VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE

FAKULTA MANAGEMENTU

INSTITUT MANAGEMENTU ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Vývoj zdravotní péče v ČR

Autor bakalářské práce: Zdeňka Lejsková

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Hana Karásková

Rok obhajoby: 2010

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „**Vývoj zdravotní péče v ČR**“ jsem vypracovala samostatně a veškerou použitou literaturu a další prameny jsem řádně označila a uvedla v přiloženém seznamu.

V Borovanech dne 30. 4. 2010

.....

podpis autora

Anotace

Cílem této práce je analýza vývoje lůžkové péče ve vybrané oblasti, konkrétně následné a akutní lůžkové péče v nemocnicích jihočeského kraje, jejichž právní forma je akciová společnost, a zhodnocení dosavadního vývoje.

Poděkování

Za cenné, rady, náměty a inspiraci bych chtěla poděkovat **Ing. Haně Karáskové** z Vysoké koly ekonomické v Praze, fakulty managementu v Jindřichově Hradci.

Obsah

Úvod 8

1. Základní pojmy 10

1.1. Zdraví 10

1.2. Zdravotnictví 11

1.3. Zdravotní péče 12

2. Členění zdravotní péče 14

2.1. Základní a specializovaná péče 14

2.1.1. Primární péče 15

2.1.2. Sekundární péče 16

2.1.3. Terciární péče 16

2.2. Ambulantní a ústavní péče 17

2.3. Péče potřebná a garantovaná 17

3. Subjekty na zdravotnickém trhu 18

3.1. Regulátor (ministerstva, parlament, senát, specializované komise) 18

3.2. Plátci (pojišťovny, úřady sociální péče) 19

3.3. Poskytovatelé (nemocnice, lékaři, lékárníci) 21

3.4. Spotřebitelé (pacienti) 24

3.5. Dodavatelé (farmaceutické firmy a dodavatelé zdravotnické techniky) 25

4. Spotřeba zdravotní péče 27

4.1. Současné trendy ve spotřebovávání zdravotní péče u jednotlivých subjektů 29

4.1.1. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u regulátora 29

4.1.2. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u plátce 29

4.1.3. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u poskytovatele 30

4.1.4. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u spotřebitele 30

4.1.5. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u dodavatele 31

6. Analýza lůžkové péče 33

7. Hospitalizace na odděleních lůžkové péče 33

7.1. Nemocnice České Budějovice 34

7.1.1. Hospitalizovaní v Nemocnici České Budějovice, a. s. 34

7.2. Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s. 36
7.2.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. 36
7.3. Nemocnice Písek, a. s. 38
7.3.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Písek, a. s. 39
7.4. Nemocnice Strakonice, a. s. 41
7.5. Hospitalizovaní v Nemocnici Strakonice, a. s. 41
7.6. Nemocnice Prachatice, a. s. 43
7.6.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Prachatice, a. s. 43
7.7. Nemocnice Český Krumlov, a. s. 45
7.7.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Český Krumlov, a. s. 45
7.8. Nemocnice Tábor, a. s. 47
7.9. Hospitalizovaní v Nemocnici Tábor, a. s. 47
7.10. Zhodnocení hospitalizací 49
8. Analýza lůžkové péče dle ošetřovací doby 54
8.1. Porovnání průměrné ošetřovací doby na akutním lůžku 54
8.2. Porovnání průměrné ošetřovací doby na lůžku následné péče 57
Závěr 60
Literatura 63
Seznam tabulek, grafů a schémat 65

Úvod

Pacienti v České republice ještě do nedávné doby byli pouze pasivními objekty léčby. Náklady na zdravotní péči se jich netýkaly, nebyli ani příliš zainteresováni na rychlém uschopnění a od lékařů se o svém stavu a diagnóze dozvídali minimum informací.

Tento přístup se ovšem mění, stejně tak se mění celá kultura české společnosti. V souladu s evropským právem jsou vydávány zákony vytvářející nový rámec pro chování pacienta. Tento trend posiluje hlavně neomezený přístup k internetu. Až zdravotnictví přejde na elektronickou formu zpracování a zveřejňování informací, pacient bude moct využívat právě internet ke komunikaci a získávání informací souvisejících například s průběhem své léčby. Bude vědět jak je jeho léčba nákladná a zda jsou jeho finanční prostředky využívány efektivně. Je proto důležité aby občané věděli, že jejich léčba i léčba ostatních něco stojí a jak se na tom podílí zdravotní pojištění.

Vzhledem k aktuálnosti daného tématu, jsem se rozhodla věnovat se v této práci objasnění spotřeby zdravotní péče.

Nejprve je potřeba definovat pojmy jako zdraví, zdravotnictví a zdravotní péče, které jsou základem pro uvedení do zpracovávané problematiky. Poté lze rozčlenit zdravotní péči na dílčí celky. Jejich vysvětlením a dalším dílčím členěním, se lze dostat na primární části, které osvětlí, jak ke spotřebě zdravotní péče dochází. Kdo, kdy, proč a jakým způsobem ji ovlivňuje.

Po vysvětlení spotřeby zdravotní péče, jejích determinantů a jak jednotlivé subjekty na zdravotnickém trhu spotřebovávají zdravotní péči, lze již analyzovat vybraný subjekt, což je v této bakalářské práci poskytovatel zdravotní péče. Konkrétně jde o analýzu lůžkové péče nemocnic s právní formou akciová společnost v jihočeském kraji. Ke sledování jsem si vybrala hospitalizaci, jelikož to je ucelený pobyt pacienta v nemocnici.

Přesnější porovnání vývoje na lůžkových odděleních vybraných nemocnic poskytne analýza doby ošetřovací péče na pacienta.

Závěr zhodnotí výstupy praktické části. Co vypovídají zjištěné výsledky z lůžkových oddělení o hospitalizaci ve vybraných nemocnicích v porovnání s celostátním průměrem. Co ukázala ošetřovací doba ve sledovaných letech ve vybraných zařízeních v porovnání s

celostátním a jihočeským průměrem. Jaké faktory nejvíce ovlivnily sledovaná data a jaký výhled do budoucna plyne ze zjištěných údajů.

1. Základní pojmy

1.1. Zdraví

Zdraví můžeme chápat ze dvou pohledů jako statický a dynamický proces.

Ze statického hlediska se zdraví posuzuje jako konečný stav organismu. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví právě v tomto smyslu, tedy že je to stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejenom absence nemoci či poruchy.

V současné době se preferuje chápat zdraví jako proces. Durdisová[1] kritizuje definice vycházející ze statického pohledu hlavně kvůli nezohledňování dynamiky vztahu lidského organismu jak k vnějšímu prostředí, tak k procesům, které v momentě pozorování v organismu probíhají. Statický pohled, nezohledňuje ani genetickou výbavu člověka, náchylnost na některé choroby či odolnost vůči nim.

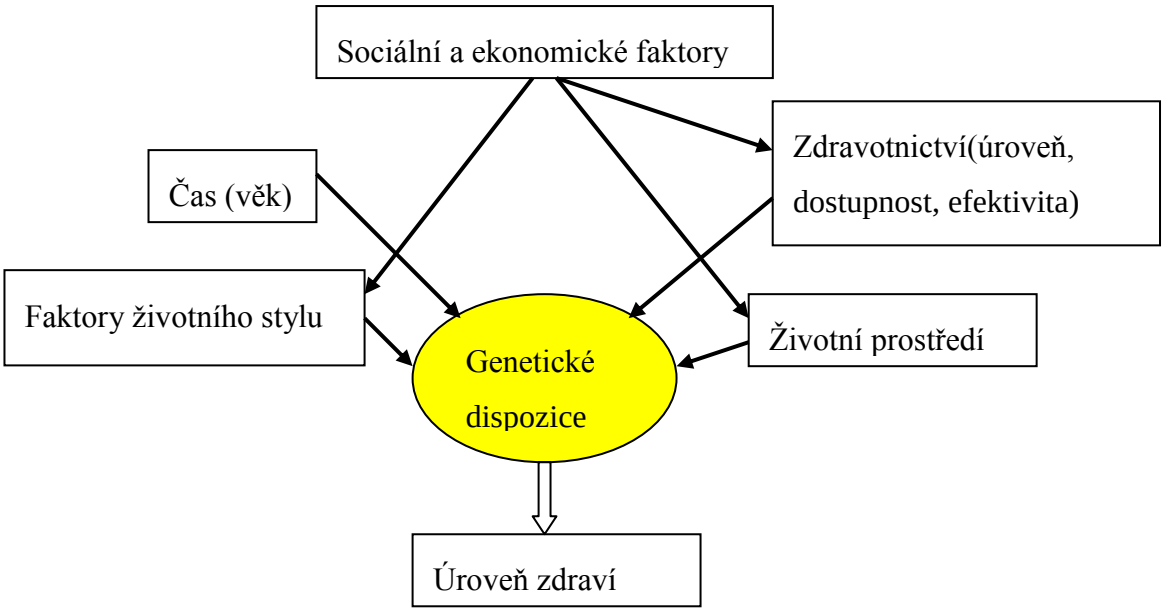
"*Zdraví je nepřetržitě ovlivňováno soustavou životních a pracovních podmínek, ale také ději a situacemi v minulosti. Můžeme tedy říct, že zdraví jako životní proces se neustále mění, a to v závislosti na změně a reakci obou prvků systému, tj. organismu i vnějšího prostředí. Jde o složitý vzájemný vztah interakce mezi organismem a prostředím, ve kterém se uplatňují zpětné vazby a multifaktoriální charakter prvků přírodního a sociálního prostředí.*"[2]. Schéma č. 1 zobrazuje zdravotní stav dynamicky se všemi determinanty, jež jej ovlivňují.

---

[1] DURDISOVÁ J., *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005

[2] DURDISOVÁ J., *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. str. 11-12.

Schéma 1: Faktory ovlivňující zdraví



Zdroj: Institut biostatistiky a analýz, vlastní úprava.

Je to tedy *„…soubor schopností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí“.* [2]

Zdraví je specifická těžko měřitelná hodnota, není to hmotný statek, nemůže být prodáno ani koupeno. To, za co lidé platí například při ošetření lékařem, je zdravotní péče.

1.2. Zdravotnictví

Prevence, léčba a snaha o zvládnutí onemocnění a snaha o zachování duševní a fyzické pohody prostřednictvím služeb poskytovaných lékařskými, ošetřovatelskými a příbuznými zdravotnickými profesemi, tak vnímáme zdravotnictví. Je to více či méně koherentní celek prostředků financování, informací, prevence, zdravotní péče a vzdělávání účastníků systému.

Ve většině vyspělých zemí se člení podle způsobů financováni na veřejné a komerční. Toto členění nezáleží na formě vlastnictví, nýbrž na způsobu financování zdravotních činností.[3]

1.3. Zdravotní péče

Podle Světové zdravotnické organizace je zdravotní péče jakýkoli druh služeb poskytovaných odborníky, nebo pomocnými silami, které mají vliv na zdravotní stav. *„Any type of services provided by professionals or paraprofessionals with an impact on health status.“*[4]

V návrhu věcného záměru zákona o zdravotních službách České republiky a podmínkách jejich poskytování je zdravotní péče definována *jako „soubor činností a opatření prováděných za účelem udržení a prodloužení života fyzických osob, odhalení a odstranění nemoci nebo vady, udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního stavu, zmírnění utrpení, pomoc při reprodukci a porodu.“*[5]

Obě výše uvedené definice lze následujícím způsobem shrnout. Zdravotní péče je soubor služeb, činností a opatření, prováděných lékaři a jim podobnými pracovníky, za účelem uvedení pacienta do zdravého stavu. Zdravý stav viz kapitola Zdraví.

V dosavadních českých právních předpisech není nikde pojem zdravotní péče přesně vymezen. Co přesně se rozumí zdravotní péčí lze dovodit ze zákona č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, a ze zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Musí se vzít na zřetel samozřejmě zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotní péčí se dle uvedených předpisů rozumí péče

- preventivní
- dispenzární
- diagnostická

---

[3] HÁVA, P., *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, říjen 2004

[4] *WHO* [online]. [cit. 2010-04-08]. Glossary. Dostupné z WWW: http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Health+care

[5] *zdn.cz* [online]. 10.12.2007 [cit. 2010-04-08]. Z věcného záměru zákona o zdravotních službách. Dostupné z WWW: http://starezdn.zdn.cz/scripts/detail.php?id=333843

- léčebná
- rehabilitační
- ošetřovatelská
- lékárenská
- lázeňská
- výkon zdravotního dozoru
- porodní asistence
- posudková činnost lékařů
- odborná přednemocniční neodkladná péče
- odběry a zpracování krve
- odběry lidských tkání, orgánů, biologického materiálu
- podávání informací a povinných hlášení podle zákona
- posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti pro účely nemocenského pojištění, dávek a služeb sociální péče

2. Členění zdravotní péče

Zdravotní péče se člení mnoha způsoby podle různých kritérií a úhlů pohledu.

Například Dolanského[6] členění:

- podle rozsahu
- podle úhrady ze zdravotního pojištění
- ambulantní péče
- zvláštní druhy péče
- ústavní péče
- zdravotní péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách
- lázeňská péče

Durdisová[7] rozděluje zdravotní péči na:

- základní a specializovanou
- ambulantní a ústavní
- standardní a nadstandardní

V této práci se zaměřím na členění podle Durdisové, jelikož mi přijde vhodnější pro pochopení spotřebovávání zdravotní péče a to díky své komplexnosti a podrobnosti

2.1. Základní a specializovaná péče

- Primární péče
- Sekundární péče
- Terciární péče

Z Tabulky č. 1 je zřetelně vidět, že terciární péče se týká relativně malé části obyvatelstva, ale spotřebovává nejvíce finančních prostředků při porovnání s ostatními typy péče. *„Tato situace staví otázku, jak napravit poměr mezi objemem finančních zdrojů a společenskou*

---

[6] DOLANSKÝ H., *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2008

[7] DURDISOVÁ J., *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005

potřebou určitého typu zdravotní péče, zda je možno tento vývoj zmírnit aktivitami v ochraně zdraví, prevenci a posilování výkonnosti primární péče.“[8]

Tabulka 1: Náklady podle typu zdravotní péče v ČR

Typ péče	Obyvatelé využívající péči (%) [x]	Podíl nákladů z celku (%) [y]	Index relativních nákladů [y/x]
Primární	80	15	0,2
Sekundární	15	45	3
Terciární	5	40	8

Zdroj: Durdisová J., Ekonomika zdraví, vlastní úprava

2.1.1. Primární péče

Prvotní kontakt pacienta se zdravotnictvím je právě prostřednictvím této péče. Má největší podíl ošetření a vyšetření. Je to místo odkud pacient postupuje dále do specializovanějších zařízení.

Primární péče zahrnuje:

- praktické lékaře pro dospělé
- praktické lékaře pro děti a dorost
- agentury (komplexní) domácí péče
- základní gynekologickou péči
- základní stomatologickou péči
- LSPP (lékařská služba první pomoci)
- lékárny

[8] DURDISOVÁ J., *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. str. 25

2.1.2. Sekundární péče

Druhý stupeň setkání pacienta se zdravotnictvím je prostřednictvím této specializované péče, která je vykonávána v ambulantních či lůžkových zařízeních odborníky. Zahrnuje mnoho oborů například chirurgii, traumatologii, urologii apod.

Praktický lékař, v Tabulce č. 2 prezentován jako zástupce primární péče, poskytuje bez rozdílu všem svým pacientů komplexně-preventivní péči. Ukazatel počtu nových onemocnění k počtu obyvatel (incidence) je u něj nižší než u specialisty, jako zástupce sekundární péče, jelikož specialista má vyselektovány pacienty, kteří vyloženě potřebují určitou lékařskou péči, tedy nejsou zdraví. K praktickému lékaři chodí pacient na preventivní vyšetření či s nedefinovatelnými příznaky nemoci. Právě primární péče určí, zda je nutné postoupit dál v hierarchii a to do druhého stupně.

Tabulka 2: Rozdíly v přístupech k problémům u praktického lékaře a specialisty

	PRAKTICKÝ LÉKAŘ	SPECIALISTA
Soubor pacientů	Neselektovaný	Selektovaný
Incidence závažných stavů	Nízká	Vyšší
Převažující přístup	Empirický (např. výběr pro endoskopii)	Diagnóza (např. Endoskopie)
Priority ve vztahu k pacientovi	Prognóza a kvalita života pacienta	Diagnóza obtíží

Zdroj: Seifert B., Úvod do všeobecného lékařství, vlastní úprava

2.1.3. Terciární péče

Terciární zdravotní péče je poskytovaná vysoce specializovanými zdravotními pracovníky ve vysoce specializovaných zařízeních (např. IKEM). Je maximálně komplexní a technologicky náročná. Patří sem například kardiochirurgie či neurochirurgie.

2.2. Ambulantní a ústavní péče

Toto rozdělení je obecně jedno z nejpoužívanějších. Sleduje se díky němu síť zdravotnických zařízení.

Ambulantní péče je poskytovaná docházejícím pacientům. Vykonávají ji odborní a praktičtí lékaři v ordinacích a ambulantních zařízeních.

