

Zdraví 2020

**Národní strategie ochrany a podpory zdraví
a prevence nemocí**

Akční plán č. 8b:

**Zvýšení dostupnosti
návazné péče**

Obsah

1. Shrnutí	6
2. Důvodová zpráva	7
2.1. Východisko – resortní priority období 2014–2020	7
3. Analytická část	7
4. Dotčené strany a jejich zapojení při tvorbě a implementaci koncepce	9
4.1. Definice superspecializované péče	10
4.2. Definice návazné péče	10
5. Regionální dimenze návazné péče	12
5.1. Traumatologie	12
5.2. Kardiovaskulární péče	14
5.3. Cerebrovaskulární péče.....	16
5.4. Perinatologie.....	18
5.5. Novotvary.....	20
5.6. Onkogynekologická péče.....	22
5.7. Shrnutí mapování.....	24
6. Specifické postavení fakultních nemocnic v rámci systému návazné péče	29
7. Návazná péče v regionálním aspektu	34
7.1. Základní obory návazné péče – pilíř péče	37
7.2. Spádovost oborů návazné péče	37
7.3. Role poskytovatele návazné péče v regionu a systému	38
8. Podpora návazné péče prostřednictvím Evropských strukturálních a investičních fondů	48
8.1. Prioritizace plánované podpory.....	49
8.2. Monitoring a indikátory	50
8.3. Jak akční plán umožní naplnit jiné strategie a jejich cíle	52
9. Projektová část	53
9.1. Zlepšení dostupnosti návazné péče	53
10. Přílohy	55

Seznam příloh

Příloha 1 Logický rámeček.....	55
Příloha 2 Tabulky s údaji o zastoupení a spádovosti oborů návazné péče.....	55

Seznam grafů

Graf 1 Hospitalizace v traumacentrech	Graf 2 Hospitalizace ve spádových oblastech.....	13
Graf 3 Hospitalizace v rámci center specializované péče - traumatologie, zdroj: ÚZIS.....		14
Graf 4 Hospitalizace v kardiocentrech	Graf 5 Hospitalizace ve spádových oblastech.....	15
Graf 6 Hospitalizace v rámci kardiocenter, zdroj: ÚZIS.....		16
Graf 7 Hospitalizace v cerebrocentrech	Graf 8 Hospitalizace ve spádových oblastech.....	17
Graf 9 Hospitalizace v rámci cerebro center, zdroj: ÚZIS.....		18
Graf 10 Hospitalizace v perinatologických centrech	Graf 11 Hospitalizace ve spádových oblastech	19
Graf 10 Hospitalizace v perinatologických centrech	Graf 11 Hospitalizace ve spádových oblastech	19
Graf 12 Hospitalizace v rámci perinatologických center, zdroj: ÚZIS.....		20
Graf 13 Hospitalizace v onkologických centrech	Graf 14 Hospitalizace ve spádových oblastech	21
Graf 15 Hospitalizace v rámci onkologických center, zdroj: ÚZIS.....		22
Graf 16 Hospitalizace v onkologynekologických centrech	Graf 17 Hospitalizace ve spádových oblastech	23
Graf 18 Hospitalizace v rámci onkologynekologických center, zdroj: ÚZIS.....		24
Graf 19 Průměrný podíl pacientů, pro které je fakultní nemocnice místem první hospitalizace..		30
Graf 20 Procento pacientů referovaných z CVSP fakultních nemocnic do jiných zařízení.....		33
Graf 21 Podíl mimopražských pacientů pražských fakultních nemocnic v roce 201.....		34

Seznam schémat

Schéma 1 Vertikální model organizace návazné péče v návaznosti na systém vysoce specializované péče.....	8
Schéma 2 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná onkologická centra.....	41
Schéma 3 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná traumatologická a popáleninová centra.....	43
Schéma 4 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na specializovaná kardiologická centra.....	44
Schéma 5 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializované cerebrovaskulární a iktová centra.....	46
Schéma 6 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná onkogynekologická centra.....	47
Schéma 7 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná perinatologická centra.....	48

Seznam tabulek

Tabulka 1 Podíl prvně hospitalizovaných pacientů ve fakultních nemocnicích.....	30
Tabulka 2 Podíl prvně hospitalizovaných pacientů ve fakultních nemocnicích dle oborů návazné péče.....	31
Tabulka 3 Procento pacientů, které bylo po CVSP referováno jiným zařízením.....	32
Tabulka 4 Podíl mimopražských pacientů v pražských fakultních nemocnicích.....	33
Tabulka 5 Seznam páteřních zdravotnických zařízení nominovaných Asociací krajů ČR.....	36

Ministerstvo zdravotnictví

2015

1. Shrnutí

Národní strategie Zdraví 2020 v Prioritní oblasti 3 klade důraz na zajištění a organizaci fungování sítě vybraných poskytovatelů zdravotních služeb. Problematika běžného fungování sítě nemocnic v celé České republice není předmětem tohoto akčního plánu a bude řešena právní normou.

Uvádí potřebu dále centralizovat péči vysoce specializovanou do personálně, věcně i technicky vybavených pracovišť.

Komplementární aktivitou k takto pojaté koncentraci je **rozvoj péče návazné** do regionálně vyrovnané sítě s adekvátním personálním, věcným a technickým vybavením.

Do segmentu péče návazné v tomto akčním plánu zahrnujeme péči, která

- byla poskytována pacientovi před tím, než mu byla poskytnuta péče vysoce specializovaná. Do této skupiny bude patřit především péče preventivní, diagnostická, dispenzární a v menší míře také péče léčebná, a to ve formě jak ambulantní, tak zejména lůžkové, poskytovaná poskytovateli lůžkové péče;
- je poskytována pacientovi, jemuž již byla poskytnuta vysoce specializovaná péče, a jehož zdravotní stav tento stupeň péče již dále nevyžaduje. Do této skupiny bude patřit především péče léčebná a léčebně rehabilitační, a to převážně v lůžkové formě;
- na vysoce specializovanou péči navazuje ve smyslu definice Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR (např. péče v centrech perinatologické intermediární péče navazují na vysoce specializovanou perinatologickou péči, viz článek 6 Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, Částka 7 z 26. 11. 2013).

Příslušnými rozvojovými aktivitami budou

- vznik a organizace koordinačního orgánu k posouzení úrovně propojení vysoce specializovaných pracovišť s regionálními;
- využívání prostředků ESIF při strategickém plánování rozvoje segmentu zdravotní péče v ČR v prostředí v návaznosti na potřeby subsegmentů preventivního, diagnostického, léčebného, léčebně rehabilitačního a částečně rovněž ošetrovatelského;
- podpora informovanosti laické veřejnosti o regionální dostupnosti a cílená zdravotnická osvěta veřejnosti týkající se rozvoje sítě návazné péče.

2. Důvodová zpráva

Koncepce návazné péče je zařazena mezi dílčí implementační dokumenty Zdraví 2020 - Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, a to v souvislosti s problematikou mapování zdravotní infrastruktury a jejích potřeb a územní dostupností péče.

2.1. Východisko – resortní priority období 2014–2020

Jako resortní priority, jejichž implementace prostřednictvím strukturálních fondů EU bude v letech 2014–2020 spadat do gesce Ministerstva zdravotnictví, byly určeny:

- a) reforma psychiatrické péče – její transformace, deinstitucionalizace a přesun těžiště péče do komunity
- b) podpora zdravého životního stylu a odstraňování nerovností ve zdraví
- c) modernizace infrastruktury vybraných poskytovatelů zdravotních služeb
- d) specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků

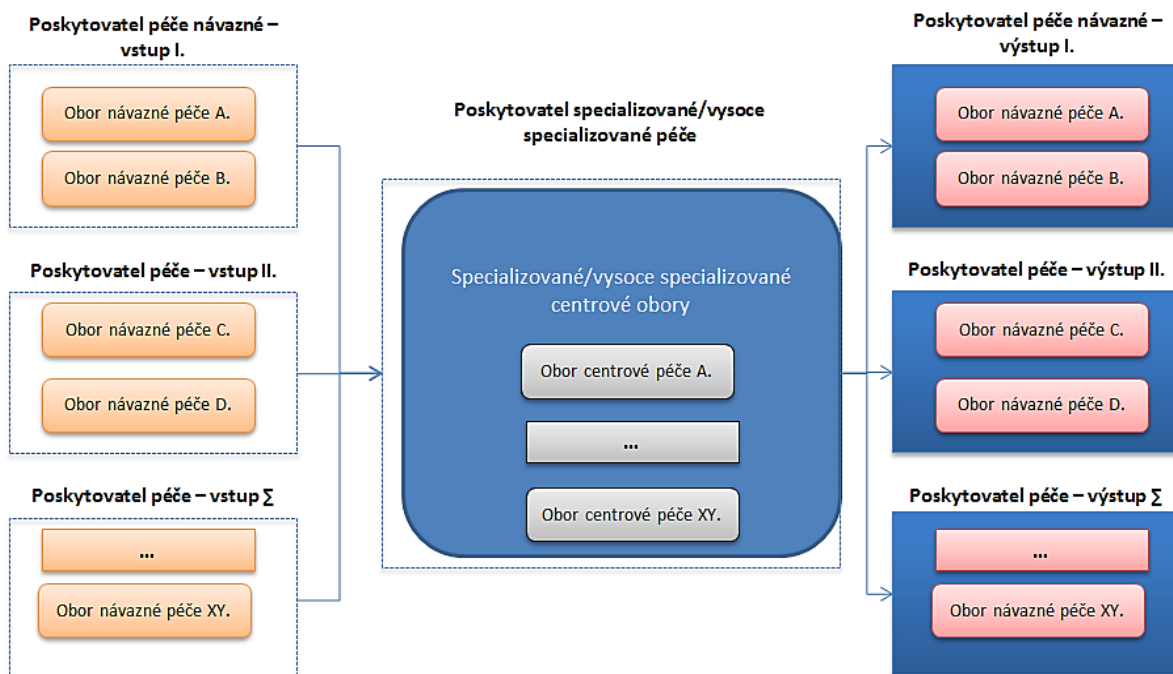
Výše uvedené priority jsou obsaženy v Dohodě o partnerství pro programové období 2014 – 2020, jako stěžejního strategického dokumentu pro období let 2014 až 2020, který zakotvuje a vymezuje spolupráci s Evropskou komisí v oblasti využívání fondů EU a od něhož se odvíjejí také budoucí programy. Dokument byl schválen Evropskou komisí 26. srpna 2014.

3. Cíle výše uvedených priorit a způsob jejich naplňování vycházejí z resortních strategických dokumentů a koncepcí. Pro oblast reformy psychiatrické péče je tímto dokumentem Strategie reformy psychiatrické péče; podpora zdravého životního stylu je řešena strategickým dokumentem Zdraví 2020 a Koncepcí hygienické služby a primární prevence v ochraně veřejného zdraví. Problematika infrastruktury poskytovatelů zdravotních služeb (dále též poskytovatel) pro část zaměřenou na vysoce specializovanou péči je řešena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění (zákon o zdravotních službách). Analytická část

Cílem dokumentu je zmapovat územní rozdíly v přístupu k péči vysoce specializované a návazné, a vytvořit tak východisko pro směřování podpory v oblasti zdravotnické

infrastruktury financované z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) v období 2014 – 2020. Analýza má za cíl především postihnout územní dimenzi případných intervencí. Je nutné zdůraznit, že data níže uvedená by neměla být chápána jako snaha dále rozšiřovat stávající síť vysoce specializovanou péči, neboť je v tuto chvíli dimenzována dostatečně a poskytuje péči takovému množství pacientů, kteří tuto úroveň péče potřebují. Naopak, mělo by být patrné, že péče návazná je stejně potřebná, neboť zařízení, která do ní spadají, fungují v mnoha regionech jako stěžejní a prvotní poskytovatel zdravotních služeb (dále též poskytovatel). Postižení těchto regionálních specifík je hlavním záměrem tohoto materiálu. Tematická koncentrace je z hlediska organizace návazné péče spatřována zvláště ve vazbě jednotlivých složek péče (léčebné, diagnostické, preventivní a ošetrovatelské) na péči typicky poskytovanou v systému péče vysoce specializované a v zaměření na ty obory péče, které jsou pro zdravotní péči v regionech páteřní. Celkově pak systém návazných pracovišť tvoří vzhledem k epidemiologicky nejvýznamnějším oblastem řešeným vysoce specializovanou péčí komplexní intervenční systém agregující jednotlivé složky péče na horizontální a vertikální úrovni.

