



VSTUPNÍ ANALÝZA LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE V NEMOCNICÍCH ZŘIZOVANÝCH A ZALOŽENÝCH MSK A NÁVRH DALŠÍHO POSTUPU



Zpracoval: odbor ZDR

Datum: 29. 11. 2017



Zavedli jsme systém environmentálního řízení a auditu



OBSAH

1. Úvod	3
<i>Role MSK při organizaci zdravotní péče v regionu</i>	<i>3</i>
<i>Pracovní skupina pro zajištění a udržitelnost kvality a dostupnosti péče</i>	<i>3</i>
<i>Regionální demografická studie</i>	<i>4</i>
2. Projekty a příležitosti při zajišťování zdravotní péče	6
<i>Reforma psychiatrické péče a vznik Center duševního zdraví (CDZ)</i>	<i>6</i>
<i>Strategie elektronického zdravotnictví</i>	<i>6</i>
<i>Podpora hospicové péče</i>	<i>7</i>
3. Krajem zřizované a založené nemocnice a jejich současný stav	8
<i>Personální situace</i>	<i>8</i>
<i>Ekonomický vývoj</i>	<i>10</i>
<i>Smluvní zajištění</i>	<i>11</i>
<i>Rozdíly při poskytování zdravotní péče krajských ZZ</i>	<i>12</i>
4. Stručný souhrn kritických faktorů krajských ZZ	14
5. Návrh optimalizace zdravotní péče krajem zřizovaných a založených nemocnic	15
<i>Okres Karviná</i>	<i>15</i>
<i>Bílovecká nemocnice a.s.</i>	<i>15</i>
<i>Lůžkové kapacity krajských ZZ</i>	<i>16</i>
6. Nástroje pro tvorbu strategického plánu pro následující období	18
7. Přílohy	19
<i>příloha č. 1 - Harmonogram dalších kroků</i>	<i>20</i>
<i>Příloha č. 2 - Fluktuace lékařů - Odchody a příchody lékařů za jednotlivé nemocnice</i>	<i>21</i>
<i>Příloha č. 3 - Fluktuace lékařů - Odchody a příchody lékařů za jednotlivé nemocnice – interny</i>	<i>22</i>
<i>Příloha č. 4 - Přehled nákladů, výnosů a HV nemocnic zřizovaných MSK</i>	<i>23</i>



1. ÚVOD

ROLE MSK PŘI ORGANIZACI ZDRAVOTNÍ PÉČE V REGIONU

Kraje jsou jedním ze tří základních institucionálních pilířů financování zdravotní péče v České republice. Spolu se zdravotními pojišťovnami a ústředními orgány státní správy (zejména Ministerstvem zdravotnictví) mají vliv na tvorbu sítě poskytovatelů zdravotních služeb a rozsah jejich činnosti. Funkce krajů se přitom opírá především o jejich pravomoci dané legislativou (zakotveno v Zákoně č. 372/2011 Sb., v Zákoně 48/1997 Sb.) Krajské koncepce se kromě přímé správy podřízených poskytovatelů mohou zaměřovat na organizaci vztahů mezi jednotlivými poskytovateli a popřípadě konzultovat rozvojové záměry se zdravotními pojišťovnami.

Moravskoslezský kraj (dále také MSK) musí proaktivně organizovat zdravotní péči a být zodpovědný za její fungování v celém regionu bez ohledu na zřizovatelskou působnost a vlastnickou strukturu poskytovatelů zdravotní péče. Pro zajištění dostupnosti a kvality péče potom provozuje vlastní síť zdravotnických zařízení, u nichž musí vhodným managementem **zajišťovat takovou efektivitu hospodaření, aby zajistil provozní soběstačnost a investiční stabilitu.** Z výše uvedeného důvodu je nanejvýš žádoucí právě provozní soběstačnost jednotlivých zdravotnických zařízení (dále také ZZ), tak aby zřizovatel mohl rozpočtové volné prostředky alokovat na investice a technologický rozvoj.

Krajem zřízená a založená ZZ, zejména nemocnice, bohužel pro naplnění výše uvedeného cíle nevykazují pozitivní trend při zajištění ekonomické provozní stability, proto je nutná důkladná analýza poskytovaného spektra služeb, jejich kapacit a personálního zajištění s následnou efektivní optimalizací s maximálním využitím synergických efektů. Vstupní analýzou a informacemi zejména s touto problematikou se zabírá předkládaný dokument.

PRACOVNÍ SKUPINA PRO ZAJIŠTĚNÍ A UDRŽITELNOST KVALITY A DOSTUPNOSTI PÉČE

Právě personální situace, zejména kritický nedostatek lékařů a ekonomický vývoj, byl důvodem vzniku pracovní skupiny (PS) pro optimalizaci poskytované lůžkové péče v kraji (pracovní skupina byla radou kraje zřízena usnesením č. 20/1821 ze dne 12. 9. 2017), jejímž úkolem je bez ohledu na vlastnickou, či zřizovatelskou strukturu spolupracovat na zajištění místy již nedostatkové zdravotní péče. Jednotlivé subjekty



(městské, krajské, státní, či soukromé nemocnice) dali k dispozici data zejména o personálních kapacitách, které budou sloužit při tvorbě efektivnějšího plánu řízení péče jako zdrojový a základní údaj pro rozhodování o potenciálních optimalizačních scénářích. Je logické, že při návrzích restrukturalizačních změn je nezbytné provést hodnocení dopadů navržených změn na síť všech zdravotnických zařízení v kraji bez ohledu na zřizovatele. Členové pracovní skupiny se shodli, že činnost PS nezanikne ani po krajem vytvořeném návrhu dalšího směřování jeho nemocniční péče, ale bude pokračovat na bázi společných postupů, řešení aktuálních problémů a vyjednávací síly při zajišťování akutní a následné péči v kraji.

REGIONÁLNÍ DEMOGRAFICKÁ STUDIE

Jedním z bazálních atributů pro rozhodování o struktuře a vývoji zdravotní péče v regionu musí být demografická studie, zejména s ohledem na stav populace, její chování, věk, nemocnost a trendy s ním vyplývající, proto byla ke spolupráci přizvána Vysoká škola Báňská, ekonomická fakulta s odborníky na regionalistiku. Souhrnné/kritické závěry vyplývající z předmětného dokumentu uvádíme zde:

- Postupný úbytek obyvatelstva (50 tis. obyvatel), nejvýraznější v okrese Karviná a Ostrava-Město, jediným rostoucím okresem je Frýdek-Místek.
- Do roku 2050 další úbytek obyvatelstva o cca dalších 50 tis. obyvatel, což je takřka 50 % celé ČR v této projekci.
- Index stárí, resp. **nejrychleji dochází ke stárnutí v okresech Karviná a Bruntál.**
- Další stárnutí obyvatel tak, že MSK bude čtvrtým nejstarším krajem v ČR (na 100 dětí bude připadat 270 důchodců, což indikuje jedno z nejvyšších temp stárnutí v ČR).
- Jen 5 % pacientů bylo hospitalizováno mimo MSK, k migraci pacientů do ostatních krajů dochází tedy minimálně a je to jeden z TOP ukazatelů ČR.
- Migrace pacientů za zdravotní péčí do jiných okresů v rámci MSK je nejmenší ve Frýdku-Místku, naopak **nejvíce migrující pacienti (více než 30 %) mimo nemocnici svého bydliště je v okrese Karviná a Opava.**
- MSK má jednu z **nejvyšších pravděpodobností onkologických onemocnění.**
- Nadprůměrná a **jedna z nejvyšších prevalencí v ČR je u diabetiků**
- **Nejvyšší incidence nemoci z povolání s 30% podílem v rámci celé ČR.**
- **Nejvyšší podíl alergiků a jediný rostoucí trend v rámci celé ČR.**



- MSK má **největší mortalitu na nemoci oběhové soustavy** (nejvíce kardiovaskulární systém).
- **Největší počet zemřelých na choroby dýchacího ústrojí.**
- Počty lékařů v MSK ve srovnání s ČR jsou nižší zejména v oborech geriatric, infekčního a pracovního lékařství a traumatologie.
- **V MSK je počet živě narozených s vrozenou vadou** na 10 000 živě narozených vyšší, než je průměr v ČR.
- **V relaci počtu obyvatel připadajících na 1 lékaře oboru chirurgie převyšuje negativně Moravskoslezský kraj vysoce relaci za Českou republiku.**
- V oborech gynekologie a neurologie je MSK také v počtu obyvatel připadajících na 1 lékaře negativně nad průměrem ČR.