Ústavní péče je poskytována v nemocnicích a léčebných ústavech, pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta. Tato péče vykazuje mnohem větší požadavky na technické zázemí, množství pracovníků atd., tudíž je mnohonásobně dražší než péče ambulantní.

V zařízeních ústavní péče může být poskytována i ambulantní péče.

Standardní péče je ta, která je pacientům všeobecně poskytována za účelem zachování nebo zlepšení zdraví.

Nikde není přesně uvedeno, co to nadstandardní zdravotní péče je. Lze říct, že je to ve většině ohledů lepší, kvalitnější a také dražší alternativa k zdravotním úkonům, které nejsou pro aktuální zdravotní stav pacienta nezbytné.

2.3. Péče potřebná a garantovaná

Nezbytně nutná neboli potřebná zdravotní péče je včasná, rychlá, účelná pro naději na zlepšení čí přežití pacienta.

„Garantovaná péče je hrazena v rámci povinného všeobecného zdravotního pojištění nebo ze státního rozpočtu s případnou finanční spoluúčastní pacienta.“ [9]

V tomto ohledu je nejdůležitější princip rovnosti, to znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat své zdraví.

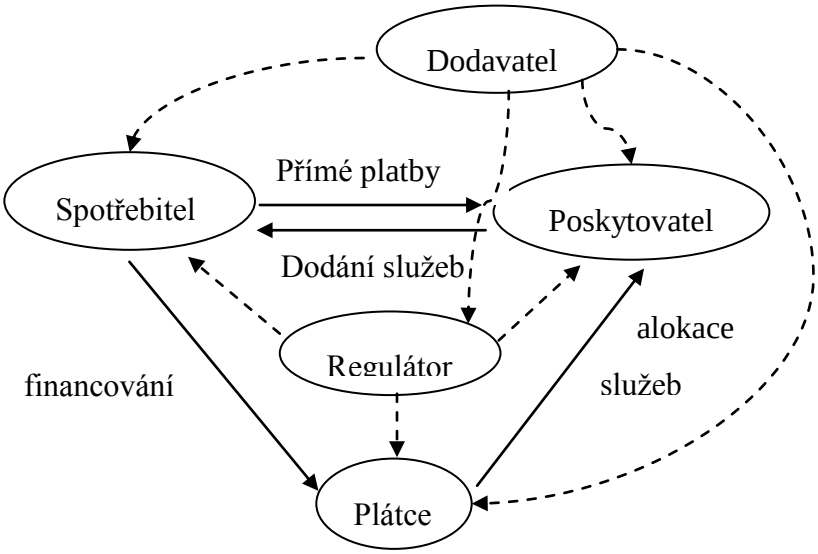
---

[9] DURDISOVÁ J., *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. str. 28

3. Subjekty na zdravotnickém trhu

Na trhu obecně se vždy setkává nabídka s poptávkou a dochází ke směně produktů, ať jsou to služby nebo zboží. Tento vztah funguje pochopitelně i na zdravotnickém trhu. Kde je poskytovatel, nesmí chybět spotřebitel. Mezi nimi probíhá směna. Poskytovatel dodá spotřebiteli služby za platbu. Pacienti přímo lékaři za ošetření neplatí. Finance od nich vybírají pojišťovny prostřednictvím zdravotního pojištění. V současnosti se spotřebitelé spoluúčastní na platbě poskytovateli a to víceméně symbolickou částkou, kterou upravuje zákon o veřejném zdravotním pojištění. Pojišťovny alokují vybrané zdroje poskytovatelům. Tím se koloběh uzavře. Ovšem na zdravotnickém trhu existuje ještě regulátor a dodavatelé. Jejich rolí je ovlivňovat ekonomické otázky Co, Jak, Pro koho. Dodavatel navíc ovlivňuje rozhodování regulátora. Zdravotnický trh zobrazuje Schéma č. 2.

Schéma 2: Rozšířený trojúhelník zdravotní péče



Zdroj: HÁVA P. Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad, str. 258

3.1. Regulátor (ministerstva, parlament, senát, specializované komise)

Regulátor zajišťuje finanční stabilitu systému, zajišťuje dostatek finančních prostředků pro úhradu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a zajišťuje dostupnost zdravotní

péče. Stanovuje rozsahy a limity poskytování hrazené zdravotní péče a různá omezení v počtu lékařských výkonů.

Velkou překážkou rozvoje zdravotnictví je ovšem regulace. Webový portál Juristic[10] uvádí, že rozhodnutí regulátora ovlivňuje směr vývoje nových zdravotnických technologií. Ty, které regulátor neuzná, nemají žádnou šanci vstoupit na trh a tam být testovány.

Regulátor svým rozhodnutím určí poměry nových technologií na zdravotnickém trhu. Nelze nikdy zcela přesně předpovědět, jaké toto rozdělení bude, jelikož je závislé na personálním obsazení úřadu, který rozhoduje. Ač jsou evropské, samozřejmě i české zdravotnické trhy poměrně výrazně regulované, najdeme i zde ty nejmodernější postupy a technologie a to díky situaci v USA a poslední dobou i v Jihovýchodní Asii, jelikož tam jsou minimální regulace. Náš trh pak jen přebírá postupy ověřené na volném trhu.

3.2. Plátci (pojišťovny, úřady sociální péče)[11]

Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění stanovuje, že veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany s pobytem na území ČR, nebo jsou zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR. Zákon ustanovuje 3 skupiny plátců pojistného zdravotního pojištění.

1) stát platí pojistné za nezaopatřené dítě, důchodce, uchazeče o zaměstnání a některé další skupiny.
2) zaměstnavatel odvádí část pojistného za zaměstnance
3) pojištěnec je plátcem, je-li zaměstnancem, osobou bez zdanitelných příjmů, nebo samostatně výdělečnou osobou

100% pojistného a finanční prostředky od státu podléhají přerozdělování mezi zdravotními pojišťovnami z důvodů srovnání rozdílů mezi nimi. Bere se ohled na věkovou strukturu pojištěnců jednotlivých pojišťoven, solventnost, výše nákladů na úhradu zdravotní péče.

Úkolem přerozdělování pojistného je udržení určité míry solidarity mezi pojištěnci

---

[10] ŽAMBOCH, J. Nedostupnost nových technologií ve zdravotnictví. *Juristic* [online]. 18. 7. 2003, [cit. 2009-12-30]. Dostupný z WWW: http://medico.juristic.cz/149485.

[11] DOLANSKÝ H., *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2008

s vysokými příjmy a s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnci zdravými a nemocnými.

Hlavním zdrojem příjmů pojišťoven jsou platby pojistného od plátců zdravotního pojištění. Dále pojišťovny samy vytvářejí vlastní zdroje využívání fondů, příjmy z pokut, poplatků a přirážek k pojistnému.

„Výdaje pojišťovny podle zákona zahrnují

- *platby za úhrady zdravotní péče poskytované na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními,*
- *platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům Pojišťovny,*
- *úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině*
- *úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče,*
- *úhrady částek, přesahujících limit pro regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění“*[12]

Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí, že za posledních 5 let, od roku 2004, vzrostly náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o čtvrtinu, ze zhruba 157 miliard korun na téměř 194 miliard korun.

V následující tabulce je přehled výdajů podrobně rozdělen. Tabulka č. 3 zobrazuje údaje od roku 2000. Stoupající trend je zřejmý na první pohled.

---

[12] *epravo.cz*: Zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky [on-line] [cit 2010-04-07]. Dostupné z http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ceske-narodni-rady-o-vseobecne-zdravotni-pojistovne-ceske-republiky-11982.html

Tabulka 3: Veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR (mil. Kč)

Rok	Státní rozpočet + územní rozpočty		Zdravotní pojišťovny		Celkem veř. výdaje na zdravotnictví
	celkem	z toho: neinvestiční	celkem	z toho: zdrav. péče	
2000	17 170	8 496	115 792	111 421	132 962
2001	17 346	9 137	127 860	123 350	145 206
2002	20 279	9 830	142 018	137 295	162 297
2003	23 891	10 202	151 701	146 368	175 592
2004	21 495	10 617	163 330	157 798	184 825
2005	21 263	10 756	170 093	164 343	191 356
2006	22 828	12 499	174 200	166 902	197 027
2007	22 851	12 228	183 713	179 527	206 565
2008	18 527	10 858	200 592	193 528	219 119

Zdroj: ÚZIS, vlastní úprava

3.3. Poskytovatelé (nemocnice, lékaři, lékárníci)

„*Základní funkcí nemocnic je poskytování léčebné péče těm pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně. Jádrem činnosti všech nemocnic jsou činnosti diagnostické, léčebné a činnosti spadající do sekundární a terciární péče.*“ [13]

V ČR bylo koncem roku 2008 Ústavem zdravotnických informací a statistiky evidováno:

- 20 nemocničních zařízení řízeno přímo Ministerstvem zdravotnictví
- 24 zařízení spravováno kraji
- 18 zařízení, jejichž zřizovatelem je město nebo obec
- 122 privátních zařízení (je zde zařazeno i 51 nemocnic, kde 100% podíl je majetkem kraje nebo obce)

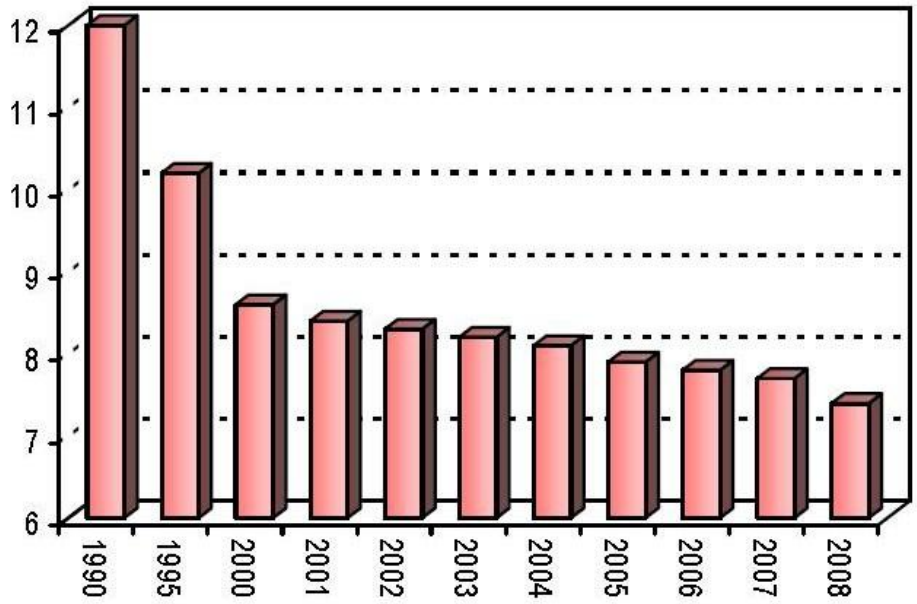
[13] GLADKIJ I., *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003, str 51

- 5 zařízení patřící pod Ministerstvo obrany a spravedlnosti

Během posledních dvou desetiletí se projevují následující snahy pro zefektivnění nemocniční péče [14]

- optimalizují se počty lůžek v závislosti na kapacitě a struktuře nemocnic
- snižuje se průměrná délka ošetřovací doby (viz Obrázek č. 1)
- některé výkony dříve prováděné v nemocnicích jsou přenechány na ambulantní péči
- vzhledem k demografickým změnám se zvyšuje počet lůžek pro dlouhodobě nemocné
- hledají se takové možnosti financování, které by motivovaly zaměstnance nemocnic k racionálnějšímu využívání prostředků a vyšší kvalitě
- zkoušení nových technologií

Obrázek 1: Průměrná ošetřovací doba v ČR



Zdroj: ÚZIS, Lůžková péče 2008

Celkově v České republice klesá počet hospitalizací na akutních nemocničních lůžkách. Důvodem jsou jednak omezené finanční prostředky nemocnic, také nové léčebné postupy a důvodem mohou být i zavedené regulační poplatky. (viz praktická část)

Lékaři, stomatologové a farmaceuti provozují svoji praxi buď soukromě, nebo jsou

[14] GLADKIJ I., *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003

zaměstnáni nejčastěji zdravotnickým zařízením. Odborná způsobilost k výkonu lékařského povolání se provádí atestační zkouškou. Té se může zúčastnit člověk, který absolvoval předepsaný vzdělávací program a provedl alespoň předepsané množství výkonů. Řada lékařů pracuje ve více oborech najednou a to ve stejném nebo v jiných zařízeních.

Tabulka 4: Síť zdravotnických zařízení v roce 2008 v ČR

Druh zařízení	Počet zařízení	Lékaři*)	ZPBD**)	Lůžka
		přepočtený počet vč. smluvních	přepočtený počet vč. smluvních	
Nemocnice (vč. ambulantní části)	1 392	18 401,64	57 185,79	63 263
Odborné léčebné ústavy	154	1 307,67	6 619,81	22 005
Lázeňské léčebny	84	325,53	1 096,41	25 490
Samostatná ambulantní zařízení celkem	24 063	22 897,50	30 310,57	-
- z toho ordinace lékařů	19 681	20 273,77	19 682,22	-
Zvláštní zdravot. zařízení celkem	417	1 214,13	4 311,59	-
- z toho kojenecké ústavy a dětské domovy	33	33,82	852,95	-
- z toho dětské stacionáře a centra	37	14,15	182,39	-
- z toho jesle a další dětská zařízení	48	0,22	208,45	-
- z toho stacionáře pro dospělé	41	61,34	98,93	-
- z toho dopravní záchranná zdrav. služba	237	1 055,07	28 690,27	-
Zařízení lékárenské péče	2 786	0,92	4 849,62	-
Hygienická služba	30	188,36	848,47	-
Ostatní	43	45,96	32,94	-
Celkem	27 769	44 381,72	105 255,20	110 758

Zdroj: Malečková, R., ÚZIS, vlastní úprava

Poznámka: *) vč. zubních lékařů **) zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí bez odborného dohledu (Zákon č. 96/2004 Sb.)

3.4. Spotřebitelé (pacienti)

Pacient se ve zdravotnictví jednak podílí na financování systému a samozřejmě

spotřebovává zdravotní péči. Tyto dvě role jsou od sebe díky alokačním mechanismům odděleny. Tedy v momentě spotřeby zdravotní péče pacientem je pro něj tato péče bezplatná. To ovšem vytváří slabou pozici pacienta v případě selhávání zdravotní politiky státu.

V Listině základních práv a svobod je stanoveno, že spotřebitel má nárok na standardní bezplatnou zdravotní péči v objemu a kvalitě dané jeho zdravotním stavem. Pacient má také právo si vybrat lékaře, zdravotnické zařízení a pojišťovnu. Jeho pojišťovna však s nimi musí být ve smluvním vztahu. Spotřebitel se musí podrobit preventivním prohlídkám a léčbě, pokud je zákonem uloženo povinné léčení daného onemocnění.

Pacient se podílí na financování systému tím, že hradí pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Případně daněmi do veřejných rozpočtů.

V soukromém sektoru hradí pacient spotřebovanou péči přímou úhradou nebo prostřednictvím komerčního pojištění a to v rozsahu vymezeném svým zdravotním stavem a finančními možnostmi.

Ve veřejném sektoru je pacient znevýhodněn bezekvivalentní směnou.

3.5. Dodavatelé (farmaceutické firmy a dodavatelé zdravotnické techniky)

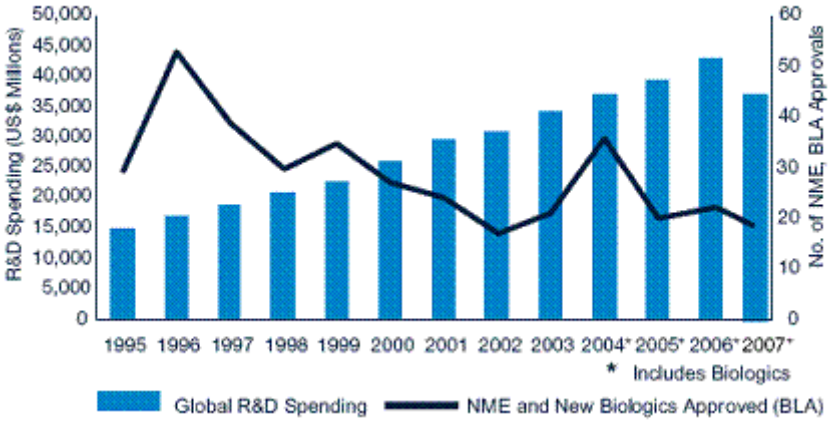
Na zdravotnickém trhu nesmí chybět ti, co dodávají medikamenty, technologie, techniku a prostředky. Jsou to farmaceutické firmy a dodavatelé zdravotnické techniky a prostředků.

