeno.

V dlouhodobém horizontu stanovil Kraj Vysočina následující základní priority strategie zdravotnictví:

- (a) lidské zdroje ve zdravotnictví;
- (b) kvalita, bezpečí a efektivita při poskytování zdravotní péče;
- (c) kvalitní a moderní zdravotnická infrastruktura.

Navržené priority jsou dále rozpracovány do jednotlivých opatření, v rámci kterých budou realizovány konkrétní projekty, které budou směřovat k naplnění cílů.

6.3.1 Priority a strategické cíle programové části

Programová část navrhuje priority, v rámci nichž jsou jednotlivá opatření rozpracovaná do aktivit.

Priorita 1: Lidské zdroje ve zdravotnictví	
Strategický cíl priority	Cílem priority je zabezpečit dostatek kvalifikovaných lidských zdrojů potřebných pro zajištění zdravotní péče na vysoké úrovni a současně vytvořit vhodné podmínky k jejich udržení.
Opatření 1.1	<i>Podpora vzdělávání</i> <i>Cílem je vytvářet vhodné (atraktivní) podmínky k udržení kvalifikovaných lékařů a dalšího zdravotnického personálu, zajistit systém celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků, nabízet možnost dalšího profesního růstu jak v odborných, tak v ostatních např. manažersko-komunikačních dovednostech, a to nejen u zdravotnických, ale i nezdravotnických pracovníků.</i>
Aktivity	1.1.1 Každoroční příspěvky za účelem podpory profesního a odborného růstu zaměstnanců poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných krajem 1.1.2 Podpora zřizovaných organizací v pořádání osvětových akcí a odborných konferencí cestou finančních příspěvků

	1.1.3 Aktivní spolupráce se školami a vědeckými pracovišti v oblasti zdravotnictví
Opatření 1.2	<i>Podpora motivace</i>
	<i>Cílem opatření je získávání nových kvalifikovaných pracovníků, udržení a motivace stávajícího personálu poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných krajem.</i>
Aktivity	1.2.1 Náborové příspěvky pro zdravotnické pracovníky ve zřizovaných příspěvkových organizacích
	1.2.2 Stipendia pro studenty lékařských fakult a studenty nelékařských oborů
	1.2.3 Podpora zavádění účinného benefitního systému u poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných krajem
	1.2.4 Podpora školitelů v rámci rezidenčního vzdělávání
Opatření 1.3	<i>Podpora vhodných pracovních podmínek</i>
	<i>Cílem opatření je podpora vytváření vhodných pracovních podmínek, které by se měly stát jedním z motivujících faktorů stabilizace zaměstnanců a zkvalitnění jejich práce.</i>
Aktivity	1.3.1 Nákup efektivních procesně orientovaných systémů a nástrojů, které zjednoduší práci a zvýší její efektivitu

Priorita 2: Kvalita, bezpečí a efektivita při poskytování zdravotní péče	
Strategický cíl priority	Cílem priority je dosažení strukturálně a rovnoměrně rozložené dostupné, kvalitní a efektivní přednemocniční, lůžkové a ambulantní zdravotní péče v kraji.
Opatření 2.1	<i>Odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti primární péče</i>
	<i>Cílem je zajistit dostupnost primární péče v rámci kraje, a to i v menších městech a periferních oblastech a dostatek zájemců o práci praktických lékařů.</i>