2. PROJEKTY A PŘÍLEŽITOSTI PŘI ZAJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Z analýzy vnějšího okolí dále vyplývají možnosti a příležitosti MSK zajistit prostřednictvím vhodných koncepcí a aktivit eliminaci negativních trendů, zlepšit dostupnost a přístup ke zdravotní péči. Navázáním regionálních aktivit na národní strategie a koncepce může MSK zásadně ovlivnit růst negativních ukazatelů a zajistit péči o kritické skupiny pacientů, které převyšují celorepublikový průměr. Tyto aktivity reagují na výše popsané negativní statistiky a stávají se klíčovým řešením pro stárnoucí a nemocnostní trendy v MSK. V současné době jsou těmito aktivitami vycházejících z národních či vládou schválených koncepcí a částečně financovatelných i ze zdrojů EU, zejména aktivity uvedené níže.

REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE A VZNIK CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ (CDZ)

MSK podporuje kroky vedoucí k reformě **psychiatrické péče** (projekt **Deinstitucionalizace** psychiatrické péče) a intenzivně komunikuje s hlavními poskytovateli psychiatrické péče v MSK a Ministerstvem zdravotnictví ČR. V následujícím období budou v souladu s plánovanou Koncepcí psychiatrické péče MSK **stanoveny dílčí cíle**, které by měly přispět ke zkvalitnění poskytované psychiatrické péče v našem kraji (např. cíl Podpořit rozšíření ambulantní péče, cíl Podpořit rozšíření specializovaných ambulancí, cíl Rozšíření kapacity lůžkových zařízení poskytujících akutní lůžkovou péči, cíl Podpořit vytváření sítě Center duševního zdraví v MSK a minimalizovat rizika při jejich fungování atd.). Problematika reformy psychiatrické péče (a zároveň možných a dostupných zdrojů financování) bude v následujícím období intenzivně diskutována v rámci skupiny poskytovatelů zdravotních služeb, poskytovatelů sociálních služeb, zástupců zdravotních pojišťoven, zástupců uživatelů atd., to vše pod garancí Ministerstva zdravotnictví ČR.

STRATEGIE ELEKTRONICKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Je nesporné, že se enormní technologický rozvoj posledních desetiletí velmi významně projevuje právě v oblasti zdravotnictví. Mezi typická témata, se kterými se v současnosti krajské zdravotnictví stále intenzivněji zabývá a jejichž význam bude v blízké i vzdálenější budoucnosti ještě narůstat, patří tzv. **eHealth care**, tedy elektronické zdravotnictví. V návaznosti na tuto sféru bude pak v nejbližším období významná podpora projektů v oblasti elektronizace procesů týkající se sdílení dat a



komunikace ve zdravotnictví a tzv. **telemedicíny** – sledování zdravotního stavu pacienta na dálku. MSK aktuálně posuzuje různé možnosti využití telemedicínských procesů pro různé skupiny příjemců – např. děti s respiračními chorobami, sledování v oblasti obezitologie dětí; u mobilní hospicové péče v mnoha případech může telemedicína napomoci zvýšení komfortu příslušného pacienta.

PODPORA HOSPICOVÉ PÉČE

U **hospicové péče** dochází celorepublikově ke zvýšení podpory systémových změn, které by měly přispět k většímu rozšíření a lepší dostupnosti paliativní péče, jako je například nová úhradová vyhláška pokrývající práci mobilních domácích hospiců nebo zakládání multidisciplinárních paliativních týmů v českých nemocnicích. **Financování** hospiců je vícezdrojové, (obdobně jako je tomu u hospiců v jiných zemích). Platby ze zdravotních pojišťoven nepokryjí celkové provozní náklady (zatím pouze u lůžkové hospicové péče, od 1. 1. 2018 i mobilní hospice), zbytek je nutno zajistit z jiných zdrojů např. z dotací jiných orgánů (zejména Ministerstva práce a sociálních věcí), dále dotace ze státního rozpočtu kraje, města a obcí, z darů od individuálních dárců, firem, z příspěvků nadací atd. MSK se zabývá problematikou hospicové péče dlouhodobě, lze jednoznačně konstatovat, že **podpora stávajících hospicových zařízení** (např. Mobilní hospic Ondrášek, Strom života, Hospic sv. Lukáše atd.) a také **podpora dalšího rozvoje** hospicové péče v MSK má své opodstatnění a je potřebná. Je žádoucí se věnovat se regionálnímu rozmístění a zároveň formám organizace paliativní - hospicové péče (lůžková hospicová péče, mobilní hospicová péče, odborné sociální poradenství, poradny pro pozůstalé, ambulance paliativní medicíny aj.). Paliativní péče by měla dostupná každému potřebnému v MSK bez ohledu na jejich finanční možnosti, sociokulturní status nebo místo bydliště.



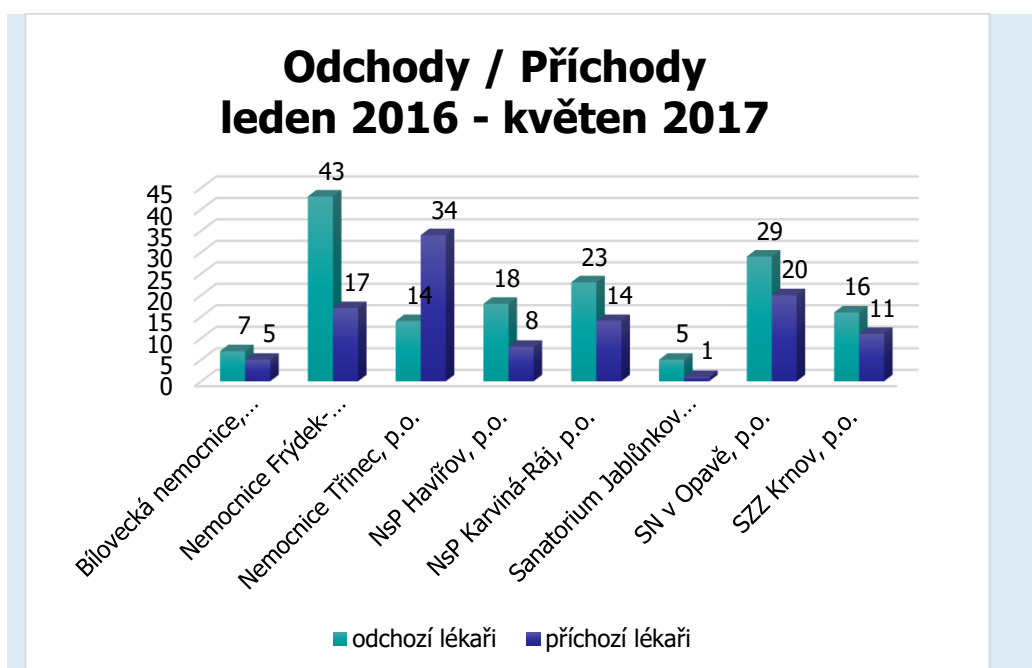
3. KRAJEM ZŘIZOVANÉ A ZALOŽENÉ NEMOCNICE A JEJICH SOUČASNÝ STAV

V příloze uvádíme přehled o stavu nemocnic zřizovaných MSK, v klíčových oblastech personálního a ekonomického charakteru, s pravděpodobným odhadem výsledků na konci roku 2017 a projekci v roce 2018. Součástí jsou informace o smluvním zajištění s plátcí (pojišťovnami) zdravotní péče.