Stejně jako jiné obchodní společnosti i farmaceutické firmy se orientují především na zisk. Současný farmaceutický průmysl je postaven především na lécích masové spotřeby. Jedná se o léky, které dosáhnou nebo překročí v ročním prodeji 1 miliardu amerických dolarů. Ziskovost je tedy v desítkách procent. Musí se brát ale v potaz extrémně vysoké náklady na výzkum a vývoj (viz Obrázek č. 2). Další náklady plynou z požadavků regulátorů povolujících zavedení nových léků, ze složitých klinických zkoušek a registrací nových léků. Celkově rostou požadavky na léky, na jejich účinnost, bezpečnost a komfort při používání.[15]

---

[15] REJHOLEC, V. *Vesmir.cz* [online]. 2005 [cit. 2010-04-11]. Farmaceutický průmysl na rozcestí. Dostupné z WWW: http://www.vesmir.cz/clanek/farmaceuticky-prumysl-na-rozcesti.

Obrázek 2: Pokles v produktivitě výzkumu a vývoje (Research and Development, R&D)



Zdroj:Price Waterhouse Coopers

Přestože v posledních deseti letech rostly náklady na výzkum a vývoj ve farmacii jak je patrné z obrázku č. 2, tak produktivita výzkumu a vývoje v dlouhém období klesá. „*Je zřejmé, že změny jen v této oblasti nemohou vést k natolik radikální změně, aby velká část obrovských investic do farmaceutického výzkumu a vývoje nebyla promarněna, ale aby tyto investice přinášely adekvátní přínos jak pro akcionáře farmaceutických firem, tak pro pacienty a společnost jako celek.*“[16]

[16] MRÁZOVÁ, L. *Pwc.com* [online]. květen 2009 [cit. 2010-04-11]. Pomůže virtuální člověk snížit náklady na farmaceutický výzkum?. Dostupné z WWW: http://www.pwc.com/cz/cs/clanky-2009/pomuze-virtualni-clovek-snizit-naklady-farmaceucie.jhtml

4. Spotřeba zdravotní péče

„Péče o zdraví představuje v moderní společnosti komplexní sociální systém, v rámci kterého jsou poskytovány zdravotnické služby, zajišťována ochrana zdraví občanů a prevence vzniku nemocí.“[17]

Na rozdíl od ostatních statků tržně spotřebovávaných je zdravotní péče statek zvláštního druhu (tzv. vyšších statků neboli veřejných kolektivních statků). Jeho spotřeba je výsledkem smíšeného, kolektivního a individuálního rozhodnutí. Spotřebiteli těchto statků jsou biologicky a sociálně diferencované skupiny osob (muži, ženy, děti, důchodci, validní a invalidní, aktivní a neaktivní)[18]

Poptávka po zdravotní péči je nepravidelná a nepředvídatelná na rozdíl od poptávky po běžných statcích. Nejvíce spotřebu zdravotní péče ovlivňují symptomy nemoci a úroveň dostupnosti péče.

Na běžném fungujícím trhu existují mechanismy, díky nimž spotřebitel má představu jak bude vypadat koncový stav či koncový produkt pokud se nejedná o službu protože:

- má přístup k informacím o produktu
- je suverénním pánem při vydávání svých peněz k získání produktu
- má k dispozici i jiné alternativy

Zatímco ve zdravotní péči:

- je spotřebitel izolovaný od plátce
- má spotřebitel velmi malou možnost ovlivnit, jak budou jeho peníze vynaloženy
- ačkoli jsou veřejnosti známy údaje o účinnosti a bezpečnosti poskytovatelů zdravotních služeb, často je velice obtížné jim porozumět
- spotřebitel sice může ocenit vybavení, slušné chování personálu, kvalitu stravy, ale nedokáže posoudit, zda směr, kterým se ubírá jeho léčebný proces je ten nejlepší, z toho plyne, že pacient obvykle neví, jak má vypadat kvalitní zdravotní péče

---

[17] JANEČKOVÁ H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha : Portál, 2009 str. 82
[18] HÁVA P., *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004

Tyto rozdíly zcela znemožňují fungování normálních tržních principů.

Podle Gladkije[19] je spotřeba zdravotní péče nejzřetelnějším projevem procesu poskytování péče.

Nejčastějším důvodem vyhledání zdravotnických služeb je aktuální zdravotní stav jedince. Je samozřejmě modifikován demografickými znaky, dostupností lékaře, organizací a druhem lékařské péče a druhem nemoci.

Jako indikátory spotřeby lze použít mnoho různých faktorů, např. počet kontaktů jedince s lékařem za rok, procento obyvatelstva, které za rok navštíví lékaře, počet pacientů odeslaných na pomocná vyšetření, počet spotřebovaných léčiv, podíl hospitalizovaných, obrat nemocničních lůžek atd.

Rozdílné variace v celkové spotřebě zdravotnických služeb například v různých geografických či odborných oblastech mohou vést k tomu, že někde může být zdravotní péče nadužívána a jinde spotřebovávána méně.

Lze pozorovat úsilí vytvořit směrnice a kritéria přiměřené nebo vhodné péče. Úroveň přiměřenosti zdravotní péče může vysvětlovat meziregionální variace ve spotřebě. Celkově je stále silnější snaha o omezení spotřeby zdravotní péče, která není nezbytná.

Rozhodnutí vyhledat zdravotní péči ovlivňují 3 odlišné skupiny faktorů[20]

- pociťovaná potřeba péče – vědomí chybějícího zdraví, ztráty zdraví, zhoršení zdravotního stavu. V této situaci člověk obvykle vyhledává zdravotnická zařízení.
- predisponující faktory (věk, pohlaví) – tyto faktory jsou založené na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu, včasná eliminace zdravotních rizik
- usnadňující faktory (příjem, finanční zdroje společnosti…)

---

[19] GLADKIJ. I., *Úvod od zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995

[20] ZLÁMAL J., *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005

4.1. Současné trendy ve spotřebovávání zdravotní péče u jednotlivých subjektů[21]

V současné době je patrný růst nákladů na zdravotnictví a zároveň snaha o jejich regulaci. Náklady rostou hlavně kvůli technologickému pokroku v medicíně a zvyšováním dostupnosti drahých technologií a léků. Díky tomu dochází k prodlužování lidského života a nejvyšší počet nemocných je koncentrován ve vyšších věkových skupinách. Je ovšem důležité racionálně a efektivně nové technologie, diagnostické postupy a léčbu využívat.

Současným problémem zdravotního systému je i nadspotřeba zdravotní péče, která je do značné míry podmíněna povinným zdravotním pojištěním, což vede k neuvědomení si ceny zdravotnické péče u části populace.

4.1.1. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u regulátora

Regulátor řeší zejména otázky finanční udržitelnosti zdravotního systému a současně zajišťuje dostupnost zdravotní péče pro všechny, kdo ji potřebují. Medicína se dynamicky vyvíjí a současně i rostou náklady na zdravotní péči, ovšem současně klesají zdroje na pokrytí rostoucích výdajů, regulátor proto reaguje na růst nákladů zaváděním různých typů makroekonomických regulací jako je například redukování rozsahu hrazené péče (vyjmutí standardní zubní péče z péče hrazené veřejným zdravotním pojištěním), zavedení různých forem spoluúčasti (regulační poplatky), uplatňují restrikci v lékové politice (kontrola preskripce léků), zavádění limitních úhrad a podobně. Účelem těchto omezení je především kontrola nákladů.

4.1.2. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u plátce

V současné době se zvyšuje zájem o sledování ekonomické efektivnosti zdravotnických služeb. Důraz je kladen na kontrolu využívání zdrojů. Proplácení péče je uplatňována způsobem, který pokud možno objektivně odráží skutečnou výkonnost jednotlivých zdravotnických subjektů.

---

[21] JANEČKOVÁ H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha : Portál, 2009

4.1.3. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u poskytovatele

Při poskytování zdravotní péče je dán důraz na dodržování a respektování práv pacientů.

Trendem je zamezení plýtvání a zatěžování pacientů nadbytečnými diagnostickými výkony, neadekvátní léčbou a nadměrným užíváním léků. Dodržují se standardní postupy a kontinuita péče.

Těžiště zdravotní péče se přesouvá ze sféry nemocniční do ambulantní či terénní. Jasným důvodem jsou hlavně opět náklady, protože se ušetří za hospitalizaci. Neméně důležité jsou i psychologické a sociální důvody. Když je pacient léčen v nemocnici, je tím vytržen ze svého sociálního prostředí. Naopak při ambulantní léčbě je jeho sociální role zachována což mu může při zvládání nemoci pomoct. Navíc ve svém domácím prostředí snadněji získává psychologickou oporu.

V současnosti je rozvíjena a podporována primární péče, jelikož se rozšiřuje péče do oblasti prevence vzniku onemocnění. Snahou je včasná detekce onemocnění a rychle nastupující léčba. Tento postup zvyšuje jak medicínskou tak ekonomickou efektivitu terapie. Medicínsky tím, že je předcházeno vzniku nemocí omezením známých rizikových faktorů. Ekonomická efektivita spočívá v investování prostředků tak, aby směřovaly k předcházení nemocem či oddálení jejich výskytu v populaci.

4.1.4. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u spotřebitele

Stoupají nezdravotnická očekávání veřejnosti, požadavky na vstřícnost a úctu k pacientovi a zaměření na jeho potřeby. Spotřebitel již nechce a nemůže být převážně pasivním článkem v systému poskytování zdravotní péče, nutí lékaře změnit jeho paternalistický přístup. Stává se důležitým partnerem v komplexním systému péče. Škrla[22] říká, že díky efektivní komunikaci a možnosti spolurozhodování má pacient větší schopnost přesně dodržet léčebný režim nejen, ale hlavně, během doby rekonvalescence.

Spotřeba zdravotní péče na straně spotřebitele je také dána rozložením, strukturou a dostupností zdravotnických zařízení. Spotřebitelé jsou ovlivněni i způsobem úhrad, tedy majoritním podílem povinného pojištění. Toto pojištění vytváří pocit stoprocentní zajištěnosti zdravotní péče ve všech případech i takových jako jsou náklady na dlouhodobé

[22] ŠKRLA P., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha : Grada, 2008

léčení, složité operace a dlouhodobé pobyty v nemocnici.[23]

Dnes se pacienti často označují jako klienti a jejich spokojenost je považována za kritérium kvality zdravotnických služeb.

4.1.5. Projevy spotřebovávání zdravotní péče u dodavatele

Než dojde ke spotřebě léčiva pacientem, projde daný produkt řadou důležitých kroků a rozhodnutí. V pohybu léčiva od výrobce ke spotřebiteli dochází často ke konfliktům, jelikož zúčastnění aktéři sledují různé zájmy. Podle Hávi[24] je důvodem konfliktů jednotlivých rozhodnutí zájem dodavatelů, neboli výrobců a distributorů léčiv, prosadit se na trhu s léčivy a dostát co nejvyššího zisku. Zatímco pacientův zájem je dostupnost účinných léků za co nejnižší cenu.

Tam kde stát reguluje ceny léčiv, přesunuli výrobci a distributoři své produkty do oblasti volného prodeje, tzn. mimo rámec regulací.

Další významnou oblastí, na kterou dodavatelé zaštiťují, jsou technologie zdravotní péče. Lze je rozdělit do 4 kategorií:

1) zabrání vzniku nemoci - očkování
2) úspěšně vyléčí nemoc - genová terapie
3) léčí nemoc - transplantace, chemoterapie, hemodialýza apod.
4) technologické postupy paliativní péče - případ kdy pacientovi již nelze pomoci

Každá kategorie má s novými objevy lepší postupy a způsoby jak dosáhnout, či se přiblížit k nejžádanějšímu možnému stavu.

Poskytovatelé zdravotní péče by měli analyzovat, který postup technologie zvolí, aby nedocházelo k extrémům, jako je nadměrné využívání nákladných technologií

---

[23] ZlLÁMALl J., *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005

[24] HÁVA, P., *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. Úhrady léčiv a technologií.

s omezenými přínosy pro pacienta a na druhé straně technologie, které při poměru nákladů a přínosů jsou rádoby optimální.

Na téma optimálního množství zdravotnické technologie, techniky a prostředků, se letos sešli zástupci všech zúčastněných stran tj. pojišťovny, nemocnice, lékaři, průmysl, na konferenci pořádanou Českou asociací dodavatelů zdravotnických prostředků *„Věříme, že tento počin byl pouze odrazovým můstkem pro další diskuse nad tímto tématem a posloužil k posunutí celé problematiky na vyšší, věcnou úroveň a také, že případné další diskuse povedou i k praktickým rozhodnutím,“*[25]

[25] PALÁT, M., Kolik zdravotnických prostředků a techniky v medicíně je dobře?. *Czechmed* : česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků [online]. 25.3.2010, [cit. 2010-04-10]. Dostupný z WWW: http://www.czechmed.cz/tiskove-zpravy/160-kolik-zdravotnickych-prostredku-a-techniky-v-medicine-je-dobre?-neumite-jednoznacne-odpovedet?

6. Analýza lůžkové péče

Hlavním cílem bakalářské práce je analýza lůžkové péče v okresních nemocnicích jihočeského kraje, které v roce 2007 přešly na novou právní formu a to akciovou společnost. Jedná se o Nemocnici České Budějovice, a. s., Nemocnice Český Krumlov, a. s., Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s., Nemocnice Písek, a. s., Nemocnice Prachatice, a. s., Nemocnice Strakonice, a. s. a Nemocnice Tábor, a. s.

Tato praktická část popisuje u vybraných nemocnic vývoj objemu a struktury hospitalizovaných na lůžkové péči, a jak se v čase mění ošetřovací doba lůžkové péče.

Výzkumnou metodou je statistické zpracování sekundárních dat za účelem zmapování vývoje lůžkové péče v dané oblasti. Na základě zpracovaných výsledků jsou vyvozeny závěry, s cílem podat ucelený obraz o stavu lůžkové péče mezi danými nemocnicemi.

Ukazatele, jež pomohou analyzovat lůžkovou péči v daných nemocnicích, jsou počet hospitalizovaných a průměrná ošetřovací doba na pacienta.

7. Hospitalizace na odděleních lůžkové péče

Hospitalizace je ucelený pobyt pacienta v nemocnici, proto je vhodná k analýze lůžkové péče, jelikož hospitalizace samozřejmě zahrnuje pobyt na lůžku. Začíná přijetím pacienta do lůžkového zdravotnického zařízení a končí jeho propuštěním, nebo přeložením do jiné nemocnice.

Hospitalizovaní na lůžkách následné péče jsou ti, jejichž zdravotní stav či léčba vyžaduje hospitalizaci, avšak není nutný pobyt na akutním lůžku. Jsou zde i osoby v dlouhodobém bezvědomí. Na toto oddělení jsou přijímání pacienti hlavně z akutních lůžek a v menší míře i ti, kterým tato hospitalizace byla doporučena obvodním lékařem.

Akutní lůžka zahrnují hospitalizované na všech odděleních plus jejich jednotky intenzivní péče. Jsou zde hospitalizováni ti pacienti, kteří díky svému urgentnímu stavu potřebují nemocniční péči.

7.1. Nemocnice České Budějovice

Nemocnice České Budějovice, a.s. je čtvrtou největší nemocnicí v České republice, její kapacita přesahuje 1650 lůžek. Je jedním z největších zaměstnavatelů v jihočeském kraji. Má 40 zdravotních oddělení s řadou specializací a podoborů. Jako jediná v Jihočeském kraji má spánkovou laboratoř. Pro větší efektivitu zdravotní péče spolupracují některá oddělení napříč nemocnicí v tzv. centrech specializované péče. Tato nemocnice se v roce 2009, v žebříčku českých nemocnic dle jejich finančního zdraví v kategorii nad 901 lůžek, umístila na prvním místě.

7.1.1. Hospitalizovaní v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Počet lůžek v českobudějovické nemocnici v průběhu sledovaných let klesá, jak je vidět z tabulky č. 5. Pokles je zaznamenán i u lůžek následné péče, ovšem není tak markantní, jako lůžek akutní péče. V roce 2007 došlo ke skokovému snížení o 16 lůžek a do budoucna se může očekávat ustálení na tomto stavu. Počet akutních lůžek se bude jistě snižovat i nadále, ačkoli v roce 2007 a 2008 je počet stejný. Důvodem poklesu jsou dostupné nové technologie, díky nimž se zkrátí nutná doba na lůžku, tím pádem se zvýší počet ošetřených pacientů a celková péče o pacienty na akutním lůžku se zefektivní. Vyšší hospitalizace na lůžkách akutní péče je patrná z tabulky č. 6 a grafu č. 1. Počet hospitalizovaných v roce 2008 vzrostl, ale počet lůžek zůstal stejný.