Schéma 1 Vertikální model organizace návazné péče v návaznosti na systém vysoce specializované péče



4. Dotčené strany a jejich zapojení při tvorbě a implementaci koncepce

Jak již bylo uvedeno výše, zkušenost z předchozího programového období ukázala, že bez zapojení všech dotčených stakeholderů do rozhodovacího procesu může dojít k nekonceptnímu a nevhodnému využívání veřejných prostředků a k realizaci projektů, jejichž udržitelnost bude, když ne nemožná, potom jistě finančně zbytečně náročná.

Z tohoto důvodu byla v rámci Poradní pracovní skupiny pro přípravu budoucího období politiky hospodářské, sociální a územní soudržnosti EU 2014 – 2020, která funguje na Ministerstvu zdravotnictví od roku 2011, zřízena Podskupina pro intervence do návazné péče. Členy této podskupiny jsou zástupci Ministerstva zdravotnictví (odbor evropských fondů, odbor zdravotních služeb, sekce zdravotního pojištění), zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, zástupce Svazu zdravotních pojišťoven ČR a zástupce Asociace krajů ČR.

Tato pracovní podskupina se na svém jednání dne 20. srpna 2013 shodla na formalizaci koncepce návazné péče, na jejímž základě budou realizovány intervence ze strukturálních fondů v rámci resortní priority Modernizace infrastruktury vybraných poskytovatelů zdravotních služeb.

Zapojení jednotlivých subjektů do realizace intervencí směřujících do návazné péče se předpokládá následující:

- Ministerstvo zdravotnictví ČR – posuzuje a hodnotí míru vazby výstupů projektu na zajištění propojení péče vysoce specializované poskytované pracovišti národní sítě vysoce specializovaných pracovišť a péče na regionální úrovni, přičemž projektový záměr současně posoudí Přístrojová komise MZ ČR, případně agentura pro HTA, bude-li v daném okamžiku existovat;
- Plátcí zdravotní péče – posuzují navrhovaný projekt z pohledu dlouhodobé udržitelnosti výstupů projektu;
- Kraje – posuzují projekt z pohledu souladu se strategickými plány a koncepcemi daného regionu a s ohledem na individuální potřeby daného regionu.

4.1. Definice superspecializované péče

Jako vysoce specializovaná péče je označována péče poskytovaná v centrech vysoce specializované péče, které jsou definovány zákonem o zdravotních službách.

V rámci programového období 2007-2013 probíhaly intervence na národní úrovni za podpory Integrovaného operačního programu do takzvané super specializované a specializované péče¹, která se nyní transformuje do vysoce specializované péče podle zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. (dále označená pouze jako „CVSP“ – centra vysoce specializované péče).

V programovacím období 2007 – 2013 byla podpora zaměřena na modernizaci a obnovu diagnostických a terapeutických zdravotnických prostředků v rámci vybraných specializovaných pracovišť:

- Traumatologických center
- Komplexních onkologických center
- Kardiovaskulárních center
- Cerebrovaskulárních a iktových center

Z nově ustanovených vysoce specializovaných sítí se bude plánovaná intervence týkat nově zřízených perinatologických a onkogynekologických center, s ohledem na epidemiologický výskyt uvedených onemocnění a jejich socioekonomický dopad.

4.2. Definice návazné péče

Cílem intervencí do návazné péče je pokračovat v koncentraci a efektivizaci zdravotních služeb, které doplňují CVSP. Návazná péče je definována v Koncepti Návazné péče (dále jen „Koncepte“), jejíž návrh byl odsouhlasen poradou vedení Ministerstva zdravotnictví ČR dne 11. června 2014. Zatímco Koncepte definuje rámeček podpory, konkrétní

¹ Intervence v této oblasti péče byla zaměřena na projekty v rámci národních sítí zdravotnických zařízení, splňujících technické a personální kritéria, parametry spádovosti a dostupnosti zdravotní péče pro obyvatele, které jsou vyhlášeny a zveřejněny v informačním prostředí MZd (Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR). Parametry jednotlivých sítí specializovaných pracovišť zdravotnických zařízení jsou stanoveny platným právním řádem, parametry dostupnosti a spádovosti v rámci sítí specializovaných zdravotnických pracovišť, jsou identifikovány a hodnoceny na základě standardního sběru relevantních statistických údajů, kdy je brán v úvahu zejména počet obyvatel v daném regionu, index stáří, četnost výskytu onemocnění vázaných na určité skupiny pacientů a dostupnost jiné zdravotní péče pro vulnerabilní skupiny.

směřování podpory v jednotlivých regionech bude vycházet z potřeb definovaných Ministerstvem zdravotnictví v kapitole 5 a Asociací krajů ČR v kapitole 6 a strategických dokumentech jednotlivých krajů.

Návazná péče z hlediska organizace zdravotní péče agreguje obory péče bezprostředně předcházející nebo přímo navazující na péči vysoce specializovanou (viz schéma č. 1).

Koncepce Návazné péče definuje návaznou péči jako péči, která:

- byla poskytována pacientovi před tím, než mu byla poskytnuta péče vysoce specializovaná. V průběhu této péče se ukázala potřeba péče vysoce specializované a na základě této potřeby byl pacient referován vysoce specializovanému pracovišti národní sítě poskytovatelů zdravotních služeb. Do této skupiny bude patřit především péče preventivní, diagnostická, dispenzární a v menší míře také péče léčebná, a to ve formě jak ambulantní, tak zejména lůžkové, poskytovaná poskytovateli lůžkové péče;
- je poskytována pacientovi, jemuž již byla poskytnuta vysoce specializovaná péče, a jehož zdravotní stav tento stupeň péče již dále nevyžaduje. Do této skupiny bude patřit především péče léčebná a léčebně rehabilitační, a to převážně v lůžkové formě,
- péče, u které je návaznost na vysoce specializovanou péči definována Věstníkem Ministerstva zdravotnictví ČR (např. péče v centrech perinatologické intermediární péče navazují na vysoce specializovanou perinatologickou péči, viz článek 6 Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR, Částka 7 z 26. 11. 2013).

Poskytovatelem návazné péče je pak poskytovatel zdravotních služeb, který:

- pacienty referuje pracovišti vysoce specializované péče přímo, nebo ke kterému jsou přímo referováni pacienti z pracovišť vysoce specializované péče;
- anebo, které poskytuje jak návaznou i vysoce specializovanou péči, avšak na různých pracovištích.

Kvalita zdravotních služeb poskytovaných v rámci návazné péče (ať již jde o diagnostiku nebo například rehabilitaci) určuje, zda se pacient vůbec a jak rychle, dostane do další vysoce specializované péče, a jak rychle se po péči vysoce specializované vrátí do svého přirozeného prostředí. **Vzhledem k tomu, že kvalita návazné péče určuje, jak rychle**

se pacientovi dostane požadované péče (především péče v rámci CVSP), hraje úroveň infrastruktury klíčovou roli.

Jak je zřejmé z níže uvedeného rozboru v tomto dokumentu, je většina zdravotních služeb týkající se epidemiologicky nejvýznamnějších diagnóz poskytována v zařízeních, která lze označit za poskytovatele návazné péče. Přesto, je úroveň infrastruktury u tohoto typu péče nevyhovující a často zastaralá.

5. Regionální dimenze návazné péče

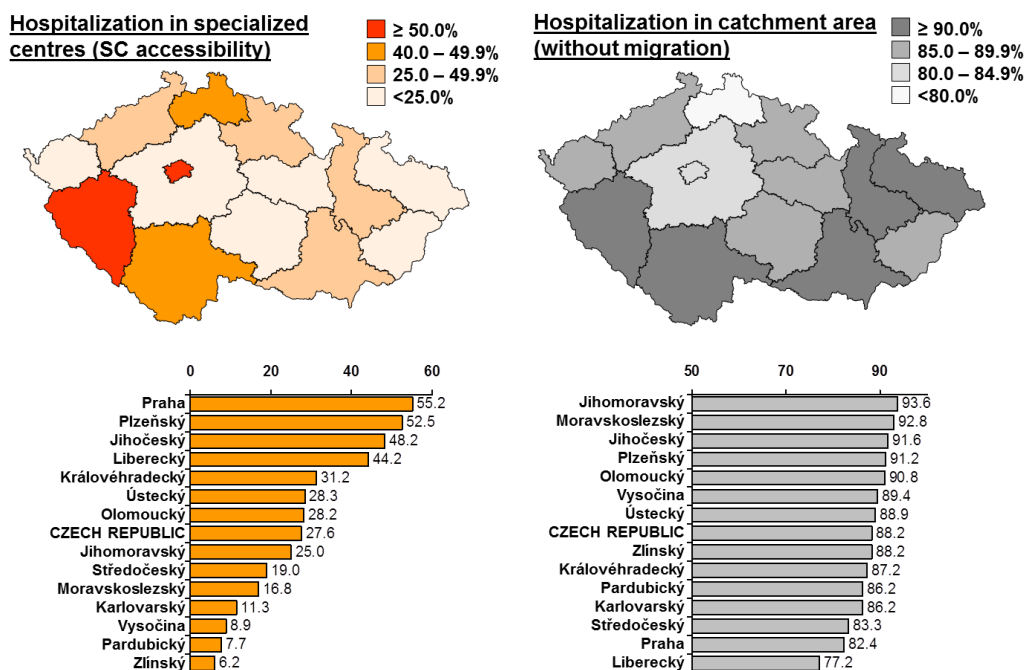
Následující analýza mapuje situaci v rámci vysoce specializované péče kardiovaskulární, cerebrovaskulární, traumatologické, perinatologické, onkogynekologické a léčby novotvarů, kde již péče byla nebo bude koncentrována a standardizována v rámci zmíněných CVSP. A dále situaci v péči, která na vysoce specializovanou péči navazuje (péče návazná).

5.1. Traumatologie

V rámci níže uvedeného grafu (č. 2) můžeme vidět, že v rámci ČR je průměrně 88,2% pacientů po úrazech či nehodách hospitalizováno v rámci svých spádových oblastí. Ovšem pouze 27,6% pacientů je poskytnuta prvotní léčba v rámci CVSP. Respektive, až v sedmi krajích je velké procento pacientů, u nichž prvotní léčba byla poskytnuta jinde, mimo centrum vysoce specializované péče (viz graf č. 1). Důvodem tohoto stavu nemusí být nedostupnost specializované péče v rámci CVSP, ale specifičnost traumatologické péče, kdy pacient je ošetřen v nejbližším možném zařízení od místa nehody/úrazu. Jedná se konkrétně o tyto kraje: Jihomoravský, Středočeský, Moravskoslezský, Karlovarský, Kraj Vysočina, Pardubický a Zlínský kraj. Například v rámci posledně jmenovaného kraje je 6,2% pacientů prvotně ošetřeno v rámci CVSP. Z toho vyplývá, že většina ostatních pacientů je v daném regionu hospitalizována v zařízení poskytující návaznou péči.