PERSONÁLNÍ SITUACE

V oblasti personálního zajištění lze obecně konstatovat, že MSK bohužel následuje trend celé ČR, kterým je nedostatek lékařů a rizikové zvyšování průměrného věku této klíčové skupiny zdravotnických pracovníků. V některých oborech je situace již tak kritická, že dochází k vzájemnému „vykrádání“ personálních kapacit mezi poskytovateli zdravotní péče v MSK, a to již nejen na bázi jednotlivců, ale i skupin lékařů zajišťujících provoz celých oddělení. Úbytek těchto odborníků dosáhl ve sledovaném **v letech 2016 – 2017 celkem 186 lékařů. Z toho jen 14 odešlo do důchodu, ale k jinému poskytovateli jich odešlo 75, dalšími důvody byly odchody do soukromé praxe či zahraničí (cca 14 lékařů) a přes 40 lékařek odešlo na mateřskou dovolenou.**

Níže uvedený graf znázorňuje konkrétní a ověřené údaje za **sledované období leden 2016 – květen 2017**, do současné doby evidujeme další odchody lékařů, přesné analýzy budou provedeny v následujícím období (podrobně také viz přílohy č. 2-3).



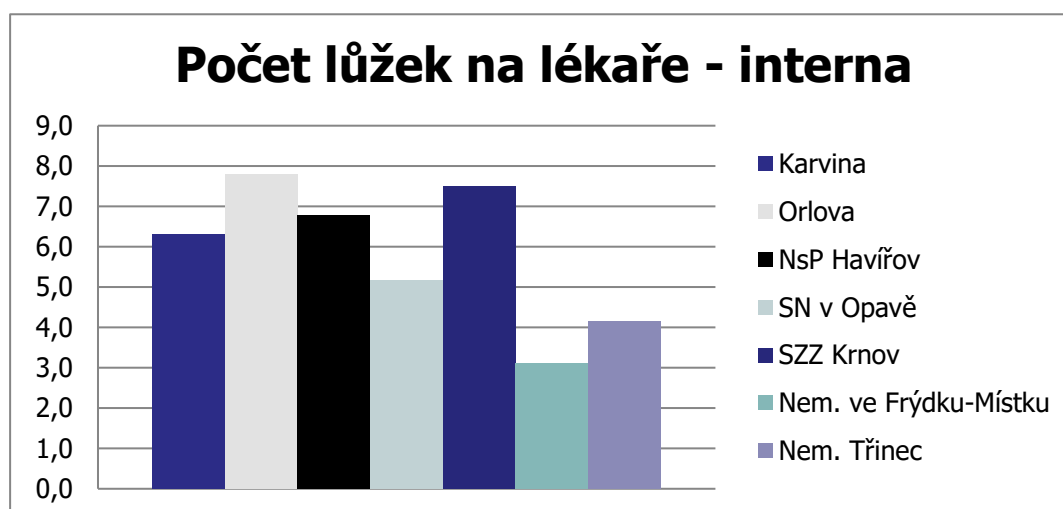


S výjimkou nemocnice v Třinci pozorujeme zápornou fluktuaci ve všech nemocnicích MSK. Příchozích lékařů za sledované období bylo 110, odchozích 155, tzn. **absolutní úbytek v kraji zřízených nemocnicích je za sledované období leden 2016 – květen 2017, celkem 45 lékařů!**

Dalším negativním trendem, který má na kvalitu poskytované péče enormní vliv je fakt, že zatím co mezi odchodivšími bylo 129 lékařů s odbornou, nebo specializovanou působností (tzv. L2 a L3, tedy atestovaných odborníků se samostatnou praxí bez dohledu), mezi příchozími bylo „jen“ 37 lékařů L2 a L3 kategorie. **ZZ MSK tedy za sledované období přišla o necelou stovku plně atestovaných lékařů.**

Největší problémy se zajištěním základního chodu některých oborů zaznamenáváme zejména v okrese Karviná, kde musela být omezena zdravotní péče v interním oboru během letních měsíců v nemocnici Karviná-Ráj, v ohrožení jsou i další oddělení v tzv. personální unii Karviná-Orlová-Havířov. S nemalými problémy se potýká nemocnice v Bílovci, a situace není ideální v třinecké nemocnici, odkud lékaři slouží UPS (ústavní pohotovostní služby) v jiných zdravotnických zařízeních.

Pro ilustraci uvádíme následující graf popisující vztah mezi počtem lékařů a počtem nasmlouvaných lůžek na interních odděleních. Jak lze vyčíst, tak ve zmiňovaných kritických lokalitách je tento ukazatel daleko vyšší než v ostatních nemocnicích (s výjimkou Opavy), což svědčí o nízkém stavu lékařů na oddělení, ale může být také znakem zbytečně vysokého lůžkového fondu daného oddělení/nemocnice. Vzhledem k vysoké obloženosti těchto interen se však jedná o prvně jmenovaný jev.



Příklad nerovnoměrného zatížení lékařů v krajských ZZ na počet lůžek



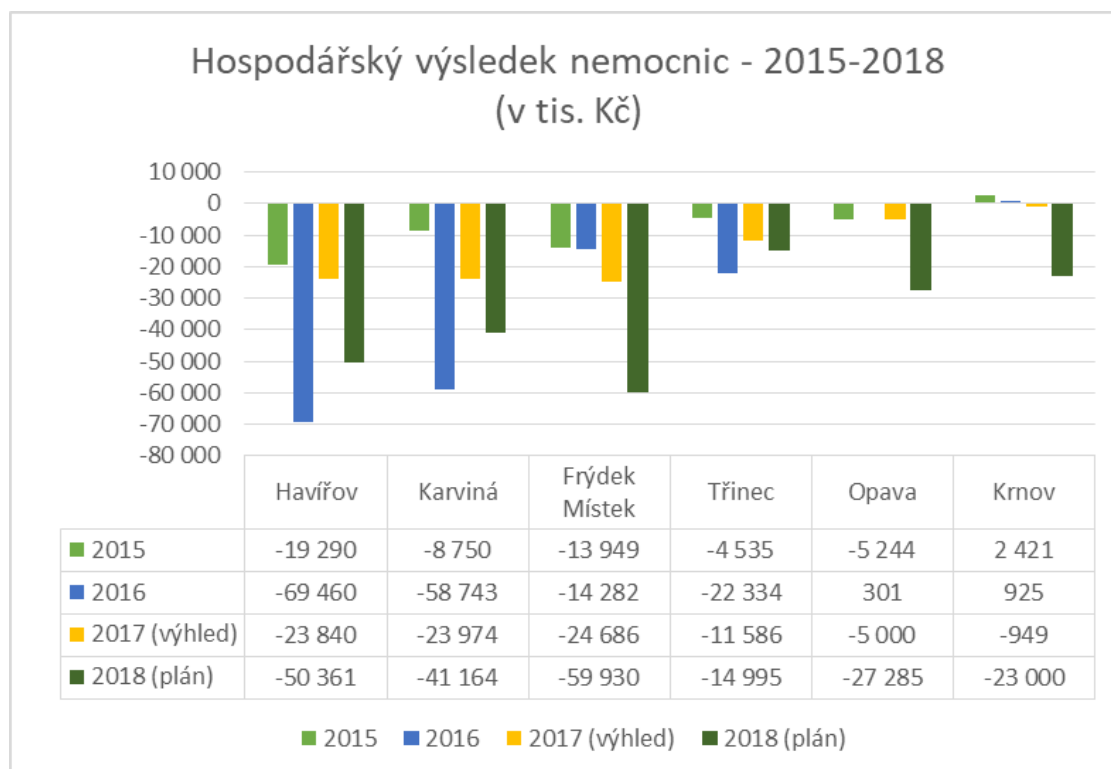
EKONOMICKÝ VÝVOJ

Jak vyplývá z níže uvedené tabulky a grafu, ve všech zřizovaných nemocnicích přetrvává negativní hospodářský výsledek, generovaný hlavně meziročním růstem mezd. Meziročně tím rostou i dotace zřizovatele MSK, kde zatímco v roce 2016 to bylo 96 mil. Kč, v tomto roce se přiblíží 156 mil. Kč, což samozřejmě zásadně vylepšuje HV.