Tabulka 5: Počet lůžek v Nemocnici České Budějovice, a. s

Počet lůžek v Č. Budějovicích	2006	2007	2008
lůžka následné péče	280	264	263
akutní lůžka	1 293	1 263	1 263

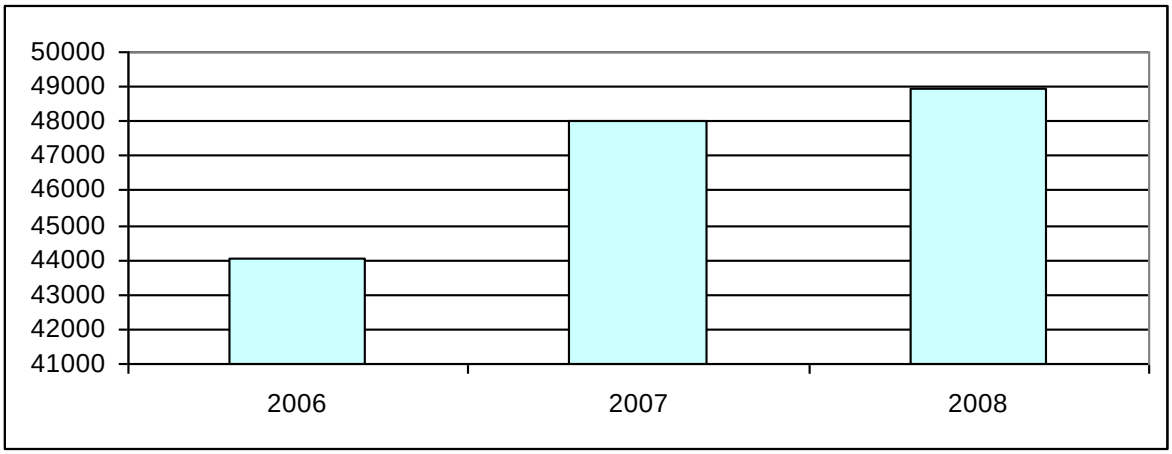
Zdroj: Výroční zprávy nemocnice České Budějovice, vlastní úprava.

Tabulka 6: Počet hospitalizovaných v Nemocnici České Budějovice, a. s.

Nemocnice České Budějovice, a. s.	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	44034	47990	48974
počet hosp. na lůžkách následné péče	1903	1886	1874

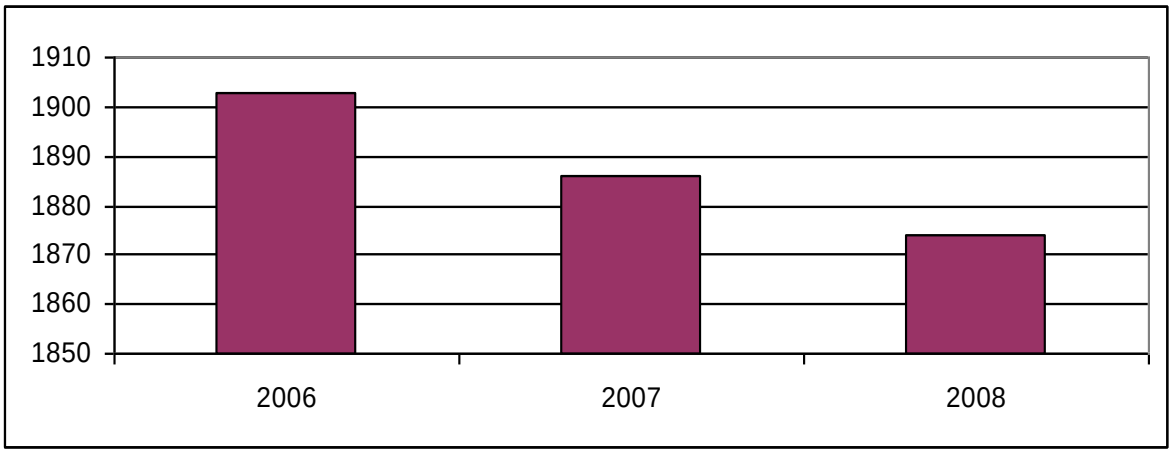
Zdroj: Výroční zprávy nemocnice České Budějovice, vlastní úprava.

Graf 1: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Č. Budějovice)



Hospitalizace na lůžkách akutní péče v Nemocnici České Budějovice, a. s. má stoupající tendenci (viz graf č. 1). Příčinou nemůže být zvyšující se počet akutních lůžek, protože jejich stav právě naopak klesá. Důvodem je rostoucí počet výkonů a s tím spojený větší počet důvodů k hospitalizaci. Například v kardiocentru operovali v roce 2008 o 911 pacientů více než v roce 2007. Na urologii ve stejných letech o 641 operací více. Rok 2008 přinesl i nové otevření prostor pro ARO a Emergency**,** což je akutní příjmový prostor, kde jsou soustředěny veškeré úrazové ambulance i veškeré diagnostické a akutní zákrokové místnosti. V roce 2006 došlo k rekonstrukci pavilonu chirurgických oborů, proto tento rok nelze brát v úvahu.

Graf 2: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Č. Budějovice)



Graf č. 2 ukazuje trend poklesu hospitalizovaných na lůžkách následné péče v Českých Budějovicích. Pokles lůžek v roce 2007 na 264 nedal vzniknout výraznějšímu snížení počtu pacientů na lůžkách následné péče. Hospitalizovaných sice bylo o 17 méně než v roce 2006, ovšem v roce 2008 se jejich počet snížil ještě o 12 pacientů při stejném počtu lůžek. Tabulka 18 v kapitole 8.2. ukazuje zkrácení i ošetřovací doby na lůžku následné péče v českobudějovické nemocnici. Díky tomu lze usuzovat na příčinu poklesu hospitalizovaných a to tu, že nebylo potřeba poskytovat pacientům zdravotní péči na lůžkách následné péče, například jejich zdravotní stav umožňoval domácí léčbu.

7.2. Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.

Nemocnice Jindřichův Hradec má v současnosti 381 lůžek na 11 odděleních. Ambulantní část nemocnice představuje poliklinika, jež sídlí v areálu nemocnice. Je v ní zastoupen také soukromý sektor řadou všeobecných lékařů i specialistů. Jako první v jihočeském kraji byl zde zprovozněn babybox a to 22.12.2008.

7.2.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s.

Počet lůžek následné péče v Jindřichohradecké nemocnici je prakticky beze změny jak ukazuje Tabulka 7. V roce 2008 ubylo jedno lůžko. Význam poklesu při takto malém poklesu je irelevantní. V roce 2007 skončila investiční akce v nemocnici a to rekonstrukce pavilonu akutní medicíny. Tím se dostalo nových moderních prostor pro hemodializační[i]

stanici, oční oddělení a porodnici. Proto se v roce 2007 zvýšil počet lůžek o 14. Následný pokles o 3 lůžka v roce 2008 se uskutečnil na interním oddělení.

Tabulka 7: Počet lůžek v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s.

Počet lůžek v J. Hradci	2006	2007	2008
lůžka následné péče	52	52	51
akutní lůžka	337	351	348

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Jindřichův Hradec, vlastní úprava.

Tabulka 8: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s.

Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s.	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	13571	14353	14 863
počet hosp. na lůžkách následné péče	264	360	428

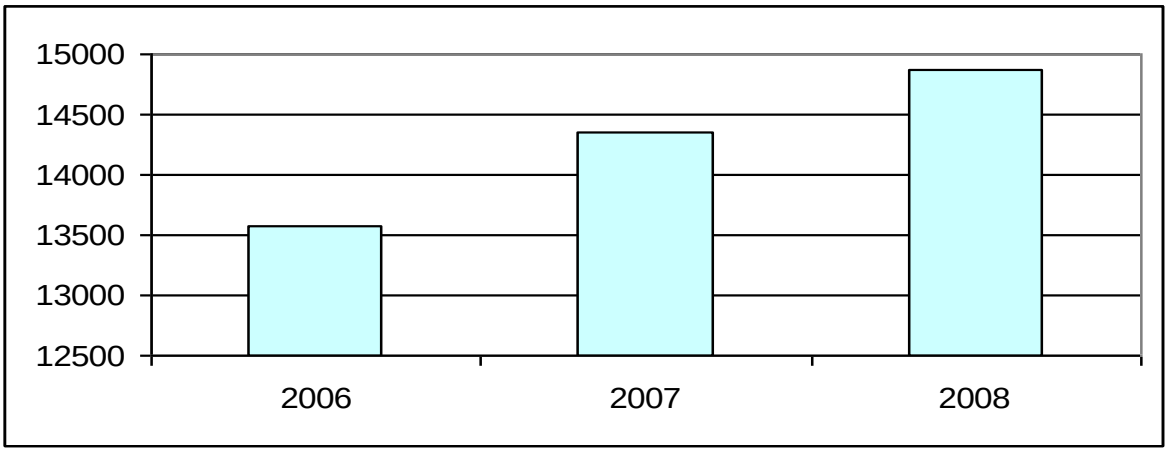
Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Jindřichův Hradec, vlastní úprava.

Graf č. 3 vychází z tabulky č. 8 a je patrná rostoucí tendence počtu hospitalizovaných na akutním lůžku a graf č. 4 má tu samou tendenci. Nejvyšší meziroční rozdíl hospitalizovaných pacientů na akutním lůžku je v roce 2007 oproti roku 2006. Počet hospitalizovaných se v roce 2008 zvýšil o 510.

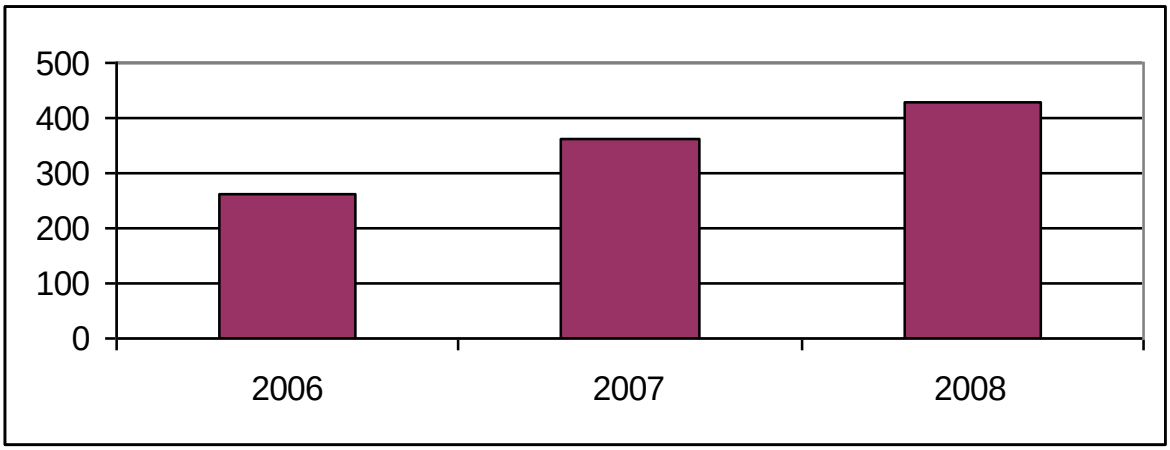
Nejvyšší nárůst hospitalizovaných zaznamenalo porodnické oddělení, které v nové budově zabírá 2. a 3. podlaží. Jeho velikost, ale nehraje takovou roli ve stoupajícím počtu hospitalizovaných, jako spíše demografické vlivy. V roce 2007 oproti roku 2006 stoupla porodnost v ČR o 8,8 tisíce živě narozených dětí na 114,6 tisíce, což je nejvíc od roku 1995. Jak uvádí Český statistický úřad[26], nárůst plodnosti je zapříčiněn především tím, že své druhé dítě začaly plodit relativně silné populační ročníky žen 1975-1977. Tento efekt je na lůžkách akutní péče v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. zřetelně vidět.

[26] Porodnost [online]. Praha : ČSÚ, 2008 [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435612/$File/400708a4.pdf

Graf 3: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (J. Hradec)



Graf 4: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (J. Hradec)



Na lůžkách následné péče zůstává počet lůžek stejný, rostoucí tendence hospitalizovaných je dána právě skladbou diagnóz hospitalizovaných pacientů na lůžkách následné péče. Více pacientů se zde prostřídá díky kratší době hospitalizace (viz Tabulka 16). Dobu hospitalizace analyzuje další kapitola.

7.3. Nemocnice Písek, a. s.

Nemocnice Písek, a. s. má v současné době 443 lůžek na 10 odděleních. Od roku 2005 má nemocnice statut Baby Friendly Hospital - nemocnice přátelsky nakloněná dětem. Poloha města Písek a tudíž i jeho nemocnice je jakousi pomyslnou vstupní branou do oblíbeného

rekreačního jihočeského regionu. Odtud plyne zvýšený počet pacientů z tuzemska i ze zahraničí.

7.3.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Písek, a. s.

Počet lůžek v písecké nemocnici se mění jen nepatrně. V roce 2008 ubyla 2 lůžka akutní péče oproti roku 2007. Lůžka následné péče zaznamenala změnu v roce 2007, pokles je o 6 lůžek. Přehled počtu lůžek zobrazuje Tabulka 9. Nemocnice nepodstoupila žádnou rekonstrukci na odděleních poskytující následnou péči. Proto za snížením počtu lůžek mohou vnitřní důvody oddělení, které si vyžádaly tuto změnu.

Tabulka 9: Počet lůžek v Nemocnici Písek, a. s.

Počet lůžek v Písku	2006	2007	2008
lůžka následné péče	60	54	54
akutní lůžka	383	383	381

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Písek, vlastní úprava.

Tabulka 10: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Písek, a. s.

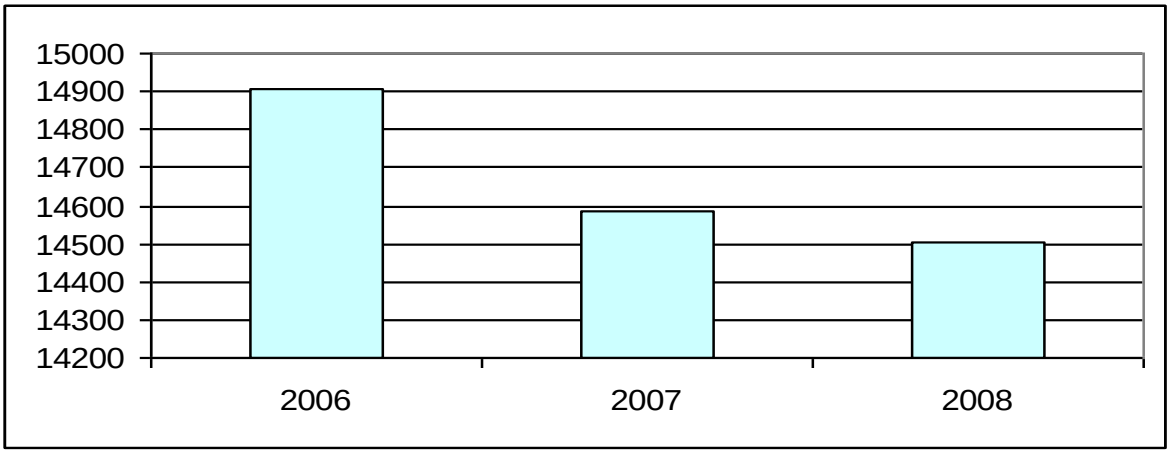
Nemocnice Písek, a. s.	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	14907	14587	14501
počet hosp. na lůžk. následné péče	454	454	484

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Písek, vlastní úprava.

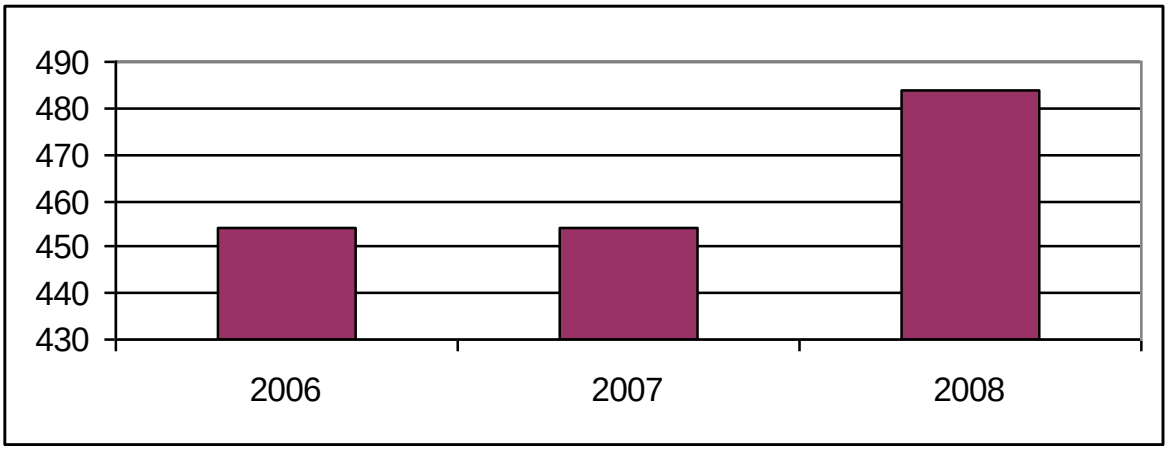
Tabulka 10 a následně Graf 5 ukazují klesající trend za poslední 3 roky v počtu hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. Nejvýraznější pokles je v roce 2007 oproti roku 2006 a to o 320 pacientů. Meziroční změna v dalších letech je nevýrazná. V píseckém okrese není žádné jiné zařízení poskytující akutní lůžkovou péči. Nejde tedy o přesun pacientů do jiného zařízení v okrese. Od Nemocnice Písek, a.s. je jen cca 20 km vzdálená Nemocnice Strakonice, a. s., kde se počet hospitalizovaných naopak zvyšuje.(viz

Tabulka 8). Blízkost těchto nemocnic spolu s nižší potřebou pacientů na hospitalizaci na akutních lůžkách v píseckém okrese stojí za poklesem hospitalizovaných na těchto lůžkách v nemocnici Písek.