Graf 1 Hospitalizace v traumacentrech

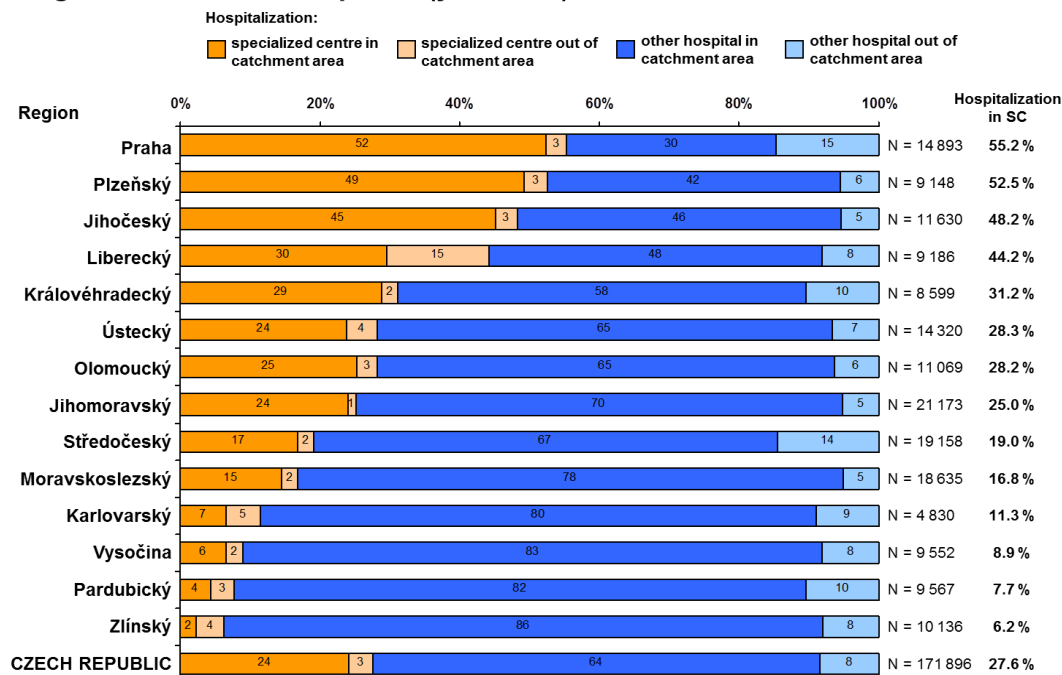
Graf 2 Hospitalizace ve spádových oblastech



Z grafu č. 3 jsou patrné velké rozdíly v přístupu k traumatologické péči mezi jednotlivými kraji. Například v Zlínském kraji, kde není zřízeno CVSP, je celých 93,8 % pacientů závislých na zdravotnických zařízení poskytující návaznou péči. V dalších 10 krajích (Pardubickém kraji, Kraji Vysočina, Karlovarském, Moravskoslezském, Středočeském, Jihomoravském, Olomouckém, Ústeckém a Královéhradeckém kraji) je také významný podíl pacientů (nad 60%) hospitalizováno v rámci nemocnic poskytující návaznou péči. To je důkazem významné úlohy těchto zařízení, neboť v nich většina obyvatel podstupuje prvotní péči.

Graf 3 Hospitalizace v rámci center specializované péče - traumatologie, zdroj: ÚZIS

Traumatology: hospitalization care in and out of specialized centres (SC) in regions of the Czech Republic (year 2013)

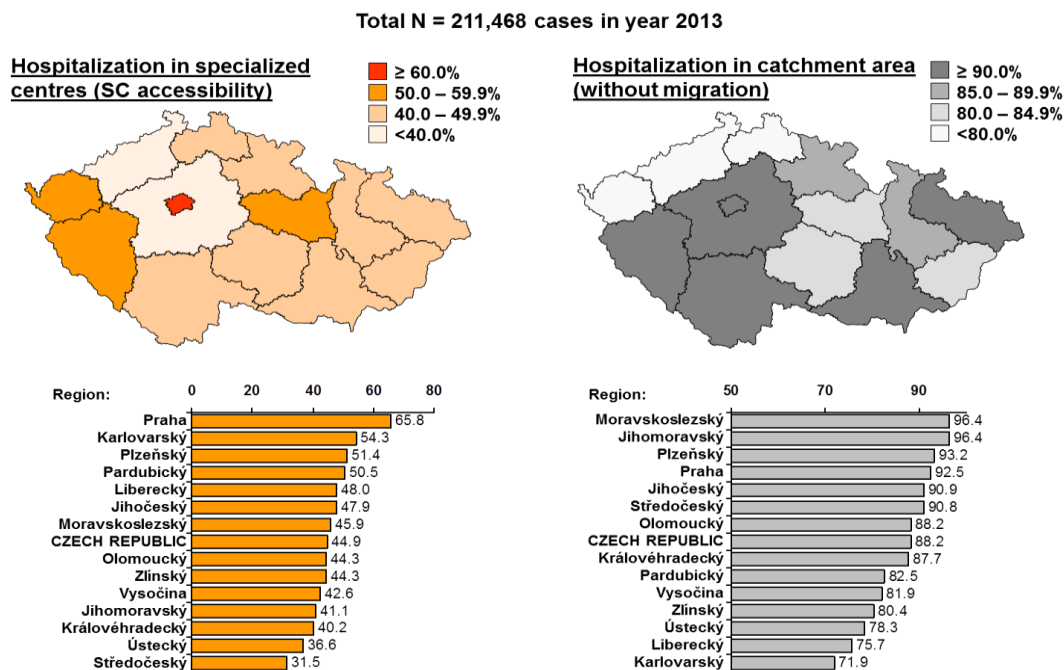


5.2. Kardiovaskulární péče

U kardiovaskulární péče je situace odlišná. Průměrně je 88,2% pacientů v ČR hospitalizováno v rámci svých spádových oblastí (graf č. 5), a průměrně také 44,9% pacientů v rámci ČR vstoupí do systému přímo skrze CVSP poskytující kardiovaskulární péči.

Graf 4 Hospitalizace v kardiocentrech

Graf 5 Hospitalizace ve spádových oblastech

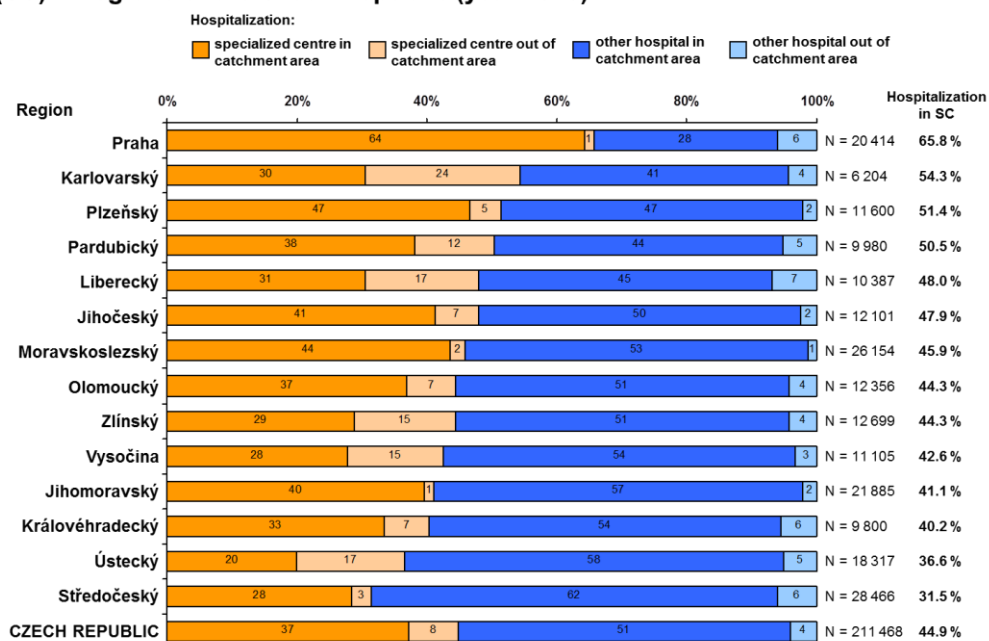


Přesto, že mezi jednotlivými kraji není takový rozdíl v rozmístění prvotní kardiiovaskulární péče, v rámci Středočeského, Ústeckého, Královéhradeckého kraje je více než 60% pacientům poskytnuta prvotní péče v rámci nemocnic poskytující návaznou péči. Navíc, v dalších 7 krajích (Jihomoravský kraj, kraj Vysočina, Zlínský, Olomoucký, Moravskoslezský, Jihočeský, Liberecký kraj) je více než 50% pacientů hospitalizováno v rámci poskytovatelů návazné péče (viz graf č. 6). Opět se zde ukazuje významná úloha tohoto segmentu při zajištění přístupu ke zdravotním službám.

Zajímavostí je, že v rámci kardio péče dochází k vyšší migraci pacientů mezi regiony. Například až 24% pacientů v rámci Karlovarského kraje není hospitalizováno v rámci své spádové oblasti. K větším migracím za komplexní kardiiovaskulární péče dochází i v Libereckém, Ústeckém a Zlínském kraji a Kraji Vysočina.

Graf 6 Hospitalizace v rámci kardio center, zdroj: ÚZIS

Cardiovascular diseases: hospitalization care in and out of specialized centres (SC) in regions of the Czech Republic (year 2013)

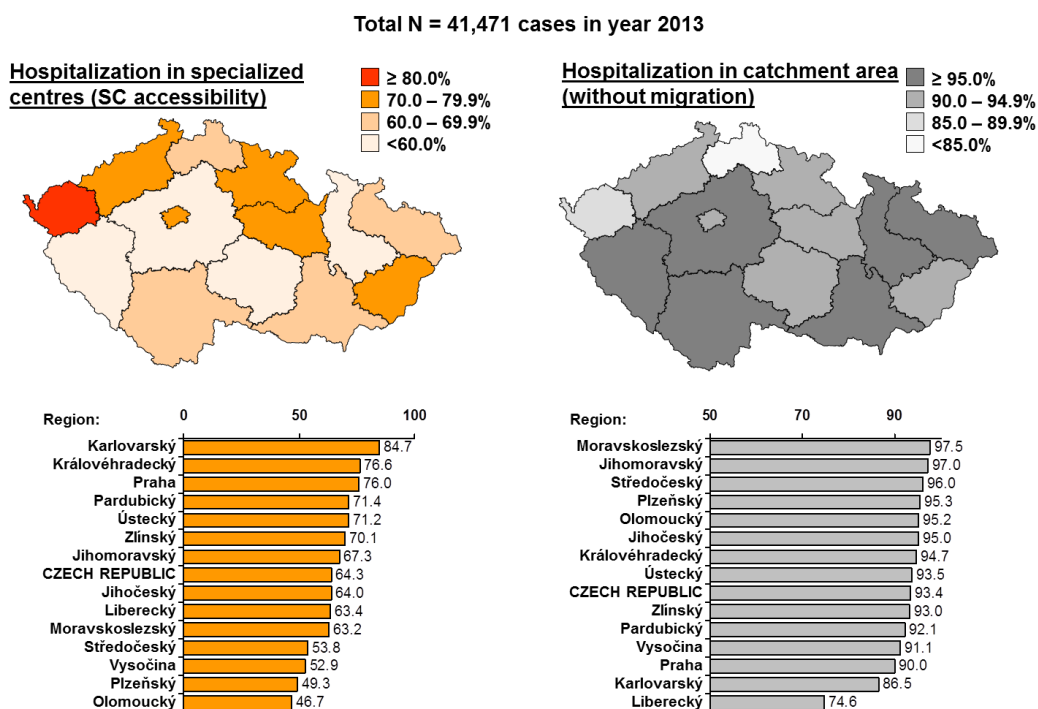


5.3. Cerebrovaskulární péče

U cerebrovaskulární péče je v ČR průměrně 93% pacientů hospitalizováno v rámci svých spádových oblastí (viz. graf č. 8), a průměrně 64% pacientů čerpá prvotní péči v rámci cerebrovaskulárních center, tedy center vysoce specializované péče (viz. graf č. 7).