Aktivity	2.1.1 Finanční podpora na specializační vzdělávání v oborech všeobecný praktický lékař a pediatr
	2.1.2 Pomoc kraje při administraci žádostí o státní dotace pro všeobecné praktické lékaře a pediatry
	2.1.3 Pomoc kraje při zprostředkování spolupráce zástupců primární péče s představiteli lékařských fakult
	2.1.4 Podpora stáží v nemocnicích zřizovaných krajem
	2.1.5 Zveřejňování pobídek místních samospráv
Opatření 2.2	<i>Rozvoj vzájemné spolupráce nemocnic zřizovaných krajem</i>
	<i>Cílem opatření je zvýšení efektivity při poskytování zdravotní péče vytvořením efektivního systému vzájemné kooperace nemocnic ve vybraných oblastech, a také společným sdílením některých kapacit.</i>
Aktivity	2.2.1 Podpora Kooperující onkologické skupiny Kraje Vysočina
	2.2.2 Spolupráce pracovišť magnetické rezonance
	2.2.3 Spolupráce v dalších oblastech zdravotní péče
	2.2.4 Podpora centralizace pacientů a specializovaných výkonů
	2.2.5 Rozvoj spolupráce v dalších podpůrných činnostech a procesech souvisejících s řízením nemocnic
Opatření 2.3	<i>Podpora dostupnosti všech zdravotních služeb odpovídajícím potřebám regionu</i>
	<i>Cílem opatření je dosažení spektra zdravotní péče, které bude odpovídat potřebám kraje a zajistí pacientům přístup k moderním diagnostickým i léčebným metodám, a současně zamezí migraci pacientů mimo náš kraj. Zvýšení povědomí obyvatel kraje o významu prevence nemocí a ochrany zdraví.</i>
Aktivity	2.3.1 Vznik a rozvoj specializovaných pracovišť
	2.3.2 Spolupráce při naplňování aktivit definovaných ve Strategii paliativní péče v Kraji Vysočina

	2.3.4 Zajištění technických a provozních podmínek protialkoholní záchranné služby na území Kraje Vysočina
	2.3.5 Transformace pobytových zařízení zřizovaných krajem v oblasti péče o ohrožené děti
	2.3.6 Zajištění a další rozvoj neodkladné přednemocniční péče
	2.3.7 Podpora transformace psychiatrické péče na území kraje
	2.3.8 Účinné provázání sítě sociálních a zdravotních služeb
	2.3.9 Propagace zdravého životního stylu a zavádění preventivní ochrany zdraví
Opatření 2.4	<i>Kvalita a bezpečí při poskytování zdravotní péče</i>
	<i>Cílem zavést dokonalý systém pro řízení a zvyšování kvality a bezpečí ve zdravotnictví</i>
Aktivity	2.4.1 Podpora akreditace a certifikace zřizovaných poskytovatelů zdravotních služeb
	2.4.2 Realizace soutěže Bezpečná nemocnice

Priorita 3: Kvalitní a moderní zdravotnická infrastruktura	
Strategický cíl priority	Cílem priority je zajištění moderní zdravotnické infrastruktury nutné pro zabezpečení dostupné, kvalitní a bezpečné zdravotní péče v kraji. Rozvoj elektronizace zdravotnictví – úplné převedení jednotlivých agend do elektronické podoby.
Opatření 3.1	<i>eHealth</i>
	<i>Cílem je poskytování zdravotních služeb s využitím nejmodernějších prostředků informačních technologií a vytvoření tzv. „bezpapírové nemocnice“, aby byla zajištěna bezpečnost pacienta, zdravotnického personálu, včasná a přesná diagnostika, nepřetržitý přístup k datům s minimem administrativních a finančních nároků.</i>
Aktivity	3.1.1 Elektronizace logistiky materiálu a léků

	3.1.2 Rozvoj eMeDocS
	3.1.3 Rozvoj ERP systému
	3.1.4 Rozšiřování krajského regionálního portálu pro vzdělávání zaměstnanců (eLearningu)
	3.1.5 Naplňování standardizace ICT
	3.1.6 Vytvoření webového portálu pro laickou i odbornou veřejnost pro pomoc v orientaci při řešení základních problémů v oblasti zdravotnictví
Opatření 3.2	<i>Podpora rozvoje movitého a nemovitého majetku</i>
	<i>Cílem opatření je modernizace a rozvoj nemovitého majetku přístrojového vybavení, zdravotnické techniky a technologií tak, aby došlo ke zvýšení úrovně poskytované zdravotní péče a zabránění odlivu pacientů mimo kraj.</i>
Aktivity	3.2.1 Účelná výstavba, modernizace a údržba pavilonů a ostatních objektů poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných Krajem Vysočina
	3.2.2 Účelná modernizace, obnova a údržba zdravotnické techniky, technologií a přístrojového vybavení poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných Krajem Vysočina
	3.2.3 Modernizace a obnova vybavení ZZS KV