Agregovaný vývoj hospodaření krajských nemocnic ve formě p.o.

Název položky (tab. v tis. Kč)	FP 2016	FP 2017	Výchled 2017	Návrh FP 2018
NÁKLADY CELKEM	5 269 503	5 598 617	5 618 818	6 034 244
VÝNOSY CELKEM	5 105 910	5 401 641	5 528 783	5 802 649
Dotace zřizovatele	96 065	96 982	156 256	71 902
VÝSLEDEK HOSPODAŘENÍ	-163 593	-196 976	-90 035	-231 595

Graf hospodaření po jednotlivých nemocnicích + podrobněji viz příloha č. 4





SMLUVNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Na konci roku 2017 končí platnost tzv. rámcových smluv, které stanoví podmínky, za nichž se uzavírají smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními poskytujícími zdravotní péči a pojišťovnami, a to za účelem zajištění věcného plnění při poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tato smlouva obsahuje také přílohu č. 2. Právě tato část obsahuje základní parametry, které opravňují poskytovatele zdravotních služeb poskytovat zdravotní služby v předmětném rozsahu. Tyto přílohy, a to až na úroveň pracoviště, vedle struktury lůžek (v dělení na standardní a intenzivní) popisují jejich personální, přístrojové a také výkonové vybavení.

A právě počty lůžek determinují rozsah personálního vybavení, které je nezbytně nutné pro poskytování předmětných služeb a které musí odpovídat vyhlášce č. 99/2012Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Zdravotní pojišťovny, také s ohledem na časovou náročnost, a to bylo již několikrát deklarováno, využijí ustanovení v rámcové smlouvě, které umožňuje, i přes skutečnost, že rámcová smlouva končí k 31. 12. 2017 **ponechat strukturu a rozsah nasmlouvaných služeb ještě po dobu roku 2018, tzn., že nová (stávající resp. revidovaná) struktura bude upravena až od 1. 1. 2019. (podmínka tzv. oční opce).**

Toto období bude využito ze strany poskytovatelů **k otevření jednání a hlavně doložení podkladů pro uzavření nového smluvního vztahu.**

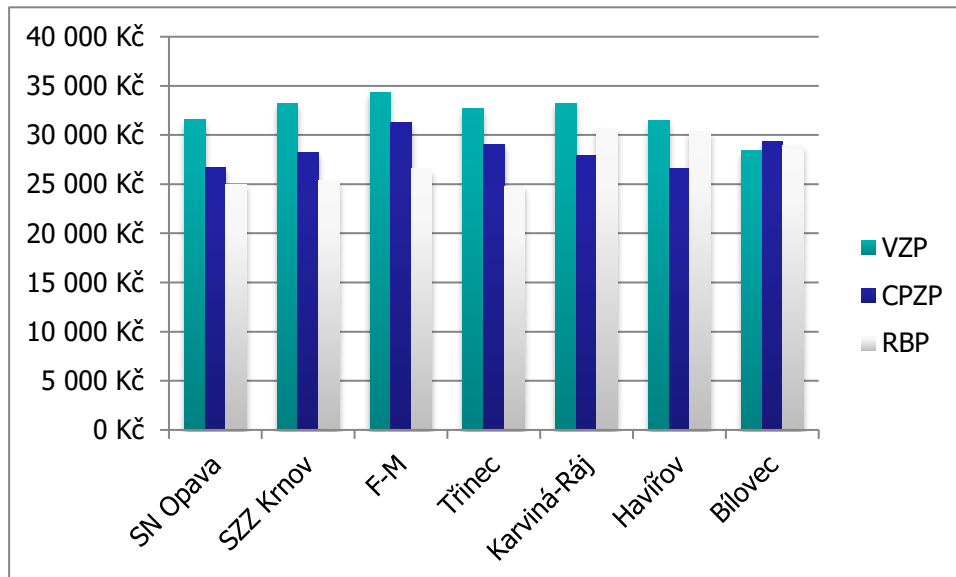
Vedle rámcových smluv, které determinují rozsah a strukturu zdravotní péče, je zde i další skupina smluvních ujednání, které na roční bázi upravují cenové podmínky (tzv. úhradové dodatky).

Zde je nutné uvést, že tyto cenová ujednání, tak jako úhradová vyhláška, pracují s historickými informacemi, které vstupují do algoritmu výpočtu objemu finančních prostředků. Právě tento rozsah daný úhradovou vyhláškou představuje nepodkročitelný objem, kterým, ČR – Ministerstvo zdravotnictví, při splnění definovaných výkonových parametrů, garantuje úhradu předmětných zdravotních služeb.

Právě historické nastavení, metody výpočtu a v minulosti ne vždy úplná úhrada všech provedených služeb, determinují **stanovení tzv. základní sazby, tzn. jednotkové ceny produkce.** Tyto jsou rozdílné nejen mezi poskytovateli zdravotních služeb, ale také i mezi jednotlivými plátcí (zdravotními pojišťovnami). Z toho lze jednoznačně



dovodit, že i přesun pacientů mezi zdravotními pojišťovnami vede v konečném důsledku ke snížení úhrad i přes zachování objemu produkce. Je nutné si dále uvědomit, že **úhradová vyhláška i v roce 2018 bude představovat paušál, který bude poskytovatele limitovat.** Na grafu níže uvádíme přehled jednotkových cen a jejich vývoj v čase.