Graf 7 Hospitalizace v cerebrocentrech

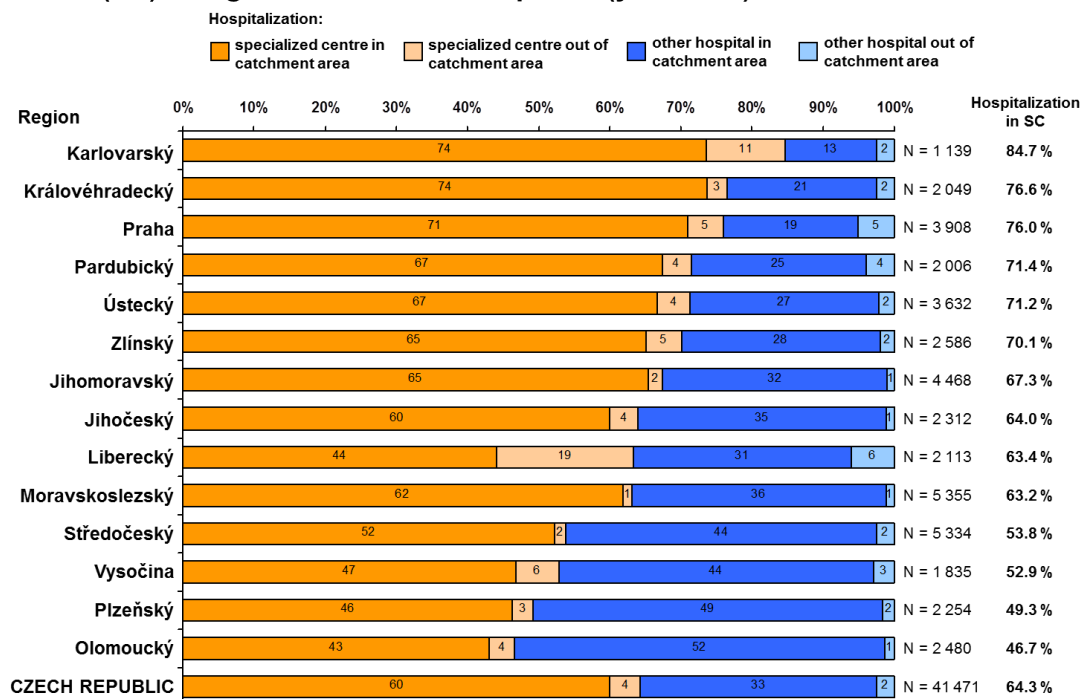
Graf 8 Hospitalizace ve spádových oblastech



U cerebrovaskulární péče je ve většině krajů dobrá dostupnost CVSP, které zvládne pokrýt většinu obyvatel ve své spádové oblasti. Výjimku zde tvoří Olomoucký, Plzeňský kraj a kraj Vysočina, kde je kolem 50 % pacientů, je prvotně hospitalizováno v nemocnicích poskytující návaznou péči (viz graf č. 9). V rámci uvedené diagnózy již lze vysledovat rozdíly mezi jednotlivými kraji. Zatímco v Karlovarském kraji celých 84,7% pacientů čerpá prvotní péči v CVSP, v rámci Olomouckém kraje to je pouze 46,7%. To znamená, že segment návazné péče v této diagnóze hraje větší roli v rámci Olomouckého kraje než je tomu v Karlovarském kraji.

Graf 9 Hospitalizace v rámci cerebro center, zdroj: ÚZIS

Cerebrovascular diseases: hospitalization care in and out of specialized centres (SC) in regions of the Czech Republic (year 2013)



5.4. Perinatologie

Rovněž v případě perinatologie platí, že většina pacientů v ČR (průměrně je 88,2%) je hospitalizována v rámci své spádové oblasti (viz graf č. 11). Signifikantně však přibývá krajů, kde je výrazné procento obyvatel prvotně hospitalizováno nikoliv ve specializovaných perinatologických centrech, ale v rámci jiných nemocnic, poskytující návaznou péči (viz graf č. 10). Důvodem je mimo jiné skutečnost, že perinatologická síť CVSP se stále etabluje.

Graf 10 Hospitalizace v perinatologických centrech

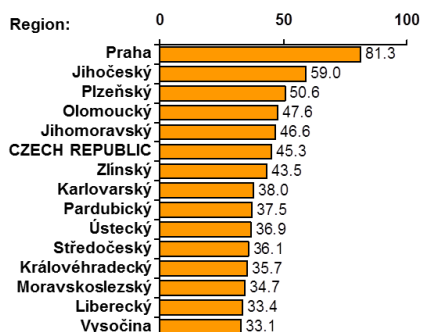
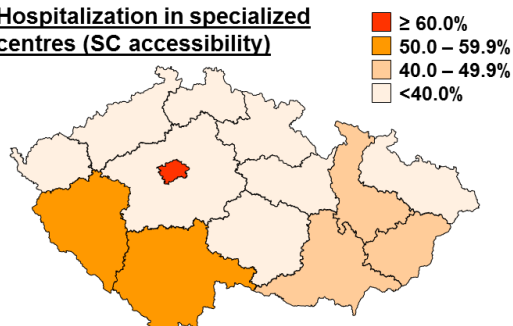
Graf 11 Hospitalizace ve spádových oblastech

Graf 12 Hospitalizace v perinatologických centrech

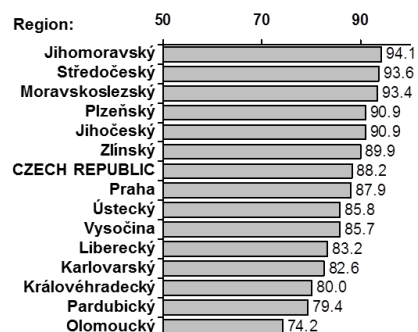
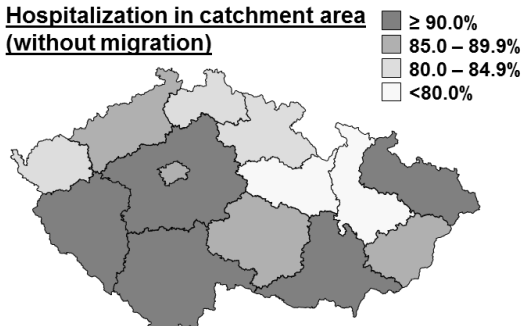
Graf 13 Hospitalizace ve spádových oblastech

Total N = 171,902 cases in year 2013

Hospitalization in specialized centres (SC accessibility)



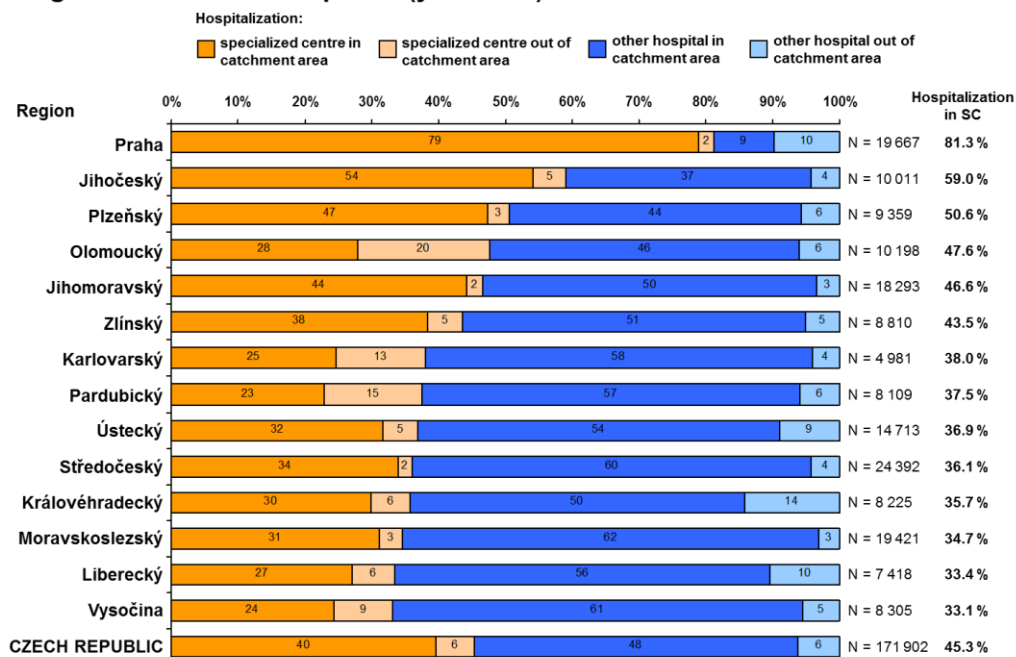
Hospitalization in catchment area (without migration)



Z interpretace dat vyplývá, že mezi kraje s největším využíváním nemocnic poskytujících návaznou péči (nad 66 % pacientů) v rámci perinatologie patří: Kraj Vysočina, Liberecký, Moravskoslezský, Královéhradecký, Středočeský, Ústecký, Pardubický, Karlovarský, Zlínský kraj (graf č. 12).

Graf 14 Hospitalizace v rámci perinatologických center, zdroj: ÚZIS

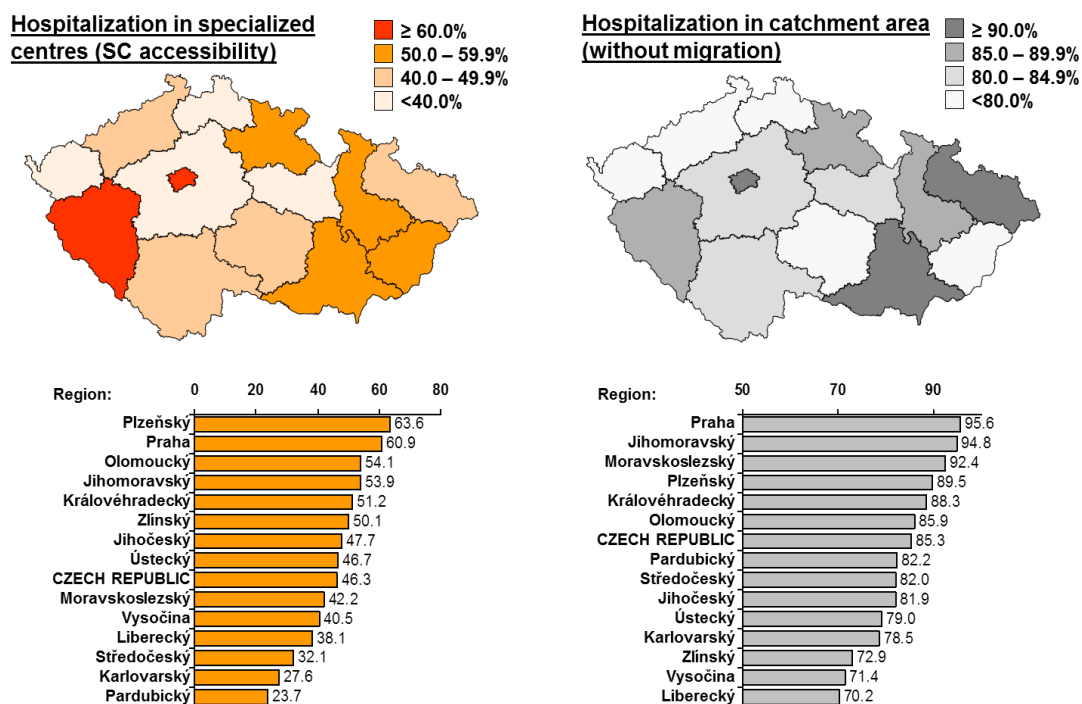
Perinatology: hospitalization care in and out of specialized centres (SC) in regions of the Czech Republic (year 2013)



5.5. Novotvary

V rámci ČR více než polovina onkologických pacientů zahajuje léčbu mimo CVSP (46,3%, viz graf č. 13), a v průměru 85,3% pacientů je hospitalizovaných v rámci své spádové oblasti (viz graf č. 14). Opět zde lze vysledovat rozdíly mezi regiony v místě vstupu do systému péče ve specializovaných centrech. Například v Plzeňském kraji čerpá více než 60 % pacientů prvotní léčbu v CVSP, oproti 23,7 % v kraji Pardubickém. Důvodem může být skutečnost, že Fakultní nemocnice Plzeň, kde je CVSP umístěno, hraje také pro většinu obyvatel regionu roli poskytovatele návazné péče, neboť je jejich jedinou spádovou nemocnicí. Na rozdíl od opačné strany spektra Pardubického kraje, kde návaznou péči poskytuje více zařízení.