Graf 5: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Písek)



Graf 6: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Písek)



Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče je v letech 2006 a 2007 absolutně stejný. Ovšem počet lůžek se snížil o 6. Takže na méně lůžkách bylo hospitalizováno více pacientů. Snížila se doba hospitalizace, což je analyzováno v další kapitole, tím se prostřídalo na lůžkách více pacientů. V roce 2008 se počet hospitalizovaných zvýšil o 30. Trend je na lůžkách následné péče v Nemocnici Písek, a. s. stoupající s přihlédnutím ke změně počtu lůžek.

7.4. Nemocnice Strakonice, a. s.

Nemocnice Strakonice, a. s. poskytuje zdravotní péči na 345 lůžcích v 10 lůžkových oddělení. Strakonická nemocnice byla v roce 2009 vyhodnocena v průzkumu HealthCare Institute jako nejlepší nemocnice v Česku ve své kategorii z hlediska spokojenosti pacientů, zaměstnanců a finančního zdraví ze 165 zdravotnických zařízení. Má také titul Baby Friendly Hospital

7.5. Hospitalizovaní v Nemocnici Strakonice, a. s.

Jak ukazuje Tabulka 11, počet lůžek jak na následné péči, tak na akutních lůžkách zůstal stejný. Do budoucna lze počítat se zvýšením kapacity, protože 14. května 2009 započala dostavba a rekonstrukce operačních oborů, kam budou přesunuty ty stávající. Tím vznikne prostor po původních operačních sálech vhodný k dalšímu, možná lůžkovému, využití.

Tabulka 11: Počet lůžek v Nemocnici Strakonice, a. s.

Počet lůžek ve Strakonicích	2006	2007	2008
lůžka následné péče	41	41	41
akutní lůžka	314	314	314

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Strakonice, vlastní úprava.

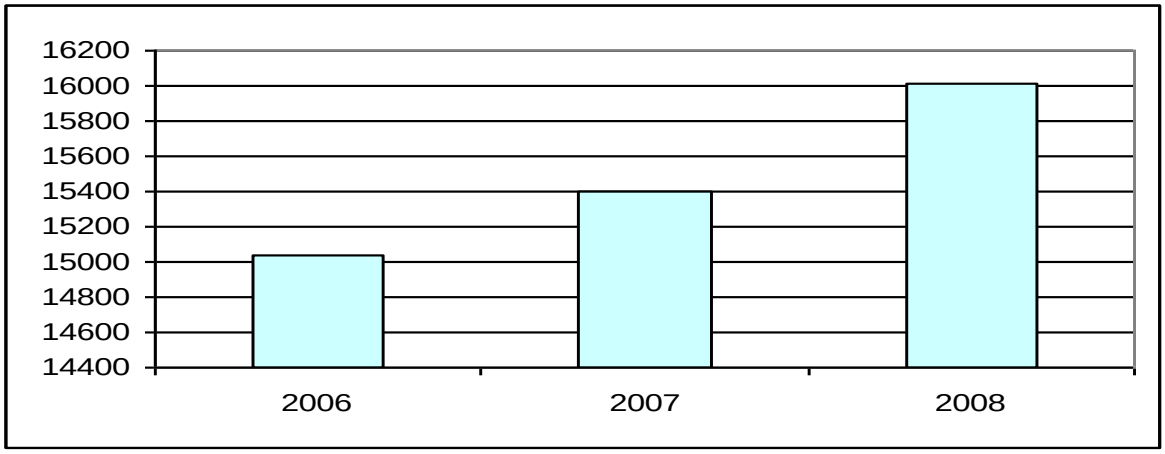
Tabulka 12: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Strakonice, a.s.

Nemocnice Strakonice	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	15043	15402	16 008
počet hosp. na lůžkách následné péče	242	289	318

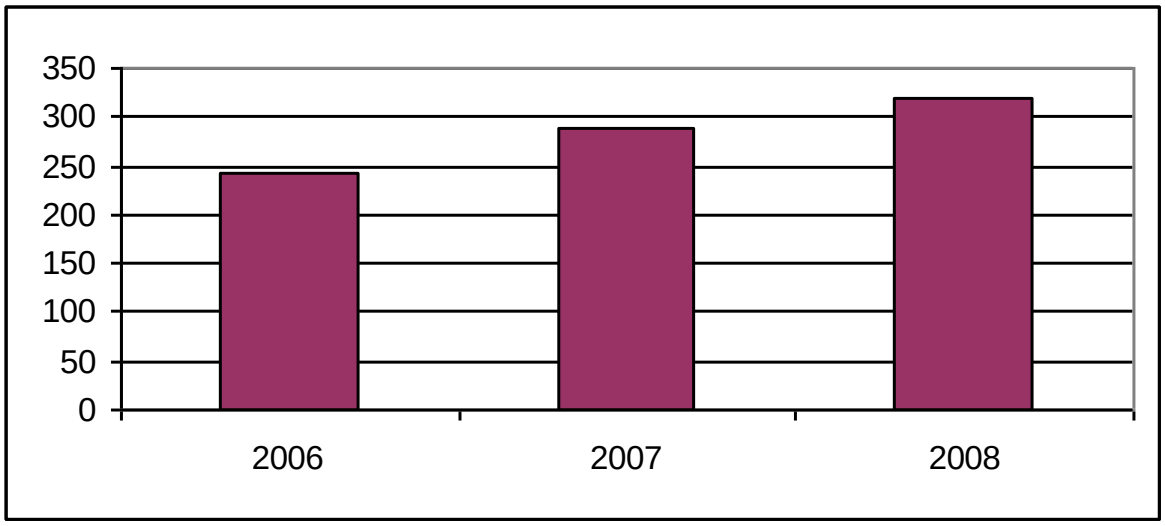
Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Strakonice, vlastní úprava.

Strakonická nemocnice vykazuje stoupající trend v počtu hospitalizovaných jak na lůžkách následné tak i akutní péče. Tato nemocnice se každoročně umisťuje v hodnocení nemocnic na předních příčkách. V roce 2007 se stala nejlepší jihočeskou nemocnicí, pokud jde o péči a přístup k pacientům. V celorepublikovém srovnání byla 4. Tato ocenění jistě vedou ke zvyšujícímu se počtu hospitalizovaných. Pacient má právo zvolit si jakékoliv zdravotnické zařízení o kterém si myslí, že mu poskytne lepší péči, pokud jeho zdravotní pojišťovna má s tímto zařízením uzavřenou smlouvu.

Graf 7: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Strakonice)



Graf 8: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Strakonice)



Nejvyšší přírůstek v počtu hospitalizovaných na lůžkách následné péče je v roce 2007 a to o 47 pacientů. Rok 2008 také zaznamenal vzestup o 29 hospitalizovaných.

7.6. Nemocnice Prachatice, a. s.

Nemocnice Prachatice, a. s. zabezpečuje zdravotní péči nejen pro město Prachatice, ale i pro převážnou část okresu. Má 10 oddělení s celkem 191 lůžky. Po zrušení lůžkové části čtyř oddělení nemocnice ve Vimperku byla do Prachatic převedena podstatná část jejich kapacity. Musel se zvýšit i počet lékařů a středního zdravotnického personálu pro zajištění kvalitní zdravotní péče.

7.6.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Prachatice, a. s.

Lůžka následná péče se ve sledovaných letech nezměnila. Drobná změna proběhla v roce 2007. Důvodem byla započatá rekonstrukce pavilonu interního a gynekologicko-porodnického oddělení. Úspěch je, že toto dočasné omezení snížilo počet akutních lůžek jen o 2, jak ukazuje Tabulka 13.

Tabulka 13: Počet lůžek v Nemocnici Prachatice, a. s.

Počet lůžek v Prachaticích	2006	2007	2008
lůžka následné péče	25	25	25
akutní lůžka	191	189	189

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Prachatice, vlastní úprava.

Tabulka 14: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Prachatice, a.s.

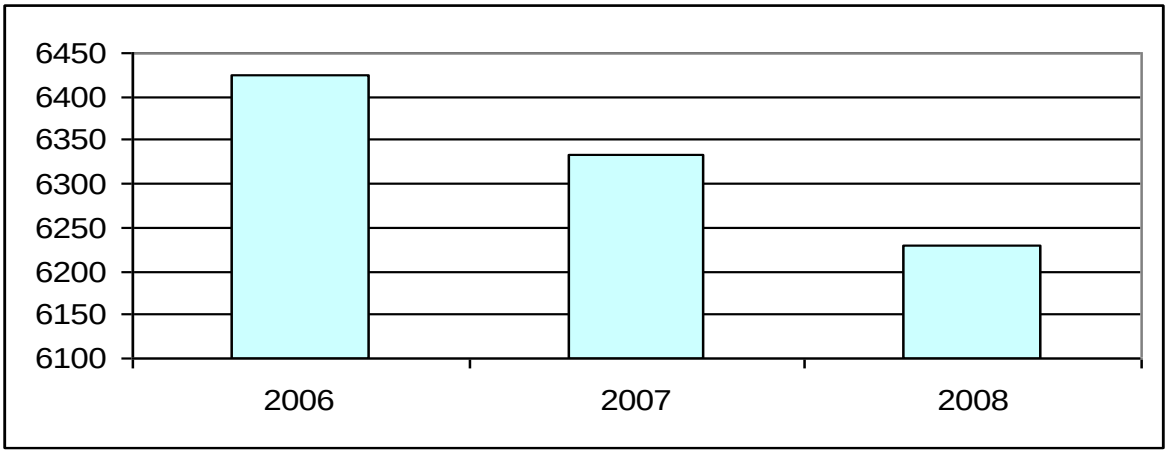
Nemocnice Prachatice, a. s.	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	6424	6334	6230
počet hosp. na lůžkách následné péče	135	181	201

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Prachatice, vlastní úprava.

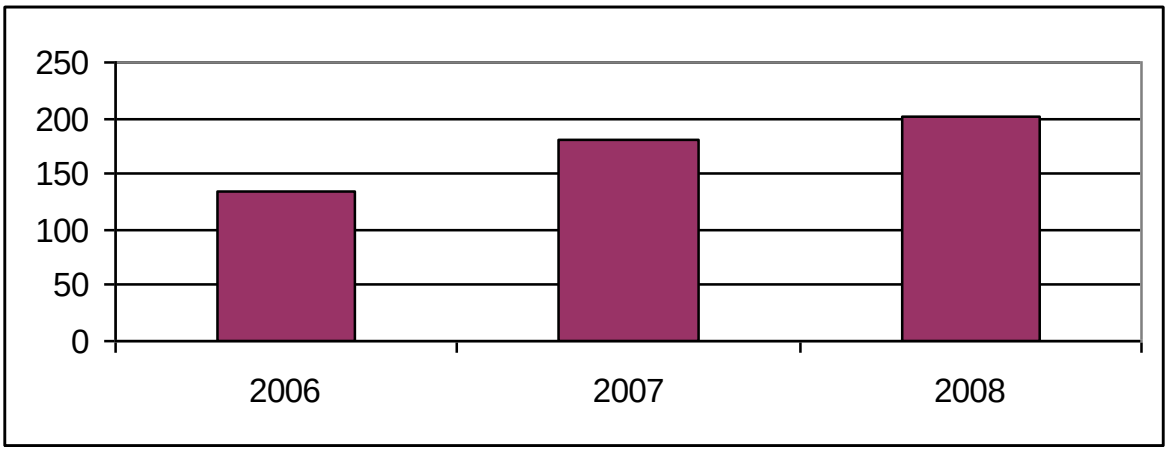
Počet hospitalizovaných na lůžkách akutní péče se každoročně snižuje cca o 100 pacientů (viz Tabulka 14). Klesající tendenci ukazuje Graf 9.

Naopak počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče roste. Meziroční změna není tak markantní jako u lůžek akutní péče. V roce 2007 o 46 a v roce 2008 jen o 20 pacientů. V Prachaticích byli na lůžkách následné péče hospitalizování pacienti, jejichž zdravotní stav vyžadoval kratší dobu ošetření (viz Kapitola 8.2.), tím se na těchto lůžkách prostřídalo více pacientů.

Graf 9: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Prachatice)



Graf 10: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Prachatice)



Porovnání grafů č. 9 a 10 ukazuje opačné trendy ve vývoji počtu hospitalizovaných v Nemocnici Prachatice, a. s.

7.7. Nemocnice Český Krumlov, a. s.

Nemocnice Český Krumlov, a. s. disponuje 283 lůžky. Její základní organizační struktura zahrnuje 4 základní obory (chirurgie, interna, gynekologie, pediatrie). Dále má ARO, oddělení následné péče, rehabilitace a patologie. Pro ušetření nákladů byly přičleněny nové pracoviště pod společné vedení stávajících základních oborů. Chirurgie má tedy v kompetenci pracoviště onkologie, urologie a ortopedie. Pod internu bylo začleněno pracoviště hemodialýzy a gastroenterologie[ii].

Dětské oddělení nemocnice má titul Baby Friendly Hospital. Nemocnice jako jediná v jihočeském kraji nabízí možnost porodů do vody od 1. 4. 2006

7.7.1. Hospitalizovaní v Nemocnici Český Krumlov, a. s.

V krumlovské nemocnici se počet lůžek ve sledovaných letech nezměnil. Na lůžkách následné péče zůstává lůžek 88 a akutní péče má 195 lůžek. (viz Tabulka 15). V roce 2007 byl vybudován v areálu českokrumlovské nemocnice komunikační a parkovací systém. Prostor v bezprostřední blízkosti lůžkových oddělení se tak stal klidovou zónou.

Tabulka 15: Počet lůžek v Nemocnici Český Krumlov, a. s.

Počet lůžek v Č. Krumlově	2006	2007	2008
lůžka následné péče	88	88	88
akutní lůžka	195	195	195

Zdroj: ÚZIS Zdravotnictví Jihočeský kraj, vlastní úprava.

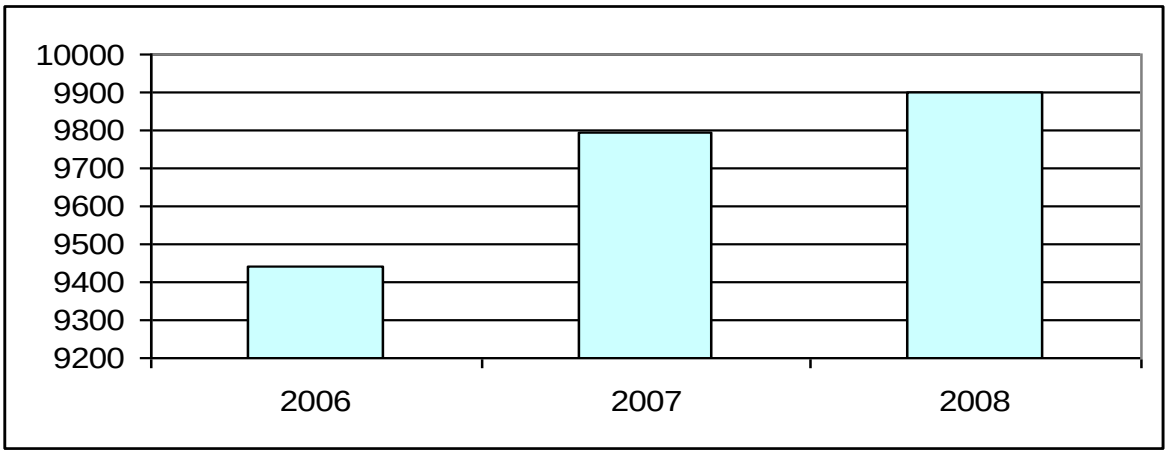
Tabulka 16: Počet hospitalizovaných v Český Krumlov, a.s.

Nemocnice ČK	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	9442	9797	9901
počet hosp. na lůžkách následné péče	1097	1134	1030

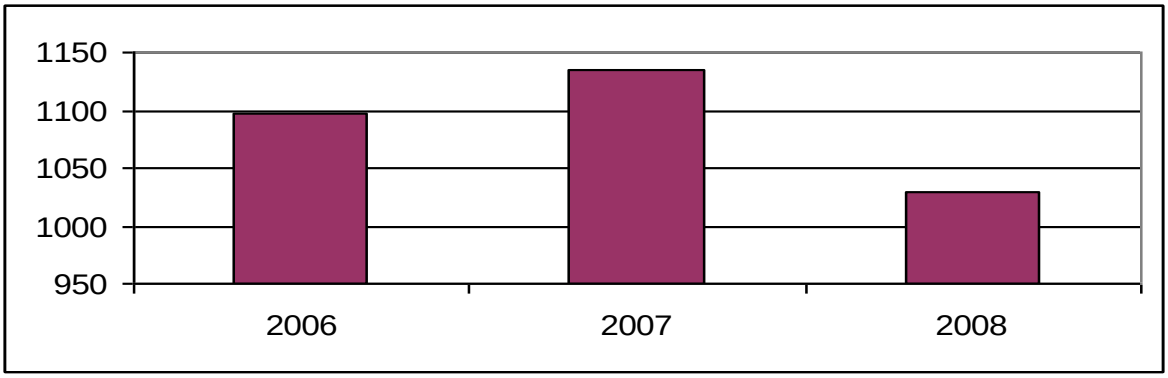
Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Český Krumlov, vlastní úprava.