Aktivity budou naplňovány prostřednictvím samostatných projektů, které budou podléhat schválení v příslušných orgánech kraje.

Naplnění stránek SWOT návrhy aktivit

Silné stránky (S)	Aktivity
Dobry zdravotni stav obyvatelstva	1.1.3; 2.1.3; 2.2.1; 2.2.4; 2.3.2; 2.3.8;
Rovnomerně rozložená síť nemocnic s odpovídající oborovou strukturou a dostupností péče včetně rozložení výjezdových základen ZZS KV	1.2.1; 1.2.2; 1.2.3; 2.1.1; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.3.1; 2.3.2; 2.3.4; 2.3.5; 3.2.1; 3.2.3
Dostatečné pokrytí sítě odbornými ambulancemi	1.2.1; 1.2.2; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.2.4; 2.3.1; 2.3.2;
V rámci ČR nadprůměrná implementace a využívání elektronického zdravotnictví (eHealth)	1.1.3; 1.3.1; 2.1.2; 2.1.4; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.4; 2.2.5; 2.3.2; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.6; 3.1.7;
Kontinuální řízení kvality na bezpeční poskytované zdravotní péče v souvislosti s akreditací nemocnic a zaváděním akreditačních standardů	1.1.2; 1.1.3; 1.3.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.3.2; 2.4.1; 2.4.2; 3.1.1;

Příležitosti (O)	Aktivity
Zájem obyvatel v oblasti preventivní ochrany zdraví a zdravého životního stylu, zvýšení provázanosti mezi vzdělávací soustavou a poskytovateli zdravotních služeb	1.1.2; 1.1.3; 2.1.2; 2.2.1; 2.2.4; 2.3.1; 2.3.2; 2.3.8;
Podpora kraje při odborném i manažerském vzdělání pracovníků ve zdravotnictví, podpora jejich stabilizace	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 1.2.1; 1.2.3; 1.3.1; 2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.2.6; 2.3.2; 3.1.5;
Vyšší využívání ICT s cílem snížit administrativní zátěž jak pracovníků ve zdravotnictví, tak posílit komfort pacientů	1.1.3; 1.2.3; 1.3.1; 2.1.2; 2.1.4; 2.1.5; 2.2.1; 2.2.4; 2.2.5; 2.3.1; 2.3.2; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.6; 3.1.7;
Aktivní spolupráce mezi jednotlivými obory v kraji, zvýšená míra specializace lůžkových zařízení včetně rozmístování speciální přístrojové techniky	1.1.2; 1.3.1; 2.1.2; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.3.1; 2.3.2; 2.4.2; 3.1.7;
Projednávání návrhů a tvorba nových podnětů v legislativním procesu	1.1.3; 1.3.1; 2.1.2; 2.2.1; 2.2.4; 2.3.1; 2.3.2; 2.3.4; 2.3.6

<p>Silná vůle Kraje Vysočina řešit problematiku zdravotnictví</p>	<p>1.1.1; 1.1.3; 1.3.1; 1.2.4;2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.5; 2.3.2; 2.3.3; 2.3.4; 2.3.5; 2.4.2; 3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.5; 3.1.7; 3.2.1;</p>	<p>Vznik nových technologií, metod a postupů využitelných ve zdravotnictví</p>	<p>1.1.2; 1.1.3; 1.2.3; 1.3.1; 2.1.2;2.1.4; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3;2.2.4; 2.2.5; 2.2.5; 2.3.2; 3.1.1; 3.1.2;</p>
---	--	--	---