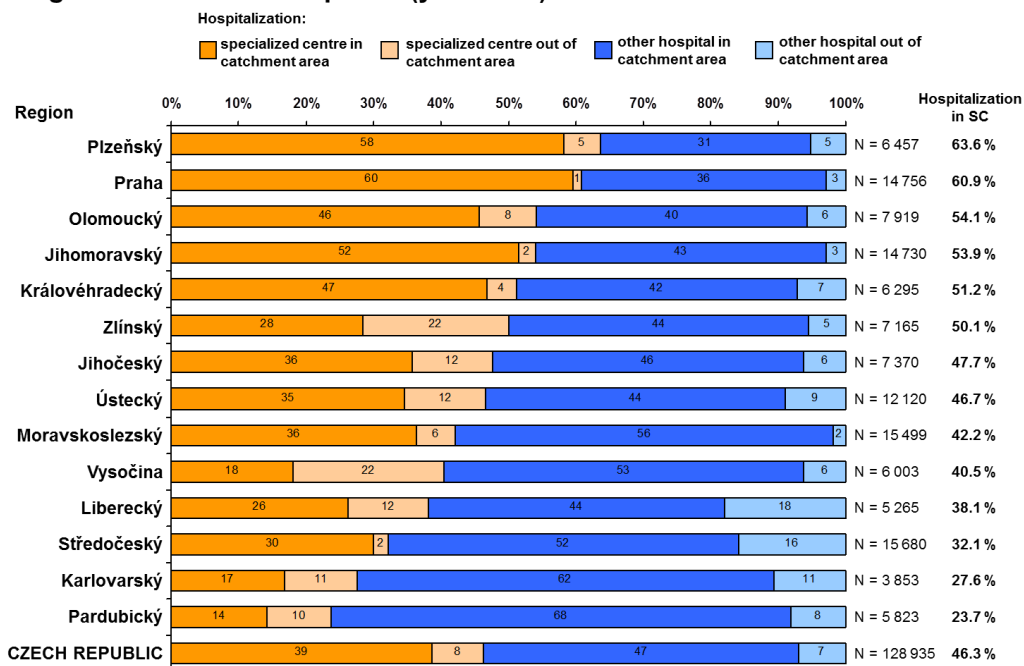
Graf 15 Hospitalizace v onkologických centrech **Graf 16** Hospitalizace ve spádových oblastech



Výrazné jsou z hlediska místa zahájení léčby rozdíly také mezi některými kraji navzájem. Například v Pardubickém a Karlovarském kraji je přes 70 % pacientů hospitalizováno v rámci regionálních nemocnic poskytujících návaznou péči. Výrazné je také procento pacientů u Středočeského a Libereckého kraje, kteří musí za péčí cestovat – u Středočeského kraje se jedná o 16 % pacientů, kteří, aby jim byla poskytnuta péče v oblasti léčby novotvarů, musí hledat péči mimo své spádové centrum. Důvodem je skutečnost, že pro velkou část Středočeského kraje jsou přirozeným spádovým místem nemocnice v Praze (viz graf č. 15).

Graf 17 Hospitalizace v rámci onkologických center, zdroj: ÚZIS

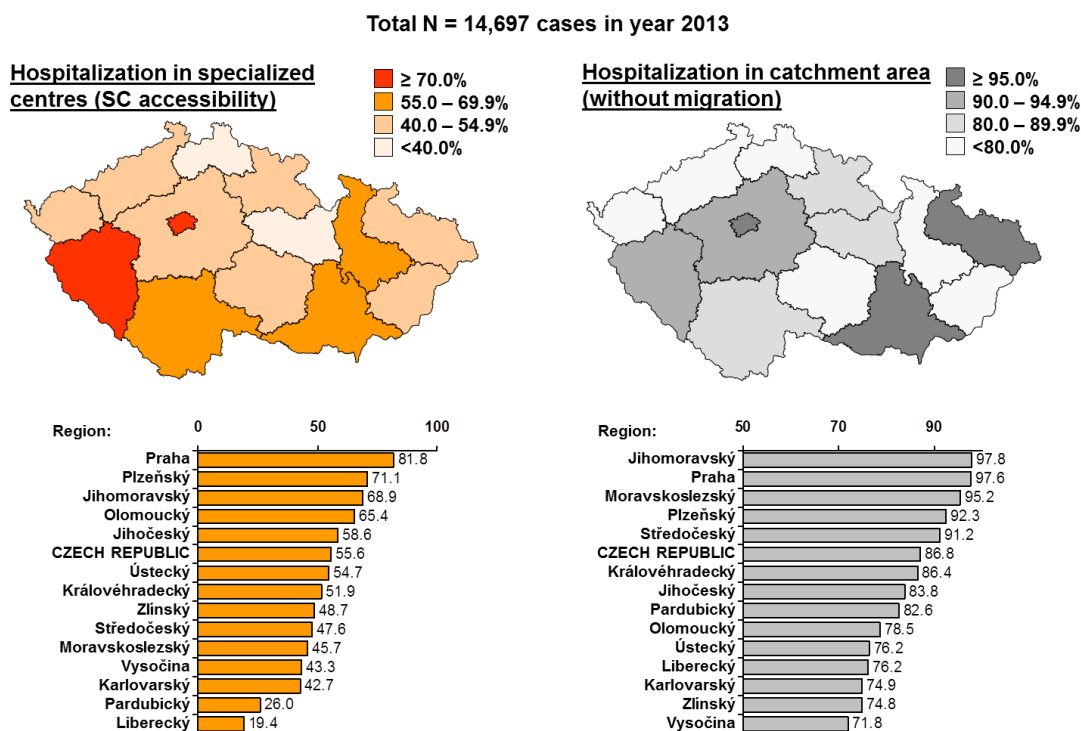
Neoplasms: hospitalization care in and out of specialized centres (SC) in regions of the Czech Republic (year 2013)



5.6. Onkogynekologická péče

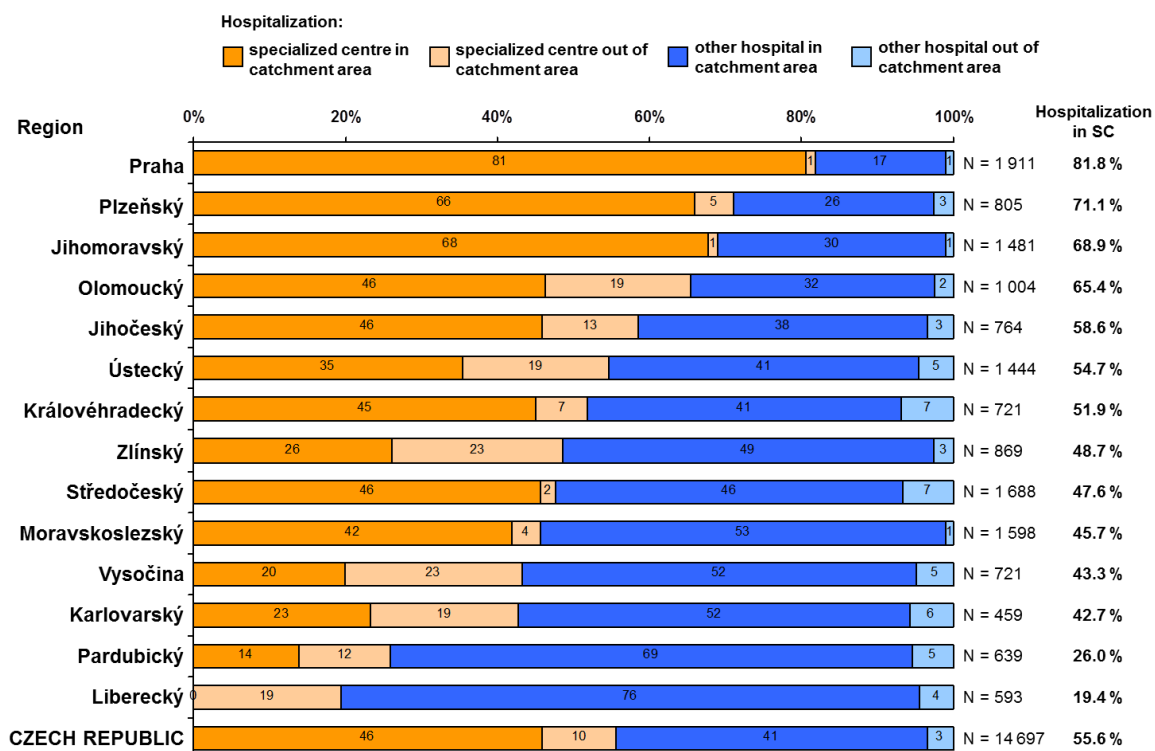
U onkogynekologie je průměrně 86,8 % pacientů v ČR hospitalizováno v rámci svých spádových oblastí (viz graf č. 17) a průměrně je 55,6% pacientů je léčeno od počátku v rámci CVSP (viz graf č. 16).

Graf 18 Hospitalizace v onkogynekologických centrech **Graf 19** Hospitalizace ve spádových oblastech



Při detailní interpretaci kolektovaných dat (graf č. 18) je patrné, že mezi jednotlivými regiony existují velké rozdíly. Zatímco v Libereckém kraji musí pacientky za onkogynekologickou péčí dojíždět do jiného regionu a 80% pacientů vstupuje do systému péče skrze návaznou péči, v Jihomoravském kraji 68,9% pacientů vstupuje do systému přímo přes CVSP.

Graf 20 Hospitalizace v rámci onkologynekologických center, zdroj: ÚZIS



5.7. Shrnutí mapování

Analýza ukázala regionální rozdílnosti a specifika v přístupu ke kvalitní péči, která přímo navazuje na péči vysoce specializovanou. Většina pacientů s epidemiologicky nejvýznamnějšími diagnózami čerpá prvotní péči v rámci nemocnic, které lze označit za poskytovatele tzv. návazné péče. To dokládá klíčovou roli tohoto segmentu v systému veřejného zdravotnictví, neboť fakticky zprostředkovávají přístup ke kvalitním zdravotním službám pro většinu obyvatel České republiky.

Kvalita péče v těchto zařízeních však není na stejné úrovni jako v rámci CVSP a často se velmi výrazně liší i mezi jednotlivými návaznými zařízeními navzájem. Smyslem případných intervencí samozřejmě není vyrovnat medicínskou úroveň CVSP a poskytovatelů návazné péče, neboť tím by se zcela popřela myšlenka koncentrace a specializace péče, ale modernizovat infrastrukturu tak, aby zařízení, která poskytují návaznou péči, mohla kvalitně plnit svou funkci místa, kde pacient nejčastěji vstupuje do systému a odkud je případně dál referován jiným specializovaným pracovištěm. Přičemž je zřejmé, že v některých případech plní funkci návazné péče zařízení, ve kterých jsou

rovněž umístěna CVSP. Tyto případy jsou popsány na příkladu fakultních nemocnic v kapitole 5.

Analýza ukázala regionální rozdíly především v souvislosti s jednotlivými epidemiologickými oblastmi:

- V případě **traumatologie** existuje signifikantní potřeba podpory poskytovatelů návazné péče v kraji Zlínském, Pardubickém, Kraji Vysočina, Karlovarském a Moravskoslezském kraji, neboť zde přes 83 % pacientů čerpá prvotní péči v nemocnicích poskytujících návaznou péči. A zejména v případě traumatologie rozhoduje prvotní včasná a kvalitní péče o délce léčby a případných následcích.
- V rámci **kardiovaskulární péče** je situace lepší, přesto například v rámci Ústeckého kraje je u poskytovatelů návazné péče prvotně hospitalizováno celých 80 % pacientů.
- U **cerebrovaskulární a iktové** péče vykazuje nejvyšší podíl pacientů hospitalizovaných v návazné péči Olomoucký kraj s 53 % pacientů.
- V souvislosti s **péčí perinatologickou** existuje celých 9 krajů (Kraj Vysočina, Liberecký kraj, Moravskoslezský kraj, Královéhradecký kraj, Středočeský kraj, Ústecký kraj, Pardubický kraj, Karlovarský kraj a Zlínský kraj), kde je nad 66 % pacientů primárně léčeno u poskytovatelů návazné péče.
- Při léčbě **novotvarů** je přes 70 % pacientů v rámci Pardubického a Karlovarského kraje hospitalizováno v rámci regionálních nemocnic poskytující návaznou péči.
- V rámci **onkogynekologie** vykazuje Liberecký a Pardubický kraj významné procento pacientů (74 a 80 %), které je primárně léčeno poskytovateli návazné péče.
- Specifikem je Středočeský kraj, kde jsou okresy jako Kladno, Nymburk, Praha-východ, Praha-západ, Beroun, Benešov které mají spádovost přirozeně v Praze, proto je potřeba i v rámci hlavního města posílit úroveň návazné péče.