Na počet hospitalizovaných v českokrumlovské nemocnici má vliv počet turistů, kteří navštíví v daném období region. Český Krumlov je totiž významnou turistickou oblastí, kde dochází dlouhodobě k velkým sezónním nárůstům obyvatel. Zvyšující se počet ubytovacích zařízení na lipensku, což je spádová oblast Nemocnice Český Krumlov, a. s., také vede k navyšování celkového počtu turistů. Tento efekt má vliv i na počet hospitalizovaných hlavně na lůžkách akutní péče.

Graf 11: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Č. Krumlov)



Graf 12: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Č. Krumlov)



Následná péče v roce 2008 snížila, jak zobrazuje Graf 12. Z Tabulky 16 je vidět, že pokles byl o 104 pacientů. Důvodem je odlišná struktura diagnóz hospitalizovaných pacientů, než v předchozích letech.

7.8. Nemocnice Tábor, a. s.

Nemocnice Tábor, a. s. má 20 oddělení a 545 lůžek tedy druhá největší v jihočeském kraji. V roce 2009 zde byla dostavěna nová budova, která slouží především k ošetření akutních stavů chirurgické povahy a dále je v nové budově porodnice.

7.9. Hospitalizovaní v Nemocnici Tábor, a. s.

Počet lůžek v táborské nemocnici jsou ve sledovaných letech beze změny. Tabulka 17 ukazuje jejich počet. V roce 2007 začala přístavba pavilonu akutní medicíny a porodnice. Rekonstrukce operačních sálů byla zahájena v polovině roku 2008. V témže roce byla část uvedena do provozu. Tyto investiční akce neměly žádný vliv na kapacitu lůžek. Do budoucna je plánována rekonstrukce lůžkového fondu.

Tabulka 17: Počet lůžek v Nemocnici Tábor, a. s.

Počet lůžek v Táboře	2006	2007	2008
lůžka následné péče	64	64	64
akutní lůžka	481	481	481

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Tábor, vlastní úprava.

Tabulka 18: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Tábor, a. s.

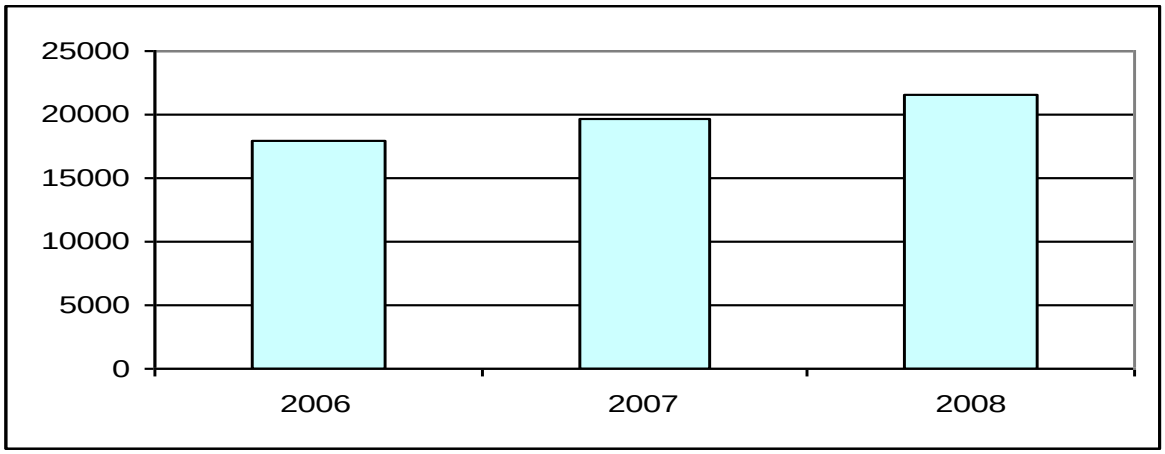
Nemocnice Tábor	2006	2007	2008
počet hosp. na lůžkách akutní péče	17870	19571	21 629
počet hosp. na lůžkách následné péče	559	554	551

Zdroj: Výroční zprávy nemocnice Tábor, vlastní úprava.

Výrazný růst je zaznamenán u počtu hospitalizovaných na lůžkách akutní péče. Meziroční vzestup v roce 2007 je o 1701 pacientů a v roce 2008 je dokonce o 2058. Na takto významný meziroční rozdíl má jistě vliv otevření nového pavilonu akutní medicíny. Nový pavilon dostala i porodnice. Další nově zprovozněné operační sály, díky nimž se zvýšil stav operovaných pacientů, jsou také důvodem zvyšující se hospitalizace.

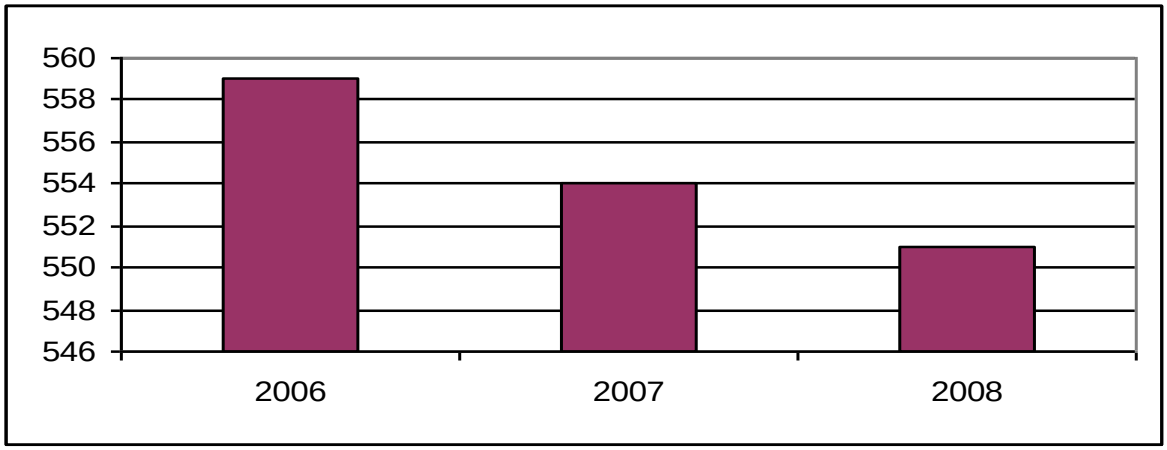
Hlavní důvod velkého přírůstku hospitalizovaných v roce 2008 oproti roku 2007 je ten, že došlo k nákupu nových přístrojů, které dosud v táborské nemocnici nebyly používány. Pacienti museli dojíždět do jiných zdravotnických zařízení. Jde o Elektromyograf na neurologii, pletysmograf na plicním oddělení, endoskopická optika a přístroj k vyšetřování sluchu novorozenců na ORL.

Graf 13: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Tábor)



Pro pacienty z Nemocnice Tábor, a.s. funguje domácí zdravotní péče na předpis lékaře. V průběhu roku 2007 podstatná část této indikace začala být poskytována hospitalizovaným na akutních lůžkách. Tato služba umožnila doléčování pacientů v domácím prostředí, tím se zkrátila doba hospitalizace a tím i možnost hospitalizovat více pacientů, což je vidět z Tabulky 18.

Graf 14: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Tábor)



Rok 2007 přinesl změnu způsobu práce na oddělení následné péče. Přizpůsobení potřebám nemocnice zlepšilo průchodnost lůžky, odtud plyne meziroční snižování počtu hospitalizovaných na lůžkách následné péče. Tento trend ukazuje Graf 14.

7.10. Zhodnocení hospitalizací

V České Republice je tendence hospitalizovat pacienty na lůžkách akutní péče v podstatě klesající. Tyto hodnoty vykazuje Tabulka 19. a Graf 15. Příčina se může jevit v omezených finančních prostředcích, ale také rychle se rozvíjejí léčebné postupy zkracující pobyt pacienta na akutním lůžku výrazným způsobem. Jako příklad uvádím robotické operace například pro cévní zákroky. Unikátně je předvádí v nemocnici Na Homolce. V dubnu 2006 jako první na světě roboticky rekonstruovali břišní aortu bez použití klasické cévní protézy. Tento zákrok do určité míry eliminuje i vznik infekce, čímž se také zkracuje doba na lůžku, která by po propuknutí zánětu jistě byla delší.

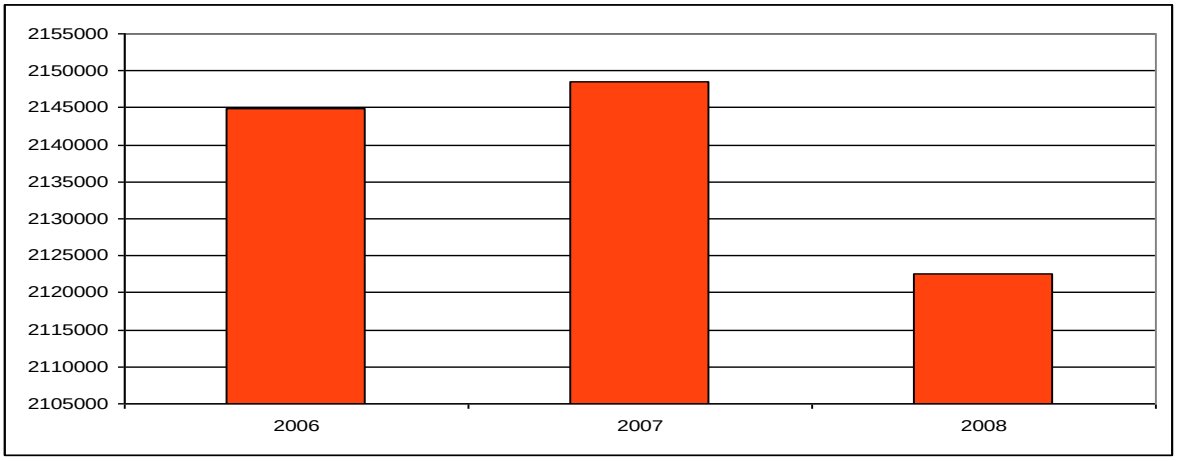
Tabulka 19: Počet hospitalizovaných v České republice

Hospitalizovaní	2006	2007	2008
lůžka akutní péče	2 144 936	2 148 518	2 122 640
následná péče	48 209	46 690	48 431

Zdroj: ÚZIS Zdravotnictví ČR, vlastní úprava

Nové techniky a technologie dokáží pacienta zbavit obtíží bez nutnosti hospitalizace, což je případ třeba očního oddělení. Například při operaci šedého zákalu pacient může docházet na ambulanci. 1. den se provede vyšetření, 2. den operace a 3. den kontrola. Hospitalizace není nutná. Tato neinvazivní operace se v České republice používá od roku 2003, kdy ji jako první provedli ve zlínské nemocnici.

Graf 15: Počet hospitalizovaných na lůžkách akutní péče v ČR

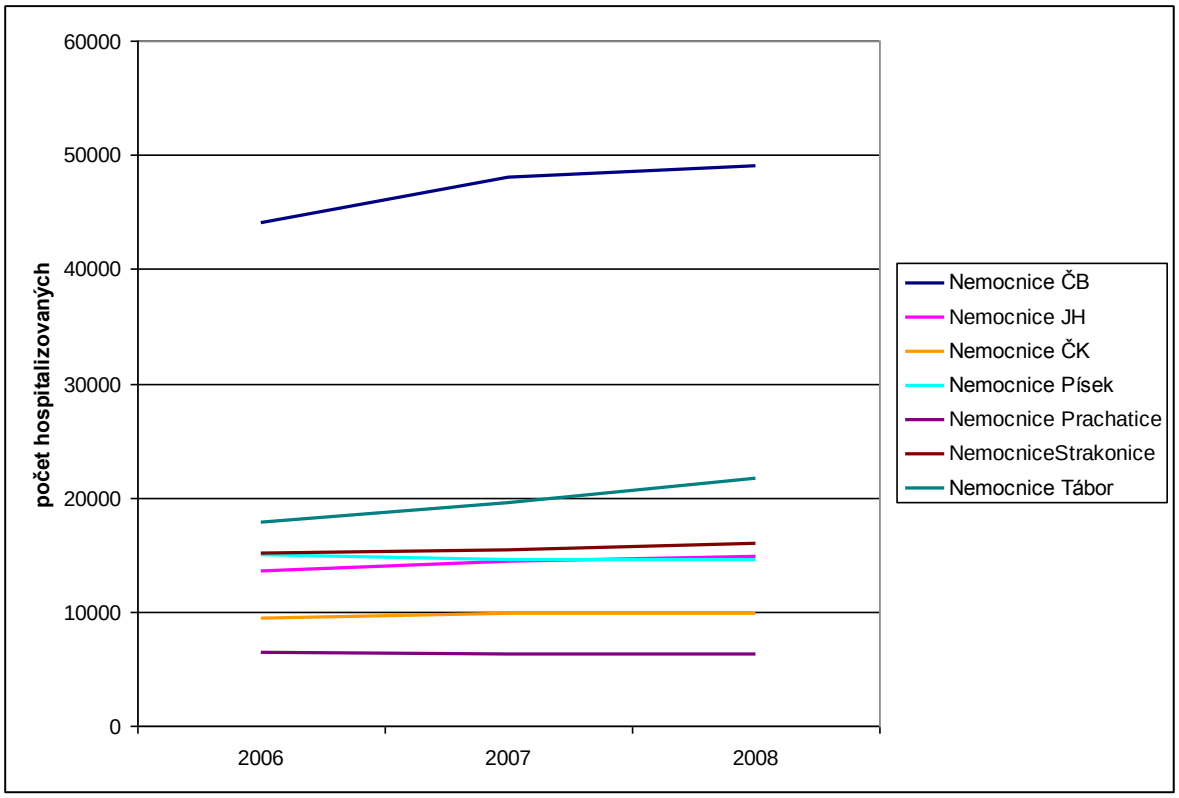


Z Tabulky 19 lze vyčíst jen malé rozdíly v jednotlivých letech. Pokles v roce 2007 způsobil pravděpodobně zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., díky němuž mohou osoby závislé na pomoci jiných pobírat měsíční finanční příspěvek. Rok 2008 ukazuje opět vzestup hospitalizovaných na těchto lůžkách, důvodem je zvýšení počtu lůžek následné péče a hlavně lůžka sociální pobytové služby zaznamenala 57% nárůst z 611 na 959. Tato služba je zaznamenávána v následné péči od roku 2007.

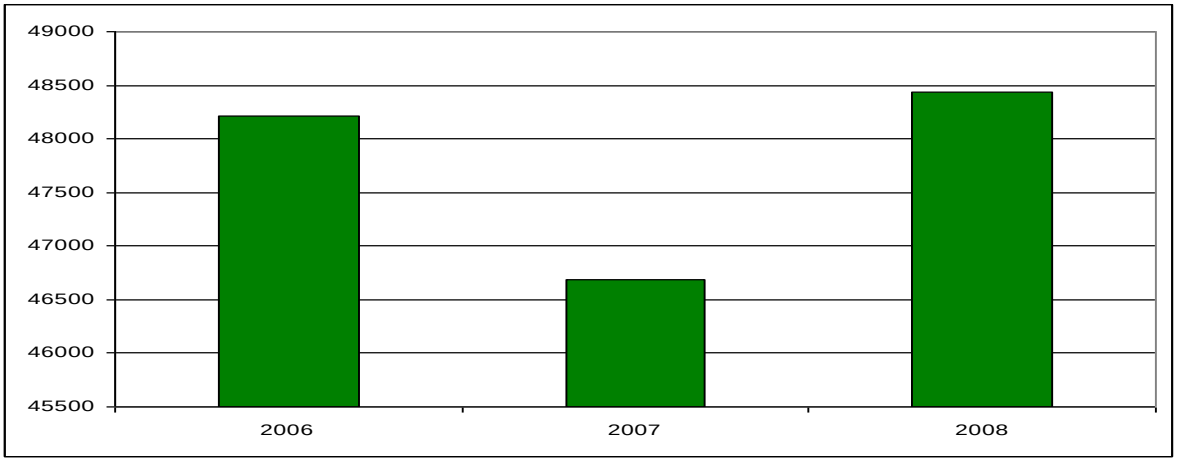
V porovnávaných nemocnicích snižování hospitalizovaných na lůžkách akutní péče vykazují jen 2 z nich. Jedná se o nemocnici v Písku a v Prachaticích. U obou to, ale není dramatický pokles, jedná se řádově o desítky pacientů. Porovnání vývoje všech nemocnic ukazuje Graf 16.