Slabé stránky (W)	Aktivity
Nedostatek lidských zdrojů (zejména zdravotnických pracovníků)	1.1.1; 1.1.3; 1.2.1; 1.2.2; 1.2.3; 1.2.4; 2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.3.2; 3.1.5;
Špatný technický stav některých pavilonů nemocnic a zastarávající přístrojové vybavení	1.3.1; 2.1.2; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.3.1; 2.3.2; 3.2.1; 3.2.2;
Nedostatečně efektivní způsob řízení zdravotnických organizací zřízených krajem a vysoká (historická) zadluženost nemocnic zřízených Krajem Vysočina	1.1.2; 1.3.1; 2.1.2; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.4; 2.2.5; 2.3.1; 2.3.2; 3.1.5;
Chybějící komplexní systém vzdělávání zaměstnanců ve zdravotnictví	1.1.1; 1.1.3; 1.2.1; 1.2.4; 1.3.1; 2.1.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.3.2; 3.1.5;
Chybějící provázání sítě zdravotních a sociálních služeb, nedostatečný rozvoj oboru geriatry	1.1.2; 1.1.3; 1.3.1; 2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.5; 2.3.1; 2.3.2; 2.3.4; 2.3.6; 2.3.7;
Neexistence optimální kapacity na specializace poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech, nedostatek finančních prostředků pro realizaci aktivit	1.1.3; 1.3.1; 2.1.2; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.5; 2.3.1; 2.3.2; 3.2.1;

Hrozby (T)	Aktivity
Nepříznivá věková struktura, kapacita a odbornost zdravotnického personálu v nemocnicích i u privátních lékařů (zejména praktičtí lékaři pro dospělé, děti a dorost a stomatologové - lokální nedostupnost), včetně nedořešeného systému odborné přípravy. Odchod kvalifikovaného zdravotnického personálu do soukromých subjektů, fakultních nemocnic nebo do zahraničí	2.1.1; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.3.2;
Složité a nestabilní systém financování zdravotnictví bez možnosti střednědobého plánování, omezená míra spolupráce a vyjednávání poskytovatelů zdravotních služeb na kraje se zdravotními pojišťovnami a s tím související minimální vliv kraje na tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb	1.3.1; 2.2.5;
Stárnutí obyvatelstva - tlak na strukturu a kapacitu poskytované zdravotní péče v jednotlivých oborech	2.1.2; 2.2.4; 2.2.5;
Vysoká administrativní zátěž, neexistence národních standardů, omezení bezpečnosti pacienta, ale i zdravotnických pracovníků v důsledku nevhodných či neexistujících předpisů, postupů či metod	1.3.1; 2.1.2;
Neexistence dlouhodobé koncepce státní zdravotní politiky a nedostatečné legislativní opora	1.3.1; 2.2.4; 2.3.2; 2.3.4; 2.3.6;
Omezený vliv na možnost spolupráce mezi poskytovateli péče (s pracovišti vyššího typu, dostupnost ambulantní péče v odpoledních hodinách, ...)	1.3.1; 2.2.5; 2.3.2;

7 Závěr

V dlouhodobém horizontu stanovil Kraj Vysočina následující základní priority strategie zdravotnictví:

- (a) lidské zdroje ve zdravotnictví;
- (b) kvalita, bezpečí a efektivita při poskytování zdravotní péče;
- (c) kvalitní a moderní zdravotnická infrastruktura.