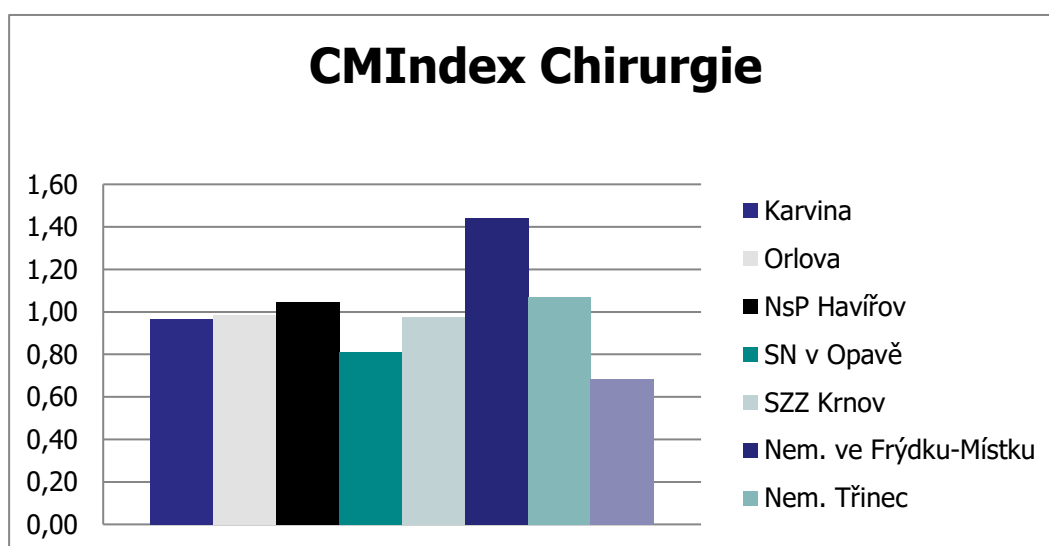
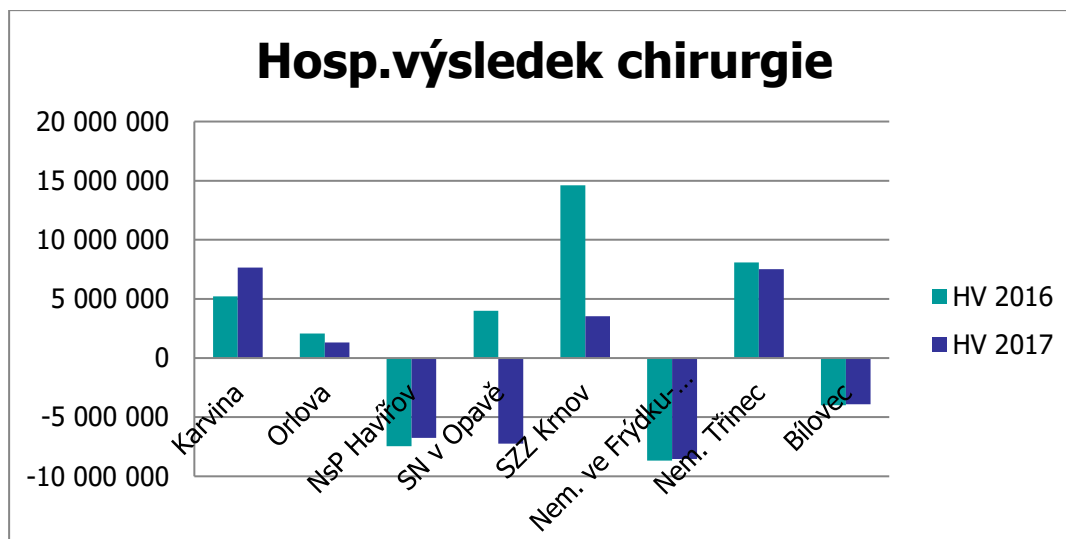


Graf rozdílů v základních sazbách nemocnic zřizovaných MSK nejvíce zastoupených plátců (období rok 2017). Základní sazby ovlivňují mj. úhradu hospitalizačních případů.

Jak vidíme výše v grafu, jedním z klíčových úkolů bude **narovnání (na max. úrovni) základních sazeb**, které jsou základním determinantem pro výpočet úhrad za zdravotní péče jednotlivých poskytovatelů. Není zdůvodnitelné, aby nemocnice obdobného spektra, charakteru a výsledků péče měli různě vysoké základní sazby.

ROZDÍLY PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE KRAJSKÝCH ZZ

Dalším negativním faktorem je rozdílný přístup ke zdravotní péči v jednotlivých nemocnicích v klíčových oborech (chirurgie, interna, neurologie, gynekologie aj.). To má za následek rozdílnou efektivitu při využití odborných kapacit a při spotřebě zdrojů alokovaných na konkrétní zdravotní péči. Hospitalizace a péče během pobytu v nemocnici vykazuje velmi rozdílné výstupní ukazatele, a to i přesto, že charakter, spektrum péče a zákroků je v některých nemocnicích velmi homogenní.



Jak můžeme vyčíst ve výše uvedených grafech, liší se v nemocnicích radikálně hospodářský výsledek na odděleních chirurgie, značné rozdíly jsou taktéž v tzv. CMI (Case Mix Index), který nám udává sumu, resp. průměr relativních vah všech případů na chirurgii, jinými slovy se dá říct, že nám **tento ukazatel vypovídá o náročnosti případů**. Je k zamyšlení a dalšímu zkoumání, proč například nemocnice v Havířově a v Třinci, které mají stejný CMI, tedy stejně náročné případy (a tedy i se stejnou spotřebou zdrojů) mají tak rozdílné ekonomické výsledky (rozdíl více než 10 mil. Kč) jak vidíme na prvním grafu. Rozdílů mezi jednotlivými obory je mnohonásobně více a je nutno po důkladné analýze provést homogenizaci metodik pro účtování nákladů, kontrolu kódování při vykazování péče a další kroky popsání níže v této kapitole.



4. STRUČNÝ SOUHRN KRITICKÝCH FAKTORŮ KRAJSKÝCH ZZ

Jak vyplývá z výše uvedené problematiky a vykonané analýzy nad nemocnicemi a jejich jednotlivými obory zdravotní péče, potýkáme se při poskytování péče s mnohými již kritickými faktory, které musí být řešeny. Jsou to zejména:

- vysoké rozdíly v základních sazbách sjednaných s plátcí
- značný rozdíl v přístupu k stejné zdravotní péči a tím rozdílná alokace a spotřeba zdrojů
- rozdíly v hospitalizačních ukazatelích (délka pobytu v ZZ, nevyužité lůžkové kapacity, atd.)
- rozdíly v personálním obsazení stejných oborů zdravotní péče
- neefektivní a někdy nadsazená struktura lůžkových stanic některých oddělení
- nejednotná metodika při účtování zdrojů a nákladů na jednotlivá nákladová střediska, čímž se stávají zejména operační a chirurgické obory neporovnatelné
- nedostatek lékařů v některých oborech a lokalitách
- tlak na růst platů zdravotnických pracovníků
- negativní ekonomický vývoj některých poskytovatelů/nemocnic
- nejednotná a shora neřízená strategie a terminologie následné péče (LDN, ošetřovatelská, následná, sociální oddělení, atd.)
- nevyužité synergické efekty v některých společných spádových oblastech



5. NÁVRH OPTIMALIZACE ZDRAVOTNÍ PÉČE KRAJEM ZŘIZOVANÝCH A ZALOŽENÝCH NEMOCNIC

Na základě trendů vycházejících z demografické studie, analýzy vnějšího prostředí, přetrvávajícího negativního ekonomického vývoje, personální situace v nemocnicích a na základě interního benchmarkingu je zcela logická snaha o optimalizaci struktury vykonávané zdravotní péče. **Cílem je vytvoření návrhu a efektivní optimalizace cílového spektra lůžkových kapacit reagujícího na současné trendy a možné synergie v sdílených spádových oblastech.**

OKRES KARVINÁ

Kritickým se stává udržitelnost současného spektra péče zejména v nemocnicích „**karvinského okresu**“, kde jak ekonomická, tak personální situace vyústila v omezení části péče. Ve spádové oblasti územní jednotky okresu jsou kromě krajem zřizovaných nemocnic další soukromí a municipální poskytovatelé jak na bázi nemocnic (Hornická nemocnice, nemocnice v Bohumíně a Českém Těšíně), tak ambulantní a komplementární péče ekonomicky lukrativního směru (polikliniky, laboratoře, soukromé diagnostiky atd.). Ve všech krajem zřizovatelských případech, tedy Karviná, Havířov a Orlová, poskytujeme základní akutní a následnou péči, ekonomicky ne tak lukrativní jak privátní poskytovatelé. O to víc musí vést snaha k efektivnějšímu pokrytí této základní péče v zmíněné spádové oblasti, tak aby agregovaně tato ZZ byla provozně soběstačná s minimálně nezáporným ekonomickým výsledkem. **Cílem zde bude návrh struktury zdravotních služeb tak, aby rostla kvalita poskytované péče za současné ekonomické efektivity a se zajištěním dostupnosti zdravotní péče.**

BÍLOVECKÁ NEMOCNICE A.S.