V případě podpory do návazné péče je proto nutné se v jednotlivých regionech primárně soustředit na obory navazující na péči v oblastech, ve kterých je segment návazné péče dominantní. V případě cerebrovaskulární a iktové péče, kde je rychlost poskytnutí lékařského ošetření nejdůležitější (z tohoto důvodu je síť

CVSP nejrozsáhlejší), **by měla být podpora dokonce soustředěna už tam, kde je v segmentu návazné péče prvotně ošetřeno alespoň 30 % pacientů.**

Z pohledu významu poskytovatelů návazné péče by měla být podpora v jednotlivých regionech soustředěna tak, aby bylo **především** zajištěno propojení s těmito typy vysoce specializované péče:

Středočeský kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- cerebrovaskulární a iktová péče
- perinatologie
- onkologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu a gynekologii a porodnictví)

Ústecký kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- perinatologie
- onkologie
- onkogynekologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Liberecký kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- cerebrovaskulární a iktová péče
- perinatologie
- onkologie
- onkogynekologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Karlovarský kraj:

- traumatologie
- perinatologie
- onkologie
- onkogynekologie

(jde tedy zejména o ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, obory vnitřního lékařství, rehabilitační a fyzikální medicínu a gynekologii a porodnictví)

Plzeňský kraj:

- kardiologie
- cerebrovaskulární a iktová péče

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, chirurgické obory, neurologii a rehabilitační a fyzikální medicínu)

Jihočeský kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- cerebrovaskulární a iktová péče
- onkologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Pardubický kraj:

- traumatologie
- perinatologie
- onkologie
- onkogynekologie

(jde tedy zejména o ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, obory vnitřního lékařství, rehabilitační a fyzikální medicínu a gynekologii a porodnictví)

Kraj Vysočina:

- traumatologie
- kardiologie
- perinatologie
- onkologie
- onkogynekologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Jihomoravský kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- cerebrovaskulární a iktová péče
- perinatologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Královéhradecký kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- perinatologie

(jde tedy zejména o ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, obory vnitřního lékařství, rehabilitační a fyzikální medicínu a gynekologii a porodnictví)

Olomoucký kraj:

- perinatologie
- cerebrovaskulární a iktová péče
- kardiologie
- traumatologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Zlínský kraj:

- traumatologie
- kardiologie
- perinatologie
- onkogynekologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, rehabilitační a fyzikální medicínu)

Moravskoslezský kraj:

- onkogynekologie
- onkologie
- perinatologie
- cerebrovaskulární a iktová péče
- kardiologie
- traumatologie

(jde tedy zejména o obory vnitřního lékařství, ortopedii a traumatologii pohybového ústrojí, chirurgické obory, neurologii, rehabilitační a fyzikální medicínu a gynekologii a porodnictví)

6. Specifické postavení fakultních nemocnic v rámci systému návazné péče

V současné době funguje v České republice devět fakultních nemocnic, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Jsou to:

- Fakultní nemocnice v Motole
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
- Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
- Fakultní nemocnice Plzeň
- Fakultní nemocnice Hradec Králové
- Fakultní nemocnice Brno
- Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně
- Fakultní nemocnice Olomouc
- Fakultní nemocnice Ostrava

Tato zdravotnická zařízení plní v systému veřejného zdravotnictví několik rolí, respektive vystupují jako zařízení, které poskytuje zdravotní služby na několika úrovních.

Kromě nejvyšší úrovně – vysoce specializované péče, která často souvisí i s výzkumnou činností, která zde probíhá, je zde poskytována rovněž péče „nižších“ úrovní, jako je například primární péče nebo péče, kterou lze označit za návaznou.

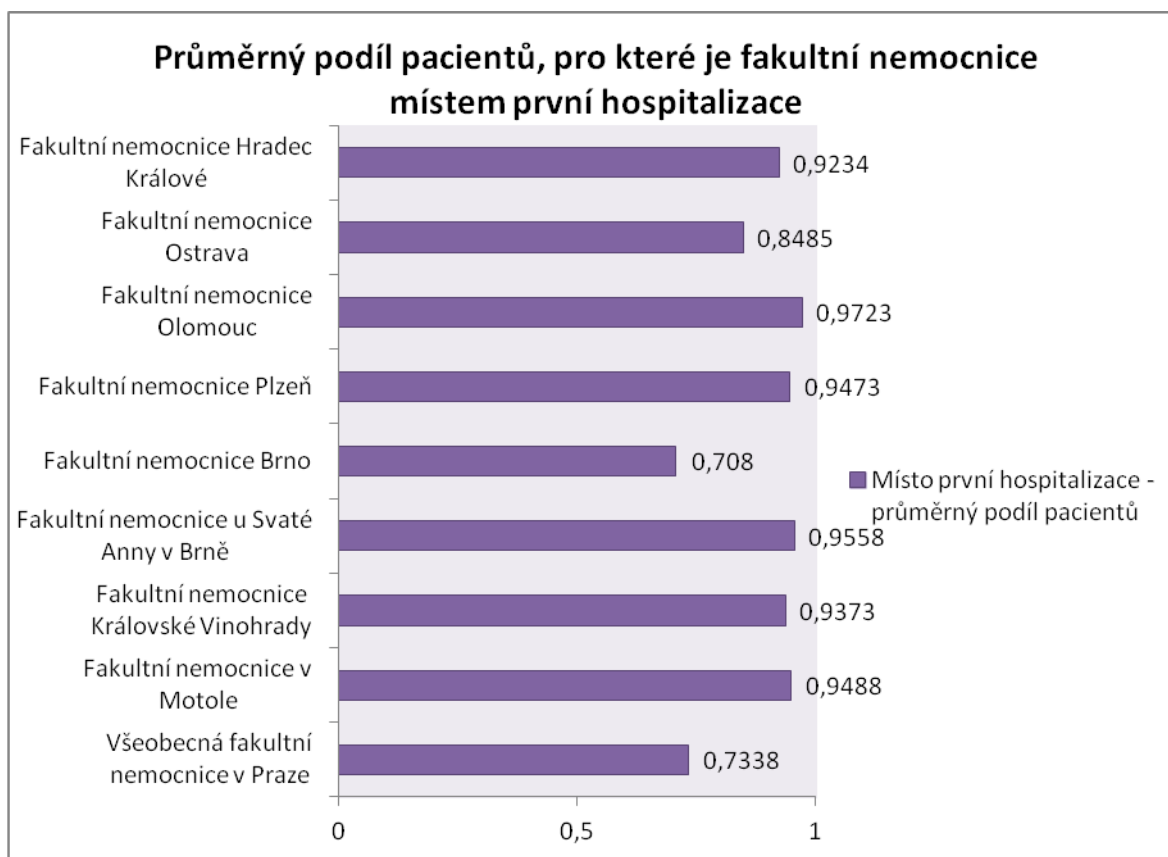
Víceúrovňovost poskytovaných zdravotních služeb vychází ze skutečnosti, že pro velkou část obyvatel regionů, ve kterých se tato zařízení nacházejí, funguje fakultní nemocnice jako přirozené spádové centrum zdravotní péče a tedy místo prvotní hospitalizace a vstupu pacienta do systému. Místo fakultních nemocnic v segmentu návazné péče je tak nezpochybnitelné.

Z dat nemocničních informačních systémů fakultních nemocnic byly získány následující údaje, které ukazují, pro jaký podíl pacientů byla v roce 2013 fakultní nemocnice místem jejich první hospitalizace, a tedy jejich přirozeným spádovým místem péče z hlediska péče návazné.

Tabulka 1 Průměrný podíl pacientů, pro které je fakultní nemocnice místem první hospitalizace

Fakultní nemocnice	Místo první hospitalizace - průměrný podíl pacientů
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	73,38%
Fakultní nemocnice v Motole	94,88%
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	93,73%
Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně	95,58%
Fakultní nemocnice Brno	70,80%
Fakultní nemocnice Plzeň	94,73%
Fakultní nemocnice Olomouc	97,23%
Fakultní nemocnice Ostrava	84,85%
Fakultní nemocnice Hradec Králové	92,34%

Graf 21 Průměrný podíl pacientů, pro které je fakultní nemocnice místem první hospitalizace



Tabulka č. 1 ukazuje, že ve všech případech je podíl pacientů, pro které je fakultní nemocnice místem první hospitalizace, vyšší než 70%. Tato skupina pacientů zahrnuje jak osoby, které v dané fakultní nemocnici čerpají péči mimo CVSP, tak i ty, kteří mohou být později v průběhu léčby do CVSP v rámci nemocnice přeřazeni. Jinými slovy, jde

o podíl pacientů, pro které je fakultní nemocnice přirozeným místem vstupu do systému zdravotních služeb. Podíl těchto pacientů ve fakultní nemocnici se dále liší podle jednotlivých oborů, které byly definovány jako obory navazující na péči vysoce specializovanou. Tyto odlišnosti mezi odbornostmi v jednotlivých fakultních nemocnicích ukazuje Tabulka č. 2.

Tabulka 2 Podíl prvně hospitalizovaných pacientů ve fakultních nemocnicích dle oborů návazné péče

	FN BRNO	FN USA	FN OSTRAVA	FN HK	FN KV	FN Motol	VFN Praha	FN Plzeň	FN Olomouc
angiologie				94,95 %				98,28%	
cévní chirurgie				95,10 %				98,39%	
dětské lékařství	94,60%		88,58%	80,13 %	99,09 %	97,44%	96,93%	96,80%	96,85%
ergoterapie									
gastroenterologie	89,08%			96,10 %				96,58%	
geriatrie	56,79%			96,24 %		23,38%	87,29%	98,84%	98,93%
gynekologie	62,80%		70,77%	96,29 %	96,14 %	99,18%	99,29%	99,98%	97,76%
hematologie	74,48%		95,12%	78,32 %	99,38 %	99,91%	89,42%		98,52%
hrudní chirurgie								98,64%	
chirurgie	83,30%	94,88 %	96,46%	94,47 %	90,12 %	97,64%	69,54%	97,80%	94,80%
imunologie						100,00%			
kardiochirurgie			83,39%	83,20 %	98,55 %	98,56%	50,00%	94,23%	97,48%
kardiologie	65,72%	84,73 %	82,04%	87,53 %	96,99 %	98,24%	46,53%	95,84%	87,07%
klinická onkologie	97,82%	99,57 %		92,95 %	97,78 %	98,23%		97,08%	99,90%
lékařská genetika						100,00%			
logopedie									
nefrologie							50,91%	96,78%	
neonatologie	4,22%		22,50%	97,78 %	98,65 %	98,72%	78,27%	99,92%	97,35%
neurochirurgie	78,77%	94,30 %	81,50%	86,53 %	84,76 %	95,58%		91,69%	92,68%
neurologie	67,82%	97,01 %	86,93%	94,15 %	97,05 %	97,77%	53,68%	99,25%	97,66%
nukleární medicína			100,00%			99,95%			100,00%
orální chirurgie	84,79%		96,10%			100,00%	64,52%	99,70%	97,77%
ortopedie	96,78%	97,71 %	99,64%	97,35 %	95,03 %	99,24%		99,00%	99,97%
plastická chirurgie	90,43%	99,20 %	99,49%	98,42 %	99,62 %			99,80%	95,53%
pneumologie	71,66%		96,41%	96,05 %		97,42%	50,93%	98,45%	94,34%
popáleninová medicína	35,98%		75,51%		75,86 %				
radiologie/zobrazovací metody					99,63 %	100,00%			

rehabilitační	46,95%	94,94 %	59,22%	90,61 %	76,70 %	99,47%		28,20%	99,38%
spondylochirurgie						87,65%		93,28%	
traumatologie	52,78%		92,88%	96,57 %	85,32 %	94,42%		97,24%	98,95%
urologie	92,55%	98,41 %	94,81%	98,66 %	99,31 %	99,94%	95,22%	98,89%	99,85%
vnitřní lékařství	68,68%	95,03 %	90,83%	87,67 %	97,23 %	99,43%	94,73%	98,90%	95,85%

Obecně lze říci, že čím je procento v daném oboru vyšší, tím je významnější postavení fakultní nemocnice v regionu coby „běžné“ spádové nemocnice. Příkladem může být Fakultní nemocnice Plzeň, která je v Plzeňském kraji zcela dominantním zdravotnickým zařízením. Z dalších devíti nemocnic, které v kraji fungují, jich šest má méně než 200 lůžek.