Nejvýrazněji se v Grafu 16 ukazují nemocnice v Táboře a v Českých Budějovicích. Mají radikálnější nárůst pacientů na lůžkách akutní péče než ostatní zařízení. Jsou to dvě největší nemocnice v kraji. Mají nejvíce oddělení a provádějí nejvíce zákroků.

Graf 16: Vývoj hospitalizovaných na lůžkách akutní péče

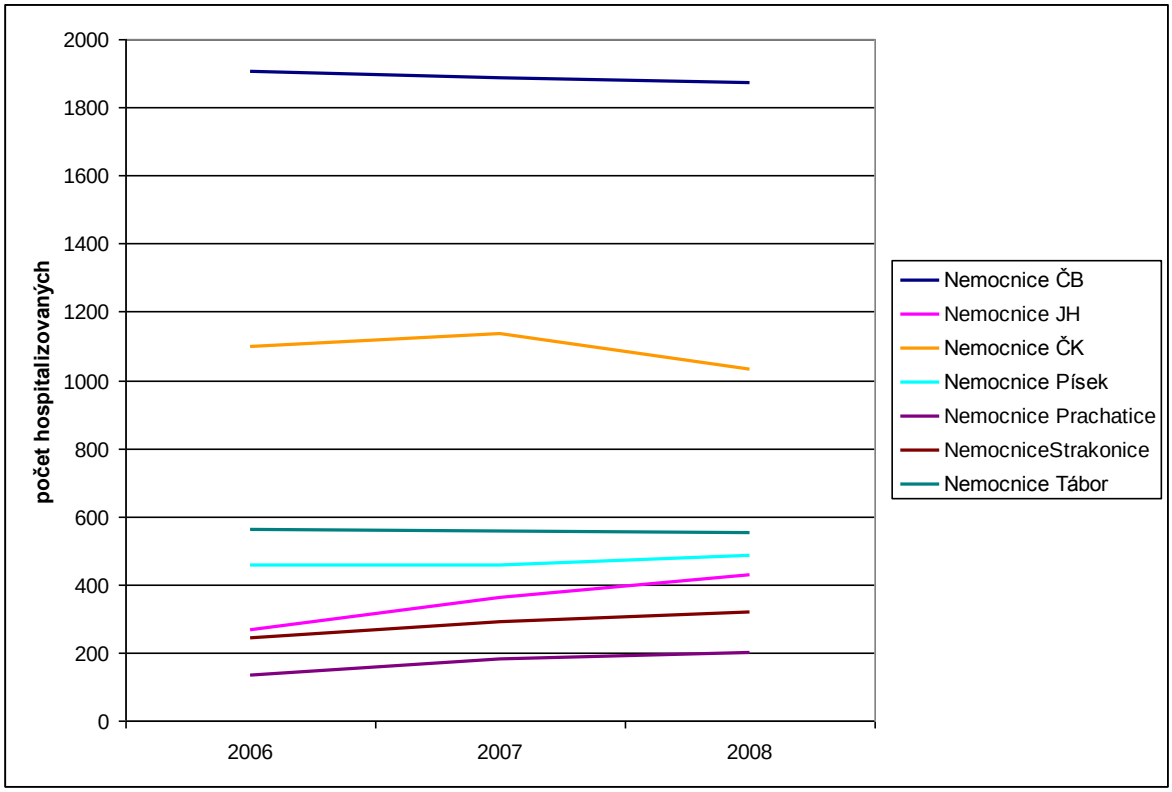


Graf 17: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče v ČR



V dlouhém období se počty lůžek následné péče budou zvyšovat a s nimi i počet hospitalizovaných na těchto lůžkách. Lůžka následné péče jsou levnější než akutní. Důvodem jsou menší požadavky na obsazení a vzdělání personálu oddělení poskytující následnou péči, tudíž objem mzdových nákladů je na těchto odděleních nižší.

Graf 18: Vývoj hospitalizovaných na lůžkách následné péče



Podle Asociace českých a moravských nemocnic[27] byly například v roce 2006 v České republice náklady na jeden ošetřovací den na lůžkách následné péče celkem 1340 korun, zatímco na lůžkách následné péče v krajských nemocnicích byly 4035. Největší rozdíl je v energetických nákladech, na následné péči činí 35 korun na 1 ošetřovací den, na lůžkách akutní péče je to 110 Kč/den.

Rozdíly v počtu hospitalizovaných na lůžkách následné péče se ve všech nemocnicích meziročně pohybují maximálně v desítkách. Tím se potvrzuje i celorepublikový poměrně setrvalý stav.

Pokles v počtu hospitalizovaných na lůžkách následné péče u analyzovaných nemocnic je pozorovaný v Nemocnici České Budějovice, a. s. a v Nemocnici Tábor, a. s. Ve sledovaných letech v Českých Budějovicích se počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče snížil celkem o 29 a v Táboře o 8 pacientů.

Největší celkový pokles počtu hospitalizovaných na lůžkách následné péče zaznamenala Nemocnice Český Krumlov, a to o 67 pacientů. Tato nemocnice je v počtu hospitalizovaných na lůžkách následné péče druhá největší v Jihočeském kraji. Její oddělení poskytující následnou péči je největší oddělení celé českokrumlovské nemocnice.

Z grafu 18 lze vidět jak velké nemocnice své počty hospitalizovaných na lůžkách následné péče celkově snižují. Opačně se chovají menší nemocnice s nižším počtem pacientů hospitalizovaných na těchto lůžkách.

---

[27] FIALA, P., Porovnání nákladů dle typů nemocnic. *Aktuální situace českého zdravotnictví a nemocnic*. AČMN, 2009 [cit. 2010-04-08]. Dostupné z WWW: osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2009/acmn_hustopece.ppt

8. Analýza lůžkové péče dle ošetřovací doby

Pro srovnání daných nemocnic jsem zvolila průměrnou ošetřovací dobu na lůžkách, což je počet dnů strávených na nemocničním lůžku. Tento ukazatel je vhodný pro porovnání jednotlivých nemocnic, protože eliminuje vliv velikosti nemocnice. Opět ji dělím na průměrnou dobu na akutních lůžkách a na lůžkách následné péče. Průměrná ošetřovací doba na pacienta se vypočte podílem mezi celkovým počtem ošetřovacích dnů a počtem hospitalizovaných.

Lůžka akutní péče mají docela krátkou průměrnou ošetřovací dobu, samozřejmě ta závisí na diagnóze a věku ošetřovaného. Průměrný věk pacientů i úmrtnost jsou poměrně nízké.

Lůžka následné péče mají dlouhou ošetřovací dobu. Věk pacientů je většinou vysoký a vysoká je i úmrtnost.

8.1. Porovnání průměrné ošetřovací doby na akutním lůžku

Z Tabulky 20, lze porovnat průměrnou ošetřovací dobu na lůžku akutní péče mezi nemocnicemi ve zkoumaných letech a porovnat délky ošetření s průměrem Jihočeského kraje a celorepublikovým průměrem. Vývoj je lépe pozorovatelný z Grafu 19

Tabulka 20: Průměrná ošetřovací doba na akutním lůžku na pacienta ve dnech

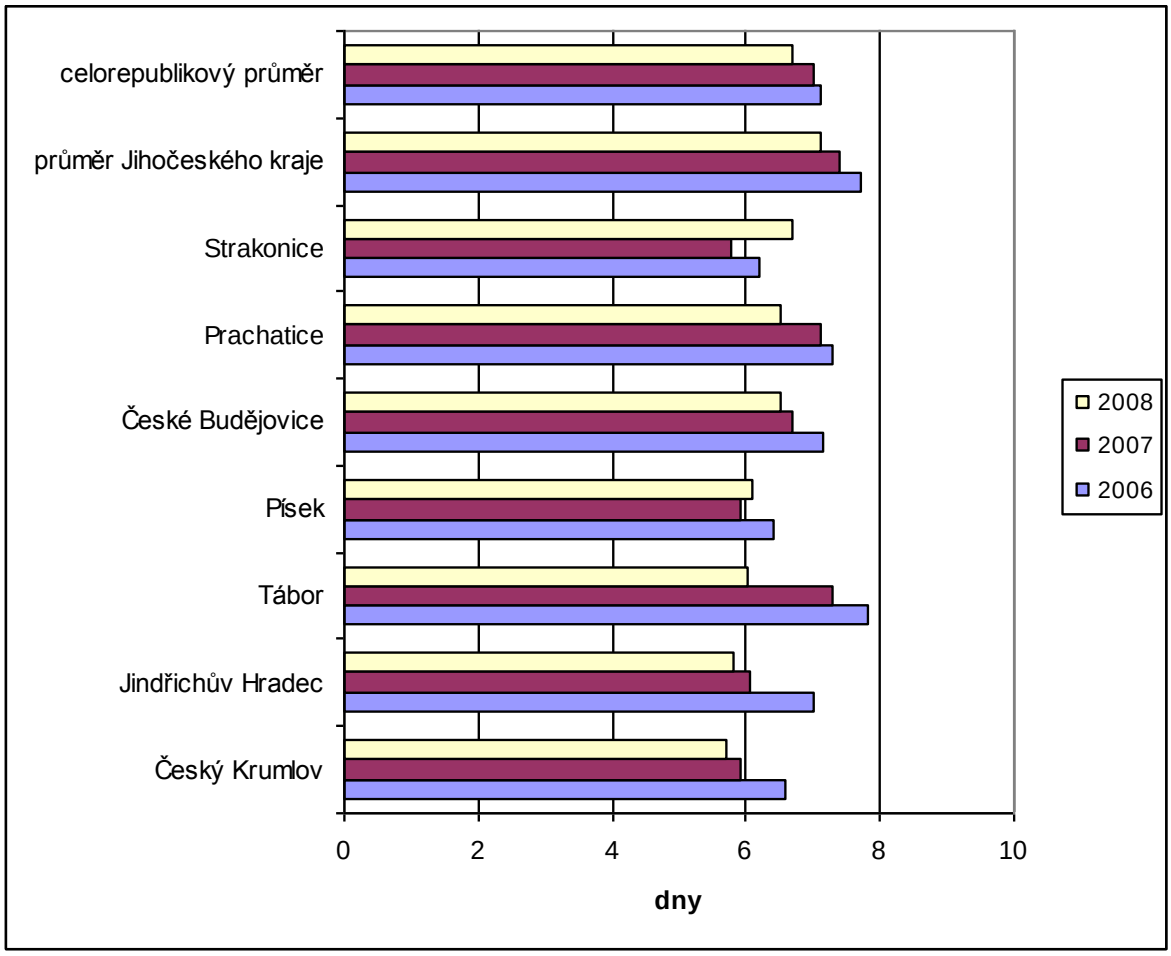
Nemocnice	2006	2007	2008
Český Krumlov	6,6	5,9	5,7
Jindřichův Hradec	7	6,04	5,8
Tábor	7,8	7,3	6,01
Písek	6,4	5,9	6,1
České Budějovice	7,16	6,7	6,5
Prachatice	7,3	7,1	6,5
Strakonice	6,2	5,77	6,7
průměr Jihočeského kraje	7,7	7,4	7,1
celorepublikový průměr	7,1	7,0	6,7

Zdroj: Výroční zprávy nemocnic, ÚZIS, vlastní úprava

Celkově nejnižší ošetřovací dobu na lůžku akutní péče má Nemocnice Český Krumlov, a. s. Průměrně 1 den pod celorepublikovým průměrem. Důvodem je taková skladba prováděných zákroků, které nepotřebují delší ošetřovací dobu. Například pacienti se závažnými kardiologickými obtížemi jsou delegováni do nemocnice v Českých Budějovicích, kde je specializované kardiocentrum.

Nemocnice v Písku a ve Strakonicích měli nejkratší ošetřovací dobu v roce 2007. Písecká nemocnice o nevýrazných 0,2 dne, zato strakonická téměř o celý jeden den, konkrétně 0,93 dne, oproti roku 2008, kdy se jejich ošetřovací doba na akutním lůžku opět zvýšila.

Graf 19: Průměrná ošetřovací doba na akutním lůžku na pacienta



Nejkratší celkový rozdíl od začátku sledovaného období má písecká nemocnice. Celkem se tam průměrná ošetřovací doba na akutním lůžku na pacienta snížila o 0,3 dne.

Nejdelší celkový rozdíl vykazuje nemocnice v Táboře, a to o necelé 2 dny, respektive 1,79 dne. Tento velký rozdíl je dobře vidět z Grafu 19. Druhý nejdelší pokles zaznamenala nemocnice v Jindřichově Hradci, přesně 1,2 dne.

Všechny sledované nemocnice, vyjma strakonické a písecké, vykazují ve sledovaném období celkově pokles doby ošetření na lůžkách akutní péče na pacienta. Ve zmíněných nemocnicích. se celkově doba ošetření zvýšila o půl dne. Je to způsobeno skladbou pacientů, respektive jejich zdravotním stavem, jež si vyžádal delší dobu hospitalizace.

Celorepublikový trend je snižování průměrné ošetřovací doby pacienta. Má to hned několik důvodů. Jedním jsou šetrnější lékařské postupy, díky nimž pacient tráví na lůžku

mnohem kratší dobu. Dalším důvodem je nárůst cen služeb, tudíž omezené finanční prostředky, které nutí zkrátit pobyt na nemocničním lůžku na minimum.

Průměrná doba hospitalizace na akutním lůžku se v Jihočeském kraji také snižuje, ovšem pomaleji než je celorepublikový průměr. Do průměrné ošetřovací doby akutních lůžek v Jihočeském kraji jsou započítány všechny nemocnice sídlící v tomto kraji. Patří sem všechny zkoumané nemocnice a dále PP Hospitals, s. r. o. Dačice.

8.2. Porovnání průměrné ošetřovací doby na lůžku následné péče

Tabulka 21 ukazuje nejkratší dobu pobytu na lůžku následné péče zaznamenanou ve sledovaném období v Nemocnici Český Krumlov, a. s. Je zde patrná rostoucí tendence. Z původních 23 dnů se prodloužila doba na lůžku následné péče na 29,1 dne. Krumlovská nemocnice se nicméně stále snaží, pokud to zdravotní stav ošetřovaného dovoluje, propustit jej do domácího léčení. Nemocnice má vlastní sociální pracovnici, která u těchto pacientů zajišťuje navazující péči v domácnosti.

Nejdelší ošetřovací dobu hospitalizovaných na lůžkách následné péče má Nemocnice České Budějovice, a. s. Je to způsobeno diverzifikací oddělení následné péče. Českobudějovická nemocnice má tato oddělení 2.

Na 1.oddělení následné péče jsou hospitalizováni převážně nemocní s chronickými chorobami týkající se všech systémů, jejichž léčba vyžaduje hospitalizaci v nemocničním zařízení, ale není nutný pobyt na akutním lůžku.

2. oddělení následné péče českobudějovické nemocnice se zabývá léčbou chronicky nemocných pacientů. V jeho péči jsou také pacienti v dlouhodobém bezvědomí. V rámci tohoto oddělení pracuje Neurofyziologická[iii] laboratoř.

Trend v době ošetřování na lůžcích následné péče je v nemocnici v Českých Budějovicích klesající, jak ukazuje Graf 20.