Dalším otazníkem zůstává nemocnice v Bílovci, kterou taktéž provází negativní ekonomický vývoj hospodaření, nejasná strategie směřování zdravotních služeb a navíc z hlediska dohledu a řízení ze strany zřizovatele odlišná právní subjektivita (a.s.) od ostatních nemocnic ve zřizovatelské působnosti MSK. **Vzdálenost cca 20 km do akutních velkých interen a chirurgií, které provozuje FN Ostrava, Městská nemocnice Ostrava, nemocnice v Opavě, Novém Jičíně, či Frýdku-Místku, a zároveň vznikající nedostatek následné péče i v okrese Ostrava, dává za cíl jak zřizovateli, tak managementu nemocnice současnou situaci**

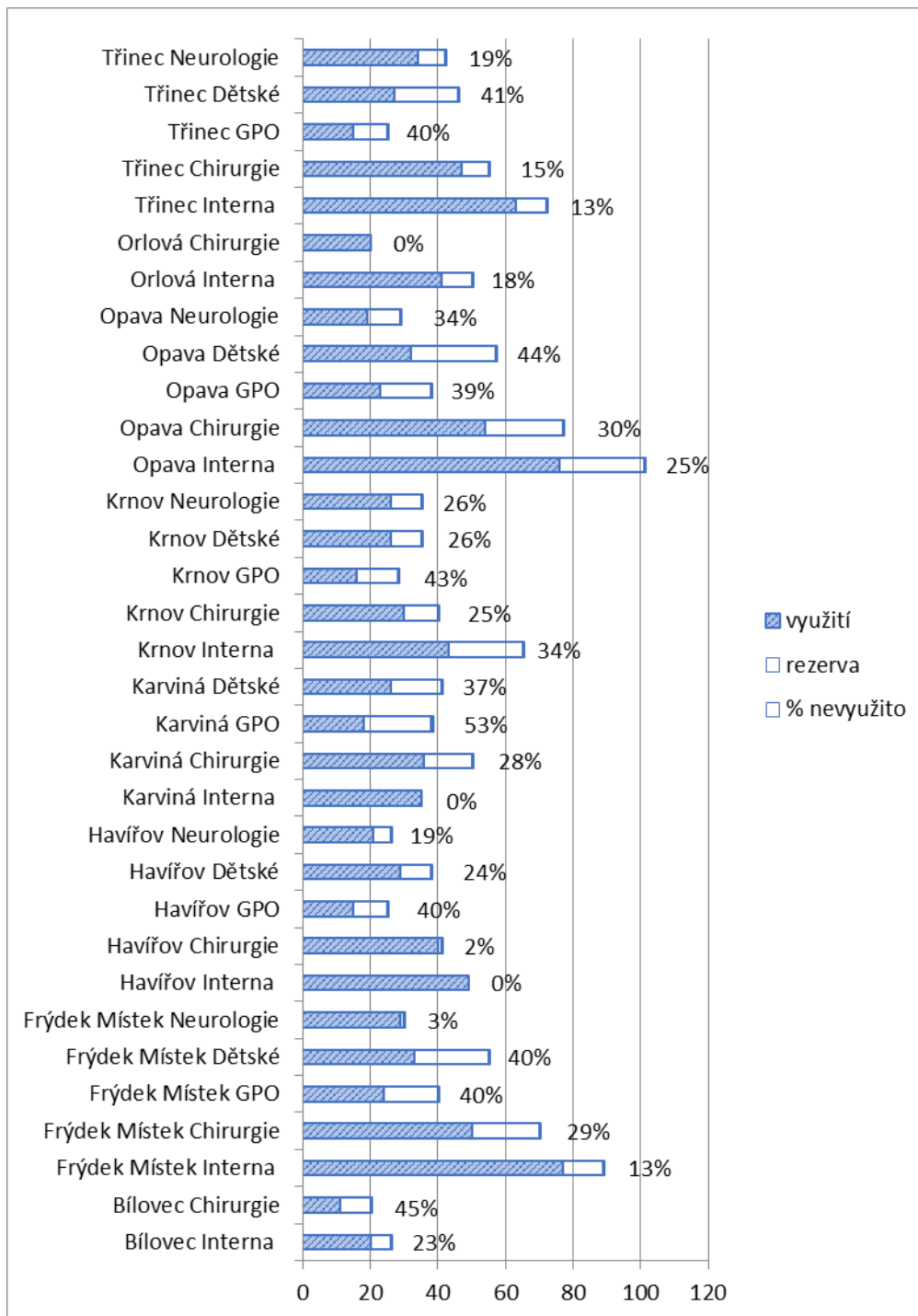


nejen důkladně analyzovat, ale i navrhnout další směřování zdravotní péče Bílovecké nemocnice.

LŮŽKOVÉ KAPACITY KRAJSKÝCH ZZ

Jeví se jako nezbytné **provést důkladnou analýzu lůžkových kapacit** a zejména počtu lůžkových stanic a jejich smysluplného využití v souladu s vyhláškou 99/2012Sb. o požadavcích na min. personální zabezpečení u všech krajských nemocnic s cílem maximální ekonomické efektivity a neoptimálnějšího využití s (re)alokací personálních kapacit. Jak ukazuje navazující graf, nejsou lůžka všude zcela optimálně využita.

Níže je uveden **graf srovnávající počet plně využitých lůžek** v průměru za 2016 a 2017 se současnou reálnou kapacitou. Plně využitým lůžkem je myšleno lůžko, ze kterého je týž den jeden pacient propuštěn a jiný pacient je na totéž lůžko ten samý den přijat. Jako vstupní informace k další analýze po stanicích na odděleních v jednotlivých nemocnicích se jeví zejména ta oddělení, kde je dlouhodobě rezerva z celkové capacity vyšší než 30 %.



Souhrnně - ve většině nemocnic jsou nadbytky kapacit, v některých oborech dokonce velké nadbytky ve všech nemocnicích. Někde po zavření stanice nedošlo ke krizi, protože ani předtím zavřenou kapacitu nevyužili, v Havířově na interně museli snížit počty hospitalizací po zavření lůžek z důvodu nedostatku personálu.