Postavení fakultních nemocnic, coby poskytovatelů návazné péče, ukazují dále údaje o procentu pacientů, které bylo z fakultních nemocnic referováno jiným zařízením po poskytnutí vysoce specializované péče. Tyto podíly ukazuje tabulka č. 3. Význam návazné péče, která následuje po vysoce specializované péči, se zde jasně ukazuje zejména v případě léčby traumatologické a cerebrovaskulární, které vyžadují intenzivní rehabilitaci.

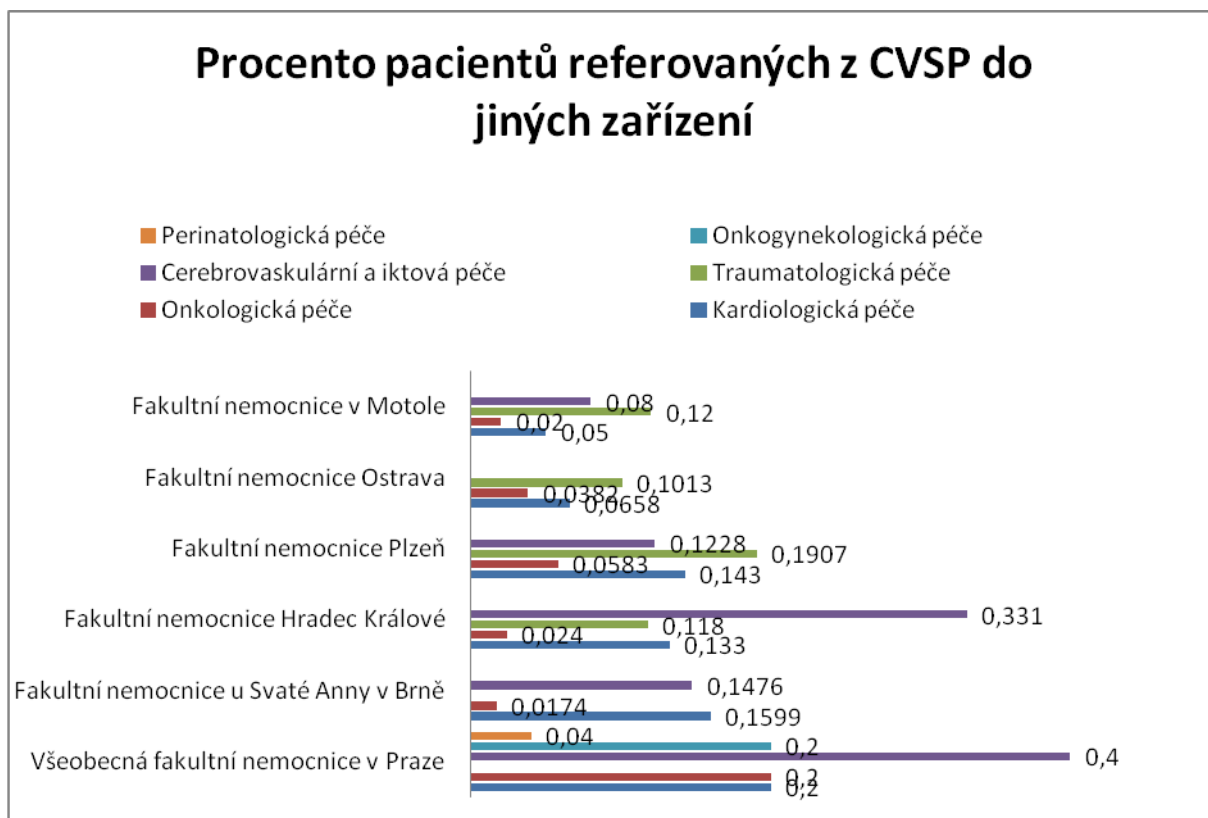
Z čísel dále vyplývá, že fakultní nemocnice vykazují v rámci uvedených oborů nízké procento referovaných pacientů, což znamená, že většina pacientů je i po poskytnutí péči v rámci CVSP doléčena v rámci fakultní nemocnice, avšak zpravidla na jiném oddělení. Tím vystupuje fakultní nemocnice také jako poskytovatel návazné péče.

Tabulka 3 Procento pacientů, které bylo po CVSP referováno jiným zařízením²

	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	FN u Svaté Anny v Brně	FN Hradec Králové	FN Plzeň	FN Ostrava	FN v Motole	FN Brno
Kardiologická péče	20,00%	15,99%	13,30%	14,30%	6,58%	5,00%	1,75%
Onkologická péče	20,00%	1,74%	2,40%	5,83%	3,82%	2,00%	0,25%
Traumatologická péče			11,80%	19,07%	10,13%	12,00%	37,38%
Cerebrovaskulární a iktová péče	40,00%	14,76%	33,10%	12,28%		8,00%	10,00%
Onkogynekologická péče	20,00%						
Perinatologická péče	4,00%						

² V tabulce nejsou uvedena data za Fakultní nemocnici Olomouc a Fakultní nemocnici Královské Vinohrady.

Graf 22 Procento pacientů referovaných z CVSP fakultních nemocnic do jiných zařízení

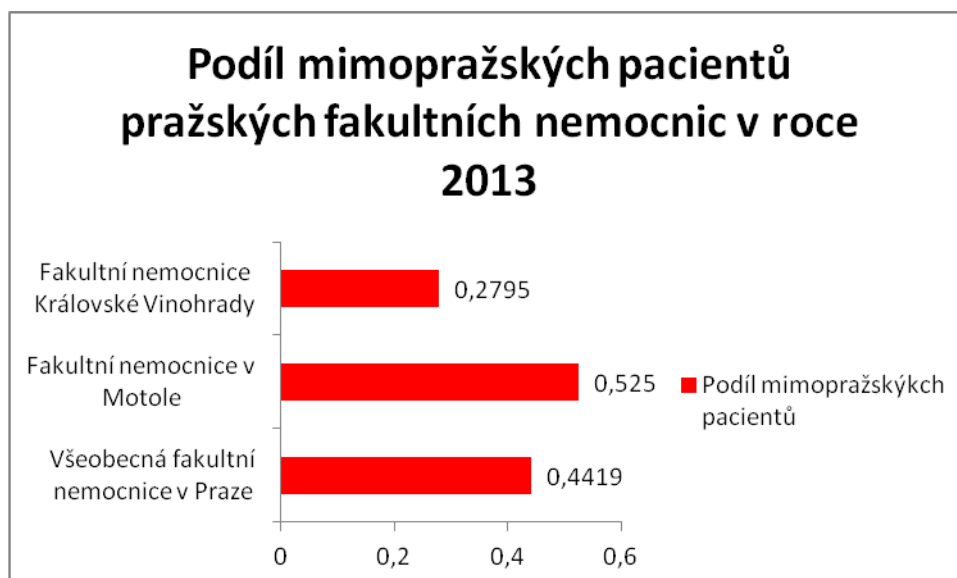


Specifickou situaci lze vysledovat v případě pražských fakultních nemocnic (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Fakultní nemocnice v Motole a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady). Tato zařízení totiž nefungují jako spádové nemocnice pouze pro oblast Prahy, ale také pro velkou část Středočeského kraje. V případě Fakultní nemocnice v Motole tvoří pacienti ze Středočeského kraje dokonce 26% podíl. Zastoupení mimopražských pacientů v těchto nemocnicích ukazuje tabulka č. 4.

Tabulka 4 Podíl mimopražských pacientů v pražských fakultních nemocnicích v roce 2013

Fakultní nemocnice	Podíl mimopražských pacientů
Všeobecná fakultní nemocnice v Praze	44,19%
Fakultní nemocnice v Motole	52,50%
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady	27,95%

Graf 23 Podíl mimopražských pacientů v pražských fakulturních nemocnicích v roce 2013



Fakulturní nemocnice, jako významné regionální poskytovatele návazné péče, je tedy nezbytně nutné zařadit mezi zařízení, do kterých budou případné intervence směřovat. I zde je nutné zohlednit regionální odlišnosti, především význam segmentu návazné péče v daném oboru. Ve vztahu k zajištění kvalitní návazné péče ve středočeském regionu a s přihlédnutím k potřebě dodržovat princip koncentrace, je smysluplné směřovat podporu rovněž do pražských nemocnic např. do Fakultní nemocnice v Motole, Všeobecné fakulturní nemocnice v Praze a dalších zařízení, která splňují kritéria návazné péče, neboť výrazné procento pacientů jsou obyvatelé Středočeského kraje.

V současné době však pravidla Integrovaného regionálního operačního programu podporu návazné péče na území Prahy neumožňují vůbec, bude nutné hledat jiné zdroje v souladu s kapitolou č. 9 tohoto dokumentu.

7. Návazná péče v regionálním aspektu

Při mapování návazné péče v jednotlivých regionech, byla oslovena Asociace krajů ČR s žádostí o spolupráci a definování individuálních potřeb v této oblasti.

Na základě předdefinovaných kritérií návazné péče, která jsou blíže popsána v Koncepci návazné péče, byl sestaven seznam páteřních zdravotnických zařízení, která dle názoru zástupců regionů plní funkci poskytovatelů návazné péče a zprostředkovaně tak umožňují přístup k péči vysoce specializované.

Seznam zdravotnických zařízení obsahuje celkem 71 poskytovatelů zdravotních služeb, z čehož 61 splňuje obecná kritéria Koncepce a 10 zařízení je z pohledu zajištění zdravotní péče v regionech natolik významných, že ačkoliv daná kritéria nesplňují, měla by mezi poskytovatele návazné péče být zařazena (seznam uveden v tabulce č. 5).

Přestože se může v průběhu času síť poskytovatelů návazné péče měnit co do složení i počtu zařízení v důsledku přirozeného vývoje sektoru zdravotnictví, dá se předpokládat, že výraznější odchylky od současné situace nenastanou a princip fungování systému zůstane totožný. Ministerstvo zdravotnictví se zavazuje, že bude v případě potřeby vyjednávat s Řídícím orgánem IROP o změně tohoto indikativního seznamu.³

V dalším kroku mapování byl na základě analýzy dat z nemocničních informačních systémů u sledovaných poskytovatelů vytvořen přehled spádovosti oborů návazné péče v jednotlivých krajích. Ačkoliv při tvorbě analýzy nebyla k dispozici data čtyř zařízení ze seznamu nemocnic, které byly Asociací krajů navrženy do systému návazné péče, (jednoho v Jihomoravském kraji a tří v Moravskoslezském kraji), byl získaný vzorek již dostatečně velký, aby bylo možné vysledovat určité trendy a společné znaky pohybu a chování pacientů v rámci návazné péče. Pro analýzu spádovosti oborů rovněž nebyla použita data velkých fakultních nemocnic. V nich byla spádovost oborů sledována z jiného úhlu a navíc by mohla, vzhledem k postavení fakultních nemocnic jako poskytovatelů nejširšího spektra zdravotních služeb nejvyšší úrovně, výrazně zkreslit získané údaje.