Tabulka 21: Průměrná ošetřovací doba na lůžku následné péče na pacienta ve dnech

Nemocnice	2006	2007	2008
Český Krumlov	23	26,7	29,1
Jindřichův Hradec	39,41	38,3	39,52
Tábor	38,1	37,6	41,7
Písek	38,4	34,8	39,2
České Budějovice	52,07	44,2	43
Prachatice	62,5	42,8	39
Strakonice	39,99	41,96	42,8
průměr jihočeského kraje	44,2	42,9	42,6
celorepublikový průměr	44,4	44,9	42,3

Zdroj: Výroční zprávy nemocnic, ÚZIS, vlastní úprava

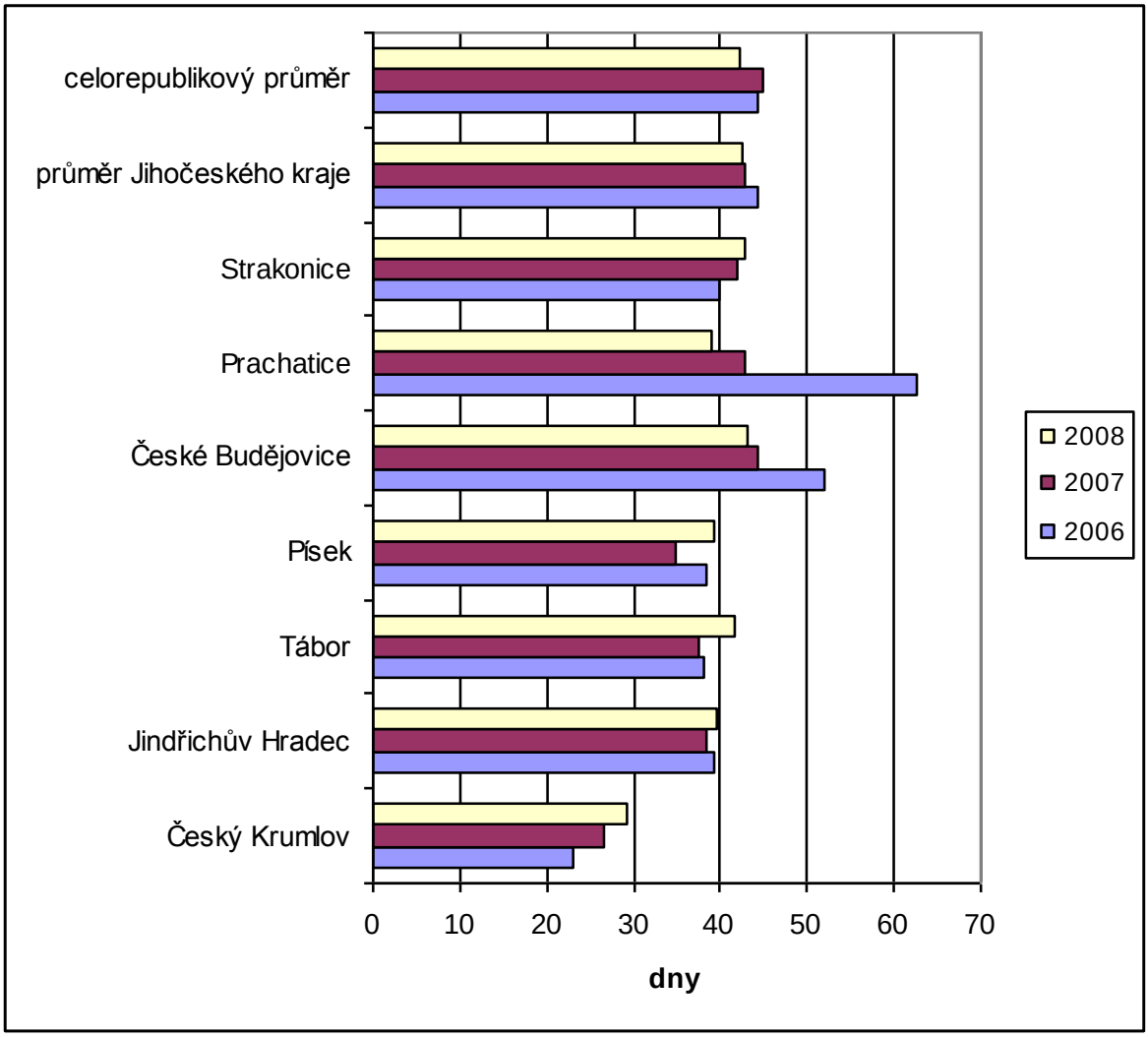
Největší snížení ošetřovací doby na lůžkách následné péče je v Nemocnici Prachatice, a. s., celkově o 23,5 dne. Ačkoli počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče v Prachaticích roste, ošetřovací doba má trend opačný. V této nemocnici se nejvíce projevil zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Ten upravuje termín sociální hospitalizace. Tato lůžka od roku 2007 nejsou započítávána do lůžkového fondu.

Ostatní zkoumané nemocnice mají průměrnou ošetřovací dobu na lůžkách akutní péče pohybující se kolem 40 dnů. Změny zde způsobuje především skladba diagnóz hospitalizovaných. Celkově se ale pohybují pod celorepublikovým průměrem, jak je patrné z Grafu 20.

Jihočeský kraj zahrnuje v tomto srovnání všechna zařízení sídlící v daném kraji, která poskytují následnou péči. Patří sem PP Hospitals, s.r.o., Dačice, Nemocnice, o.p.s., Vimperk, Volyňská léčebna, s.r.o.

Ošetřovací doba na lůžkách následné péče se v celorepublikovém a jihočeském průměru ve sledovaných letech se významně nemění. Čitelné je to z grafu č. 20. Faktem je, že zůstává poměrně vysoká.

Graf 20: Průměrná ošetřovací doba na lůžku následné péče na pacienta



---

[i] Hemodialýza je procedura, která čistí a filtruje krev. Zdroj: www.ledviny.cz

[ii] Gastroenterologie je obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčením chorob trávicího ústrojí. Zdroj: www.wikipedia.cz

[iii] Neurofyziologie se zabývá studiem fyzikálních a chemických procesů v nervové soustavě člověka. Zdroj: www.wikipedia.cz

Závěr

Cílem této práce bylo zanalyzovat spotřebu zdravotní péče. Vybrán byl Jihočeský kraj a poskytovatelé v něm z důvodu osobní zkušenosti s některými nemocnicemi v daném kraji. Spotřeba byla analyzována podle počtu hospitalizací a ošetřovací doby.

Tyto dva ukazatele jsem vybrala z proto, že počet hospitalizovaných vyjadřuje obyvatele, kterým byla poskytnuta souhrnná lékařská péče v nemocničním zařízení, většinou z důvodu, že ji tito lidé opravdu potřebovali. Svědčí to i o nemocnosti obyvatelstva a také o kapacitě nemocnice. Počet dnů hospitalizace vyjadřuje zdravotní stav hospitalizovaných a efektivitu léčby.

V prvních kapitolách jsem představila co to zdravotní péče je a jak ji můžeme členit. Nastínění jednotlivých subjektů na zdravotnickém trhu pomohlo představit zdravotní péči jako takovou a jak ji jednotlivé subjekty spotřebovávají.

Praktická část vycházela z poznatků vysvětlených v teoretické části. Byla zaměřena na jeden ze subjektů respektive podsubjektů na zdravotnickém trhu a to na poskytovatele, konkrétně na nemocnice.

Počet hospitalizovaných na lůžkách akutní péče v celorepublikovém průměru klesá. V jihočeském kraji jako celku, je tendence ve sledovaných letech opačná. Ovšem největší krajské nemocnice – českobudějovická a táborská, pokles hospitalizovaných na akutních lůžkách potvrdily, jako jediné z analyzovaných.

V celé republice menší nemocnice spolupracují s těmi většími. Stejně je tomu i v Jihočeském kraji, kde všechny nemocnice spolupracují více či méně s českobudějovickou. Tato nemocnice zajišťuje například návaznou zdravotní péči pro chirurgické oddělení nemocnice v Jindřichově Hradci, (zejména odd. traumatologické, neurochirurgické, onkologické a gastroenterologické), spolupracuje s ní ortopedické oddělení táborské nemocnice, onkologické oddělení českokrumlovské a strakonické nemocnice. Prachatická nemocnice vysílá své pracovníky do Nemocnice České Budějovice, a. s. na odborné stáže. Všechny nemocnice navíc ještě spolupracují mezi sebou.

Pokud menší nemocnice rozšíří své pole působnosti ať už technikou, technologií, finančními možnostmi, novými prostory, znalostmi, které dříve neměla nebo nepoužívala,

může po té poskytnou svou péči více pacientům, kteří dříve museli do jiné nemocnice poskytující tyto služby. Tím se menším nemocnicím zvyšuje počet hospitalizovaných pacientů a větším nemocnicím, které poskytují zdravotní péči pro pokrytí většiny onemocnění žádající si lůžkovou péči, počty hospitalizovaných ubývají. Důvod zvyšování počtu hospitalizovaných lze vidět i v zániku nejmenších nemocnic. Příkladem může být nemocnice v Dačicích, kde byla zrušena téměř všechna oddělení a pacienti se tak přesunuli do větší nemocnic zejména do Jindřichova Hradce.

Nedomnívám se, že by se malé nemocnice zvětšily na velká zařízení. S vývojem samotných nemocnic a ostatních subjektů na zdravotnickém trhu, s vývojem demografie, infrastruktury a technologií, se nemocnice po naplnění svého „růstového“ potenciálu budou spíše specializovat. Stejně tak si nemyslím, že by se velké nemocnice zmenšovali. Svůj vývoj zaměří na nové oblasti léčby.

Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče ve sledovaných nemocnicích celkově stoupá. Celkově v České republice se od roku 2006 do roku 2008 také zvýšil. Lůžka následné péče jsou levnější než lůžka akutní péče. Je to tím, že vyžadují méně kvalifikovaný personál (tím pádem i nižší mzdy), pacientův stav na tomto lůžku je již stabilizovaný, to indikuje menší potřebu pomocných přístrojů. I náklady na vybudování lůžka akutní péče a následné péče jsou odlišné (viz Kapitola 7.10). Pokud zdravotní stav pacienta nevyžaduje pobyt na akutním lůžku a domácí léčba ještě není vhodná, lůžka následné péče jsou nejlepší alternativa. Počet hospitalizovaných na lůžkách akutní péče se snižuje i z tohoto důvodu, že pacienti jsou postoupeni na lůžka následné péče co nejdříve.

Pro srovnání nemocnic jsem si vybrala průměrnou ošetřovací dobu na pacienta, jelikož mi přijde nejpřesnější. Srovnání tohoto ukazatele ve vybraných nemocnicích ukázalo celkově snižující se trend ošetřovací doby na akutních lůžkách.

V roce 2008 se již průměrná ošetřovací doba ve sledovaných nemocnicích pohybovala okolo 6 dnů. Průměr jihočeského kraje je o den více a průměr celorepublikový je v roce 2008 přesně 6,7 dne. Žádná ze zkoumaných nemocnic nepřekročila průměr nemocnic České republiky. Tento vývoj hodnotím pozitivně. Nemocnice tím šetří náklady na jednoho hospitalizovaného na akutním lůžku. Pobyt na akutním lůžku je nákladný. Pacientův zdravotní stav vyžaduje kvalifikovaný personál, neustálý dohled a výkony které poskytnou přehled o jeho zdravotním stavu. Čím kratší doba na akutním lůžku, tím nižší náklady na zmíněné činnosti. Za zkracování ošetřovací doby mohou také nové léčebné technologie a medikamenty.

Průměrná ošetřovací doba celkově na lůžkách následné péče ve vybraných nemocnicích se za sledované výrazně nemění. Potvrzuje to i průměr Jihočeského kraje a celorepublikový průměr doby ošetření na lůžkách následné péče. Většina nemocnic začíná spolupracovat se sociálními pracovníky zajišťujícími domácí ošetření.

Do počtů hospitalizovaných na lůžkách následné péče se v současné době započítávají i pacienti na geriatrických[iv] lůžkách. Což je dáno historickým vývojem, že se ztotožňuje geriatrie s doléčovací, chronickou a dlouhodobou péčí, respektive je to pozůstatek z minulého systému. V České republice již vznikají takzvané domácí agentury, jež se dokáží postarat o některé geriatrické pacienty, kteří například jsou hospitalizováni na lůžkách následné péče, ale nemuseli by. Tyto agentury jsou podporovány například Českou gerontologickou a geriatrickou společností a Gerontologickým partnerstvím. Proto se domnívám, že díky podpoře těchto agentur se bude jejich počet zvyšovat. Převezmou tak vhodné pacienty z následné péče. Ta díky tomu bude více specializovaná na vyložené doléčování hospitalizovaných převzatých z lůžek akutní péče. Díky tomu do budoucna lze počítat s postupným pomalým snižováním ošetřovací doby i na lůžkách následné péče.

[iv] Geriatrie - lékařská disciplína zabývající se funkčním stavem ve stáří, zdravím podmíněnou kvalitou života starých lidí a zvláštnostmi chorob a jejich diagnostikování a léčení ve stáří. Zdroj: http://cs.wiktionary.org

Literatura

[1] DOLANSKÝ H., *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava : Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetřovatelství, 2008

[2] DURDISOVÁ J., *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005

[3] GLADKIJ I., *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003

[4] GLADKIJ. I., Úvod od zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc: Univerzita Palackého, 1995

[5] HÁVA, P., *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, říjen 2004

[6] JANEČKOVÁ H., *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha : Portál, 2009

[7] ŠKRLA P., Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních. Praha : Grada, 2008

[8] ZLÁMAL J., *Ekonomika zdravotnictví*. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005

Internetové zdroje:

[9] FIALA, P., Porovnání nákladů dle typů nemocnic. *Aktuální situace českého zdravotnictví a nemocnic*. AČMN, 2009 [cit. 2010-04-08]. Dostupné z WWW: osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2009/acmn_hustopece.ppt

[10] MRÁZOVÁ, L. *Pwc.com* [online]. květen 2009 [cit. 2010-04-11]. Pomůže virtuální člověk snížit náklady na farmaceutický výzkum?. Dostupné z WWW: http://www.pwc.com/cz/cs/clanky-2009/pomuze-virtualni-clovek-snizit-naklady-farmaceucie.jhtml

[11] PALÁT, M., Kolik zdravotnických prostředků a techniky v medicíně je dobře?. *Czechmed* : česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků [online]. 25.3.2010, [cit. 2010-04-10]. Dostupný z WWW: http://www.czechmed.cz/tiskove-zpravy/160-kolik-

zdravotnickych-prostredku-a-techniky-v-medicine-je-dobre?-neumite-jednoznacne-odpovedet

[12] REJHOLEC, V. *Vesmir.cz* [online]. 2005 [cit. 2010-04-11]. Farmaceutický průmysl na rozcestí. Dostupné z WWW: http://www.vesmir.cz/clanek/farmaceuticky-prumysl-na-rozcesti.

[13] ŽAMBOCH, J. Nedostupnost nových technologií ve zdravotnictví. *Juristic* [online]. 18. 7. 2003, [cit. 2009-12-30]. Dostupný z WWW: *http://medico.juristic.cz/149485*.

[14] *epravo.cz*: Zákon České národní rady o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky [on-line] [cit 2010-04-07]. Dostupné z *http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ceske-narodni-rady-o-vseobecne-zdravotni-pojistovne-ceske-republiky-11982.html*

[15] Porodnost [online]. Praha : ČSÚ, 2008 [cit. 2010-05-06]. Dostupné z WWW: http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/B900435612/$File/400708a4.pdf

[16] *WHO* [online]. [cit. 2010-04-08]. Glossary. Dostupné z WWW: http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Health+care

[17] *zdn.cz* [online]. 10.12.2007 [cit. 2010-04-08]. Z věcného záměru zákona o zdravotních službách. Dostupné z WWW: *http://starezdn.zdn.cz/scripts/detail.php?id=333843*

Seznam tabulek, grafů a schémat

Tabulky

Tabulka 1: Náklady podle typu zdravotní péče v ČR 15

Tabulka 2: Rozdíly v přístupech k problémům u praktického lékaře a specialisty 16

Tabulka 3: Veřejné výdaje na zdravotnictví v ČR (mil. Kč) 21

Tabulka 4: Síť zdravotnických zařízení v roce 2008 v ČR 24

Tabulka 5: Počet lůžek v Nemocnici České Budějovice, a. s. 34

Tabulka 6: Počet hospitalizovaných v Nemocnici České Budějovice, a. s. 35

Tabulka 7: Počet lůžek v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. 37

Tabulka 8: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Jindřichův Hradec, a. s. 37

Tabulka 9: Počet lůžek v Nemocnici Písek, a. s. 39

Tabulka 10: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Písek, a. s. 39

Tabulka 11: Počet lůžek v Nemocnici Strakonice, a. s. 41

Tabulka 12: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Strakonice, a.s. 41

Tabulka 13: Počet lůžek v Nemocnici Prachatice, a. s. 43

Tabulka 14: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Prachatice, a.s. 43

Tabulka 15: Počet lůžek v Nemocnici Český Krumlov, a. s. 45

Tabulka 16: Počet hospitalizovaných v Český Krumlov, a.s. 46

Tabulka 17: Počet lůžek v Nemocnici Tábor, a. s. 47

Tabulka 18: Počet hospitalizovaných v Nemocnici Tábor, a. s. 48

Tabulka 19: Počet hospitalizovaných v České republice 50

Tabulka 20: Průměrná ošetřovací doba na akutním lůžku na pacienta ve dnech 55

Tabulka 21: Průměrná ošetřovací doba na lůžku následné péče na pacienta ve dnech 58

Grafy

Graf 1: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Č. Budějovice) 35

Graf 2: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Č. Budějovice) 36

Graf 3: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (J. Hradec) 38

Graf 4: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (J. Hradec) 38

Graf 5: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Písek) 40

Graf 6: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Písek) 40

Graf 7: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Strakonice) 42

Graf 8: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Strakonice) 42

Graf 9: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Prachatice) 44

Graf 10: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Prachatice) 44

Graf 11: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Č. Krumlov) 46

Graf 12: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Č. Krumlov) 47

Graf 13: Počet hospitalizovaných na lůžku akutní péče (Tábor) 48

Graf 14: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče (Tábor) 49

Graf 15: Počet hospitalizovaných na lůžkách akutní péče v ČR 50

Graf 16: Vývoj hospitalizovaných na lůžkách akutní péče 51

Graf 17: Počet hospitalizovaných na lůžkách následné péče v ČR 52

Graf 18: Vývoj hospitalizovaných na lůžkách následné péče 52

Graf 19: Průměrná ošetřovací doba na akutním lůžku na pacienta 56

Graf 20: Průměrná ošetřovací doba na lůžku následné péče na pacienta 59

Obrázky:

Obrázek 1: Průměrná ošetřovací doba v ČR 22

Obrázek 2: Pokles v produktivitě výzkumu a vývoje (Research and Development, R&D) 26

Schéma.

Schéma 1: Faktory ovlivňující zdraví 11

Schéma 2: Rozšířený trojúhelník zdravotní péče 18