6. NÁSTROJE PRO TVORBU STRATEGICKÉHO PLÁNU PRO NÁSLEDUJÍCÍ OBDOBÍ

- 1) **Aktualizace a sjednocení organizačních struktur nemocnic MSK**
 - Od vytvoření personálních unií došlo v každé nemocnici k vývoji jak po organizační, tak po oborové stránce, což má za následek např. nesourodnot terminologie jednotlivých oborů zejména následné péče z cílem zcela jasné a čitelné organizační a klinicky – oborové struktury.
- 2) **Sjednocení metodiky účtování přímých a nepřímých nákladů**
 - Nemocnice v současné době nemají jednotnou metodiku pro rozúčtování zejména nepřímých nákladů, což vede k značné diskrepanci při posouzení efektivity některých oborů zdravotní péče a jejich srovnání s ostatními ZZ na úrovni MSK, či v nadregionálním srovnání. Příkladem jsou zejména operační obory, kde, každá nemocnice přistupuje k rozúčtování nepřímých nákladů na operačních sálech svým způsobem, další odchylkou jsou přístupy k rozúčtování na sdílených jednotkách intenzivní péče (MOJIP, JIP), Sjednocená metodika přinese transparentní pohled na efektivitu jednotlivých oborů a lepší manažerské rozhodování.
- 3) **Aktualizace výstupů a práce s provozním manažerským informačním systémem**
 - Vedení nemocnic i odbor zdravotnictví jako zástupce zřizovatele dnes používají jednotný provozní manažerský informační systém (MIS) pro vyhodnocování produkce, nákladů a řízení vykonávané zdravotní péče a právě na základě sjednocení výše uvedených bodů bude nutno validovat výstupní statistiky MISu a vytvořit nové sofistikované průřezové výstupy.
- 4) **Komparační analýza klinicko-ekonomického přístupu k zdravotní péči.**
 - Expertní analýza produkce dle případů a DRG na bázi vyúčtování s plátcí formou tzv. K-dávek
- 5) **Analýza Nařízení vlády o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb.**
 - Pro kvalitní rozhodování o optimalizaci a efektivizaci zdravotní péče na území MSK je nutno jako východisko použít platné nařízení a zmapovat dostupnost péče v kraji jak po geografické-místní, tak po časové stránce. Podobná analýza nebyla v minulosti provedena. Je žádoucí se tomuto tématu hlouběji věnovat, jelikož se jedná o základní atribut jakéhokoli rozhodnutí o směřování a strategii zdravotní péče v kraji.



- 6) **Návrhy případné reorganizace nebo reprofilizace zdravotní péče**
 - Reflexe na reálnou situaci v MSK a trendy vyplývající z analýzy vnějšího, vnitřního prostředí a demografického vývoje a jeho vlivu na zdravotní péči, včetně návrhů kroků, které s sebou přináší synergické efekty v oblasti ekonomické, personální, a v neposlední řadě v oblasti poskytované zdravotní péče. Návrh optimálního modelu / matice fungování zdravotní péče v MSK jako podklad pro vyjednávání se zdravotními pojišťovnami.
- 7) **Návrhy v oblasti řízení lidských zdrojů**
 - Zejména zajištění odborných kapacit a jejich stabilizaci v nemocnicích zřízených a založených MSK. Tyto můžou vycházet jak z návrhu případné reorganizace (optimalizace) viz předchozí bod, ale také z hlediska vývoje a zajištění dostatečného pokrytí akreditovanými pracovišti pro výchovu nových odborníků.
- 8) **Investiční strategie**
 - Strategie reflektující jak rozvoj, tak případnou reorganizaci péče v jednotlivých nemocnicích. Smyslem je zmapování a rozčlenění veškerých rozvojových a optimalizačních investic min. na 5 let dopředu z důvodu jejich reálné proveditelnosti a možnosti zdrojů jak vlastních (nemocnice), tak rozpočtových (MSK), či jiných (EU, ČR dotace).
- 9) **Posouzení právní subjektivity nemocnic zřízených krajem**
 - Po stránce organizační, manažerské, účetní a srovnání s potencionálními trendy převodu právní formy v jiných krajích ČR.

Časové milníky dalšího postupu ve věci optimalizace poskytované lůžkové péče v kraji jsou uvedeny v příloze č. 1.

7. PŘÍLOHY

Příloha 1: Časový harmonogram dalšího postupu

Příloha 2: Fluktuace lékařů - Odchody a příchody lékařů za jednotlivé nemocnice

Příloha 3: Fluktuace lékařů - Odchody a příchody lékařů za jednotlivé nemocnice – interny

Příloha 4: Přehled nákladů, výnosů a HV nemocnic zřizovaných MSK



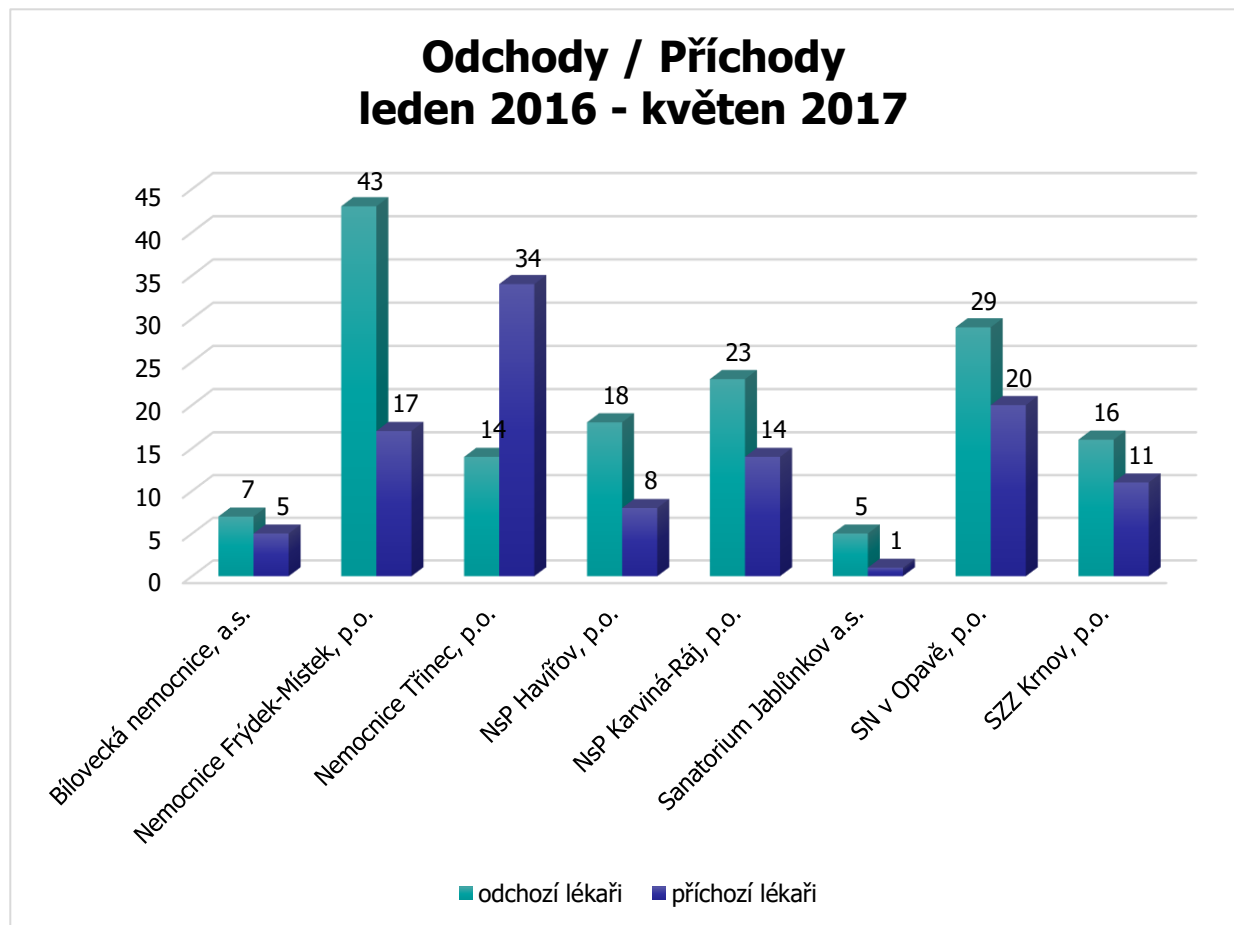
PŘÍLOHA Č. 1 - HARMONOGRAM DALŠÍCH KROKŮ