V rámci nich bude v dlouhodobém horizontu realizovat konkrétní aktivity, opatření a projekty, které budou projednávány a schvalovány příslušnými orgány kraje a přispějí k dosažení stanovených cílů jako např.:

- Zavedení účinného střednědobého a dlouhodobého plánování u všech zdravotnických příspěvkových organizací včetně vytvoření generelů rozvoje krajských nemocnic.
- Vytvoření efektivního systému vzájemné kooperace krajských nemocnic ve vybraných oblastech, a také společného sdílení některých kapacit.
- Řízená reorganizace a restrukturalizace lůžkové péče, která bude odpovídat potřebám pacientů (občanů) našeho regionu a přinese efektivní využití zdrojů (personálních, finančních, materiálových).
- Vytvoření sítě krajských specializovaných center pokrývajících základní potřeby regionu a zamezení migrace pacientů mimo náš region za touto péčí.
- Centralizace pacientů a specializovaných diagnostických a léčebných výkonů, jelikož existuje závislost mezi frekvencí provedení různých složitých medicínských výkonů a ukazateli kvality a opakovaně bylo prokázáno, že výsledky léčebné péče jsou v přímém vztahu ke zkušenostem získaným v přímé relaci k počtu provedených léčebných výkonů. Centralizace péče vytváří podmínky pro získání a udržení odbornosti zdravotnických pracovníků, umožňuje současně zvyšovat efektivitu, tedy snížit prostředky vynakládané na zdravotní péči a dokonce zvýšení kvality poskytované péče.
- Rozvoj a pokračování kooperující onkologické skupiny.
- Stabilizace lidských zdrojů.
- Vytvoření ucelené sítě komplexní paliativní péče.
- Optimální (účinné a fungující) propojení sociálních a zdravotních služeb.
- Zavedení systému pro kontrolu a vyhodnocení optimálního a efektivního využívání zdravotnických přístrojů.
- Sjednocení, standardizace a formalizace ošetrovatelských a lékařských postupů včetně zdravotnické dokumentace - zavádění tzv. klinických protokolů.
- Zavedení systémů hodnocení kvality a bezpečí (externí, interní).

- Zavedení jednotného a správného postupu při vykazování zdravotní péče i kódování diagnóz.
- Zavedení účinného controllingu a benchmarkingu.
- Odstranění meziregionálních rozdílů v přerozdělování zdrojů veřejného zdravotního pojištění (společné vyjednávání se zdravotními pojišťovnami).
- Odstranění nebo zmírnění problémů v oblasti primární péče a prohloubení spolupráce s primární péčí.
- Dokonalá a účelná transformace pobytových zařízení zřizovaných krajem v oblasti péče o ohrožené děti zaměřená na zlepšení kvality péče s cílem, že zájem dítěte musí být předním hlediskem. S vazbou na sociální oblast vytvořit transformační plány, kde bude jasně definované využití a přesměrování personálních, materiálních kapacit a finančních zdrojů, vytvořen systém podpory rodin a síť terénních a ambulantních služeb, které budou plně reflektovat potřeby ohrožených dětí a rodin v regionu.
- Rozvoj elektronizace zdravotnictví a podpory v poskytování zdravotních služeb s využitím moderních prostředků informačních technologií, který přinese růst dostupnosti, kvality, bezpečí a efektivity, úplné převedení jednotlivých agend do elektronické podoby, vytvoření tzv. „bezpapírové nemocnice“.
- Úplná automatizace a elektronizace logistiky materiálu a léků na všech úrovních nemocnice.
- Účelná výstavba, modernizace a údržba pavilonů a ostatních objektů poskytovatelů zdravotních služeb zřizovaných Krajem Vysočina.
- Účelná modernizace, obnova a údržba zdravotnické techniky, technologií a přístrojového vybavení.
- Dlouhodobým cílem Kraje Vysočina je zachování všech pěti nemocnic (stávající rozsah zdravotní péče), maximalizace využití jejich kapacit a zejména vzájemná efektivní spolupráce, a to nejen v oborech zdravotní péče.
- V případě prohlubování problémů a vzniku krizového stavu zejména v oblasti nedostatku kvalifikovaných lidských zdrojů, neefektivního způsobu financování zdravotní péče, Kraj Vysočina plánuje zahájit přípravné kroky transformačního procesu konsolidace krajských nemocnic do jednoho funkčního celku.