Aktivita/Období	I.18	II.18	III.18	IV.18	V.18	VI.18	VII.18	VIII.18	IX.18	X.18	XI.18	XII.18
Aktualizace a sjednocení organizačních struktur	■	■										
Sjednocení metodiky účtování přímých a nepřímých nákladů	■	■	■									
Aktualizace vstupních dat manažerského informačního systému		■	■	■								
Nákladové a produkční analýzy nad prováděnou a vykazovanou péčí		■	■	■	■							
Analýza místní a časové dostupnosti zdravotních služeb		■	■	■	■	■						
Plán případné reorganizace nebo reprofilizace zdravotní péče			■	■	■	■						
Rada kraje / zastupitelstvo průběžná informace prvoni návrhy jako podklad pro jednání se ZP			■	■								
Plán řízení lidských zdrojů a stabilizace klíčového personálu				■	■	■	■					
Investiční plán a strategie				■	■	■						
Posouzení právní subjektivity nemocnic					■	■	■					
Jednání se zdravotními pojišťovnami				■	■	■	■					
Dopřesnění modelu optimalizace				■	■	■	■					
Předložení strategie Radě kraje zastupitelstvu						■	■					
Intenzivní jednání se ZP a podpis rámcových smluv							■	■	■	■		
Formalizace výstupu a doporučení										■	■	■



PŘÍLOHA Č. 2 - FLUKTUACE LÉKAŘŮ - ODCHODY A PŘÍCHODY LÉKAŘŮ ZA JEDNOTLIVÉ NEMOCNICE

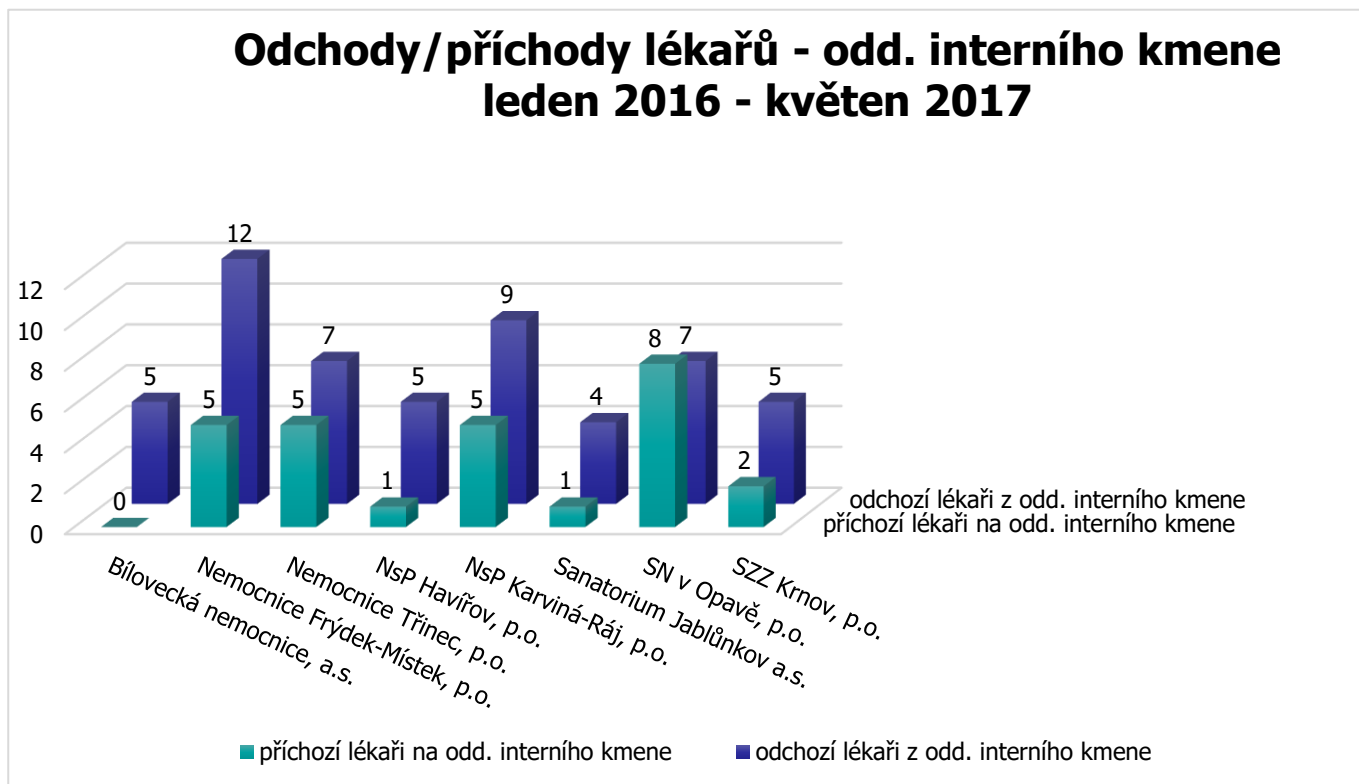
Zdravotnické zařízení	odchozí lékaři	příchozí lékaři
Bílovecká nemocnice, a.s.	7	5
Nemocnice Frýdek-Místek, p.o.	43	17
Nemocnice Třinec, p.o.	14	34
NsP Havířov, p.o.	18	8
NsP Karviná-Ráj, p.o.	23	14
Sanatorium Jablůnkov a.s.	5	1
SN v Opavě, p.o.	29	20
SZZ Krnov, p.o.	16	11
Celkem	155	110





PŘÍLOHA Č. 3 - FLUKTUACE LÉKAŘŮ - ODCHODY A PŘÍCHODY LÉKAŘŮ ZA JEDNOTLIVÉ NEMOCNICE – INTERNY

Zdravotnické zařízení	příchozí lékaři na odd. interního kmene	odchozí lékaři z odd. interního kmene
Bílovecká nemocnice, a.s.	0	5
Nemocnice Frýdek-Místek, p.o.	5	12
Nemocnice Třinec, p.o.	5	7
NsP Havířov, p.o.	1	5
NsP Karviná-Ráj, p.o.	5	9
Sanatorium Jablůnkov a.s.	1	4
SN v Opavě, p.o.	8	7
SZZ Krnov, p.o.	2	5
Celkem	27	54



Přehled nákladů a výnosů zdravotnických zařízení Moravskoslezského I

(v tis. Kč)				
NsP Havířov				
	2015	2016	2017 (výhled)	2018 (plán)
NÁKLADY CELKEM	774 650	837 546	882 718	926 053
VÝNOSY CELKEM	755 360	768 086	858 879	875 692
HV	-19 290	-69 460	-23 840	-50 361
NsP Karviná				
	2015	2016	2017 (výhled)	2018 (plán)
NÁKLADY CELKEM	949 416	999 218	1 062 596	1 128 219
VÝNOSY CELKEM	940 666	940 475	1 038 622	1 087 055
HV	-8 750	-58 743	-23 974	-41 164
Nem. ve Frýdku-Místku				
	2015	2016	2017 (výhled)	2018 (plán)
NÁKLADY CELKEM	858 686	931 971	1 019 970	1 129 115
VÝNOSY CELKEM	844 737	917 689	995 284	1 069 186
HV	-13 949	-14 282	-24 686	-59 930
Nemocnice Třinec				
	2015	2016	2017 (výhled)	2018 (plán)
NÁKLADY CELKEM	650 695	684 505	711 161	764 529
VÝNOSY CELKEM	646 160	662 171	699 575	749 534
HV	-4 535	-22 334	-11 586	-14 995
SN v Opavě				
	2015	2016	2017 (výhled)	2018 (plán)
NÁKLADY CELKEM	1 042 235	1 087 921	1 151 830	1 229 960
VÝNOSY CELKEM	1 036 991	1 088 222	1 146 830	1 202 675
HV	-5 244	301	-5 000	-27 285
SZZ Krnov				
	2015	2016	2017 (výhled)	2018 (plán)
NÁKLADY CELKEM	682 646	728 342	790 542	844 508
VÝNOSY CELKEM	685 067	729 267	789 593	821 508
HV	2 421	925	-949	-23 000