8 Rizika a limitující faktory

Naplnění záměrů a cílů Strategického plánu rozvoje zdravotnictví Kraje Vysočina mohou ohrozit následující rizika a limitující faktory:

Zdroj rizika	Riziko	Závažnost rizika	Míra pravděpodobnosti	Skóre
Ministerstvo zdravotnictví	Znění úhradových vyhlášek, které by významně snižovaly úhrady	4	0,30	1,20
	Nevhodná alokace prostředků strukturálních EU fondů do zdravotnictví	2	0,30	0,60
Zdravotní pojišťovny	Restriktivní smluvní politika při uzavírání smluv s novými poskytovateli	3	0,90	2,70
	Restriktivní smluvní politika při obnově a rozšiřování smluv se stávajícími poskytovateli	5	0,50	2,50
	Opoždování úhrad od zdravotních pojišťoven	4	0,20	0,80
Kraj Vysočina	Investiční politika omezující investice do zdravotnictví	4	0,50	2,00
	Dotační politika omezující dotace do zdravotnictví	4	0,50	2,00
	Politika řízení a podpory příspěvkových organizací omezující příspěvky zřizovatele	4	0,80	3,20
Management nemocnic	Prosazování lokálních zájmů jednotlivých nemocnic před zájmy řízení zdravotní sítě kraje jako celku	3	0,80	2,40
	Nedostatečná kompetentnost managementu nemocnic	4	0,20	0,80
Lékaři	Zvýšený odchod lékařů z kraje, nedostatek nových lékařů	3	0,60	1,80
	Stávky a ekonomicky nereálné požadavky	3	0,20	0,60

Zdroj rizika	Riziko	Závažnost rizika	Míra pravděpodobnosti	Skóre
Nelékařský zdravotní personál	Zvýšený odchod nelékařského personálu z kraje, nedostatek nelékařského personálu	3	0,60	1,80
	Stávky a ekonomicky nereálné požadavky	3	0,20	0,60
Dodavatelé	Ceny vstupů (energie, materiál, léky)	3	0,30	0,90
Ministerstvo financí	Daňová politika státu	2	0,20	0,40

Další rizika: havárie velkého rozsahu

Závažnost rizika:

- 5 kritické
- 4 významné
- 3 střední
- 2 málo významné
- 1 zanedbatelné

Míra pravděpodobnosti

- 1,0 nejvyšší, hraničící s jistotou
- 0,1 vysoce nepravděpodobné

9 Seznam použitých zkratek

CT	Počítačová tomografie
DIOP	Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče
DUPV	Domácí umělá plicní ventilace
ERP	Jednotný ekonomický systém
HPP	Hlavní pracovní poměr
IC	Iktové centrum
KC	Kardiovaskulární centrum
KOC	Komplexní onkologické centrum
KOS	Kooperující onkologická skupina
KV	Kraj Vysočina
LERV	Neinvazivní metoda používaná především v terapii ledvinových a žlučových kamenů
LPS	Lékařská pohotovostní služba
LZS	Letecká záchranná služba
MR	Magnetická rezonance
NEHB	Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace
NEJI	Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace
NENM	Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
NEPE	Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace
NETR	Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace
NIP	Následná intenzivní péče
NIS	Nemocniční informační systém
NM	Nukleární medicína
OC	Onkogynekologické centrum

ORL	Otorinolaryngologie
PCIMP	Perinatologické centrum intermediální péče
PET	Pozitronová emisní tomografie
RLP	Rychlá lékařská pomoc
RZP	Rychlá zdravotnická pomoc
RV	Randevous systém
SLF	Společný lůžkový fond
SZM	Spotřební zdravotnický materiál
VPN	Virtuální privátní síť
ZZS KV	Zdravotnická záchranná služba Kraje Vysočina, příspěvková organizace