³ Již v rámci meziresortního připomínkového řízení se totiž ukázalo, že oproti údajům uvedeným v tabulce 5 bude např. Plzeňský kraj požadovat rozšíření výjimky rovněž pro Stodskou nemocnici, Rokycanskou nemocnici, Domažlickou nemocnici.

Tabulka 5 Seznam páteřních zdravotnických zařízení nominovaných Asociací krajů ČR

Kraj	Nemocnice splňující všechna kritéria	Nemocnice nespĺňující kritérium počtu lůžek, ale žádající o výjimku	Počet nem. splňujících kritéria	Počet nem. žadajících o výjimku	Fakultní nemocnice
Středočeský	Nemocnice Rudolfa a Štefanie Benešův, a. s., nemocnice Středočeského kraje Oblastní nemocnice Kladno, a. s., nemocnice Středočeského kraje Oblastní nemocnice Kolín, a. s., nemocnice Středočeského kraje Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a. s., nemocnice Středočeského kraje Oblastní nemocnice Příbram, a. s.		5	0	Fakultní nemocnice v Motole* Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*
Ústecký	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z. Nemocnice Děčín, o.z. Nemocnice Chomutov, o.z. Nemocnice Most, o.z. Nemocnice Teplice, o.z. Městská nemocnice v Litoměřicích	Krajská zdravotní, a.s.	6	1	
Píseňský		Klatovská nemocnice, a. s.	0	1	Fakultní nemocnice Plzeň
Pardubický	Chrudimská nemocnice, a. s. Litomyšlská nemocnice, a. s. Orlickoostřední nemocnice, a. s. Pardubická krajská nemocnice, a. s. Svitavská nemocnice, a. s.	Nemocnice Pardubického kraje a.s. (Probíhá proces fúze a sloučení všech 5 nemocnic do jedné a.s. Od roku 2015 bude existovat jen jeden subjekt, který jako celek splní podmínky i pro tzv. návaznou péči.)	5	0	
Olomoucký	Nemocnice Prostějov Nemocnice Pterov Nemocnice Šternberk Samperská nemocnice a.s.	Středomoravská nemocniční a.s.	4	0	Fakultní nemocnice Olomouc
Liberecký	Krajská nemocnice Liberec, a.s. Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.o. Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s.		3	1	
Královéhradecký	Oblastní nemocnice Jičín a.s. Oblastní nemocnice Náchod a.s. Oblastní nemocnice Trutnov a.s.		3	0	Fakultní nemocnice Hradec Králové
Vysočina	Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvková organizace Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace Nemocnice Pelhřimov, příspěvková organizace Nemocnice Třebíč, příspěvková organizace		5	0	
Karlovarský	Nemocnice v Chebu Nemocnice v Karlových Varech Nemocnice Ostrov Nemocnice Sokolov	Karlovarská krajská nemocnice a.s.	4	1	
Jihočeský	Nemocnice České Budějovice, a.s. Nemocnice Písek, a.s. Nemocnice Tábor, a.s.		3	4	
Jihomoravský	Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace Nemocnice Vyškov, příspěvková organizace Nemocnice Znojmo, příspěvková organizace		4	1	Fakultní nemocnice Brno
Zlínský	Krajská nemocnice T. Bati, a. s. Kroměřížská nemocnice a.s. Uherskohradištská nemocnice a.s.		3	1	
Moravskoslezský	Městská nemocnice Ostrava, příspěvková organizace Nemocnice Nový Jičín a.s. Nemocnice s poliklinikou Havířov, příspěvková organizace Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj, příspěvková organizace Nemocnice Třinec, příspěvková organizace Nemocnice ve Frýdku-Místku, příspěvková organizace Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace Šlezská nemocnice v Opavě, příspěvková organizace Vítkovická nemocnice a.s.		9	0	Fakultní nemocnice Ostrava
HM Praha	x	x	0	0	Fakultní nemocnice v Motole* Všeobecná fakultní nemocnice v Praze*
Celkem			54	10	7

* pozn.: nemocnice se sídlem na území hl. m. Prahy zajišťující péči ve Středočeském regionu, neboť výrazné procento jejich pacientů jsou obyvatelé Středočeského kraje

7.1. Základní obory návazné péče – pilíř péče

Jak se dalo předpokládat, většina návazné péče je na úrovni regionálních poskytovatelů zdravotních služeb poskytována v rámci tzv. „základních“ oborů, kterými jsou vnitřní lékařství, chirurgie, dětské lékařství a gynekologie a porodnictví. Společná existence těchto oborů ve zdravotnickém zařízení funguje jako minimální záruka zajištění komplexity péče a byla proto stanovena jako základní kritérium návazné péče.

V základních oborech je hospitalizováno průměrně 67 % všech pacientů návazné péče. Největší podíl základních oborů na návazné péči je ve Středočeském kraji (77,8 %) a nejmenší v Plzeňském kraji (54,13 %). Důvodem více než dvacetiprocentního rozdílu je složení sledovaného vzorku. Zatímco ve Středočeském kraji je síť poskytovatelů návazné péče tvořena větším počtem nemocnic s menším počtem oborů (bývalé okresní nemocnice, nyní oblastní nemocnice zřizované Středočeským krajem), v Plzeňském kraji jde o dvě zařízení, z nichž jedním je fakultní nemocnice s širokým spektrem péče.

Oborem s největším podílem pacientů je potom vnitřní lékařství. V průměru pětina (20,99 %) všech pacientů návazné péče v ČR je hospitalizována v souvislosti s péčí v rámci oboru vnitřního lékařství. Kromě krajů Vysočina, Plzeňského a Jihomoravského, jde ve všech ostatních regionech o obor s největším podílem pacientů. Následuje chirurgie (průměrně 17,5 % pacientů, dětské lékařství 14,66 % a gynekologie a porodnictví 13,82 %). Kvalita péče v těchto základních oborech je tedy rozhodující pro dostupnost zdravotní péče v regionech obecně.

7.2. Spádovost oborů návazné péče

Dalším sledovaným jevem byla spádovost jednotlivých oborů. Zatímco v případě základních oborů tvoří naprostou většinu pacientů sledovaných zařízení obyvatelé daného regionu (přirozené spádové oblasti), u dalších oborů návazné péče se ukazuje, že pacienti za zdravotními službami migrují. Pro tyto účely bylo nejdříve určeno průměrné zastoupení pacientů ze sledovaných lokalit (nejčastěji šlo o úroveň okresů příslušného kraje) na počet všech pacientů v oborech návazné péče daného zařízení. V případě okresů z jiných krajů, byly ze sledovaného vzorku vyloučeny ty, jejichž zastoupení na celkové skupině pacientů bylo nižší než 1 procento, neboť nejde o signifikantní zastoupení. V dalším kroku byly označeny obory, ve kterých zastoupení pacientů z jiných okresů činilo dvojnásobek (a více)

průměru, 1,5 násobek a 1,3 násobek průměru. Tím byl získán seznam oborů, které mají ve sledovaných zařízeních nadprůměrně širokou spádovou oblast (viz tabulky v Příloze).

Mezi obory, za kterými pacienti cestují nejčastěji, patří ortopedie (16 z 64 sledovaných nemocnic), urologie (9 nemocnic), rehabilitační medicína (5 nemocnic) a neurologie (5 nemocnic). Výjimku opět tvoří Plzeňský kraj, kde je tímto oborem gynekologie a porodnictví. Důvodem je opět skutečnost, že komplexní lůžkovou péči v kraji prakticky poskytují pouze nemocnice Klatovy a Fakultní nemocnice Plzeň, přičemž většinu pacientů v jiných než základních oborech zachytí právě Fakultní nemocnice Plzeň.

Nejzajímavějším výsledkem této analýzy však je zjištění, že ve většině případů existuje přirozené rozložení péče mezi poskytovateli v rámci kraje, tj. v každém zdravotnickém zařízení se jako „nejspádovější“ ukazuje jiný obor. Důvodů této „specializace“ může být několik. Zejména je to však skutečnost, že menší zdravotnická zařízení disponují užším spektrem oborů a je tedy logické, že z oborů jiných než základních, se zaměřují pouze na některé. Síť nemocnic a geografické podmínky České republiky tento jev naštěstí umožňují.

7.3. Role poskytovatele návazné péče v regionu a systému

Výše uvedená zjištění potvrzují prvotní předpoklad a zároveň cíl celé koncepce návazné péče. V systému lůžkové péče v České republice existují zdravotnická zařízení poskytující zdravotní služby na různých úrovních.

Místem vstupu do systému je v případě potřeby péče v základních oborech zařízení v místě bydliště (v okresu) pacienta. V případě dalších oborů, je již místem vstupu nemocnice, která je pro péči v daném oboru „spádová“ pro daleko širší region nežli okres. Většinou jde o menší regionální poskytovatele zdravotních služeb, bývalé okresní a městské nemocnice, nicméně v některých okresech tuto roli plní i fakultní nemocnice, případně velké krajské nemocnice s širokým spektrem oborů. V těchto zařízeních dochází k prvnímu ošetření, prvnímu stanovení diagnózy a zahájení léčby. V případě potřeby péče „vyšší úrovně“ je pacient referován jinému zařízení – centru vysoce specializované péče⁴, odkud je, po poskytnutí péče vysoce specializované, přemístěn do zařízení „nižší úrovně“. Tento víceúrovňový systém zdravotní péče je při správném fungování předpokladem zajištění

⁴ V současné době je toto možné v rámci péče onkologické, kardiologické, iktové a cerebrovaskulární a traumatologické. V budoucnu by dále měla být tato možnost rozšířena o vysoce specializovanou péči onkogynekologickou a perinatologickou.

dostupnosti všech typů péče nejširšímu okruhu pacientů, umožňuje úspory z rozsahu, koncentraci specializovaných technických i personálních kapacit a v konečném důsledku urychlení, zlevnění a zlepšené zdravotní péče.

Bez dostatečně kvalitní materiálně-technické základny, však nejsou zařízení poskytující návaznou péči (ať už na vstupu nebo na výstupu) schopna plnit svou roli, systém se stává neefektivním a péče nedostupná. Deficity v materiálně-technickém vybavení poskytovatelů návazné péče mohou vést k následujícím dopadům:

- potřeba vysoce specializované péče není u pacienta zjištěna (nebo zjištěna včas) a vysoce specializovaná péče mu není zpřístupněna;
- pacient referován centru vysoce specializované péče pouze z kapacitních důvodů;
- pacient je referován CVSP pouze z důvodu nedostatečného technického vybavení prvotního zdravotnického, ačkoliv stav pacienta péči vysoce specializovanou nutně nevyžaduje.

Tím se zbytečně blokují kapacity CVSP, a stávají se tak nedostupné pro jiné pacienty.

Jak ukázala předchozí analýza, není nutné investovat u všech poskytovatelů návazné péče do všech oborů, které dané zařízení poskytuje. Jako klíčové se však ukazují tzv. obory základní obory (vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví a dětské lékařství)⁵ a obory, které mají pro dané zařízení nadprůměrnou spádovou oblast (ve většině zařízení jde o jeden, maximálně dva obory).

Východisko pro podporu dalších druhů péče tvoří dokument „Koncepce návazné péče“.

Cíl dokumentu

Stanovit základ pro dokončení procesu koncentrace vysoce specializované péče na národní úrovni vytvořením účinného návazného systému péče na regionální úrovni. Toho bude dosaženo prostřednictvím intervencí do modernizace základní infrastruktury sítí poskytovatelů zdravotních služeb zaměřených na poskytování vysoce specializované péče a dále péčí na ni **navazující, tj. návaznou**.

Kvalita návazné péče často rozhoduje o rychlosti a správnosti nastavení diagnózy, o rychlosti a kvalitě rekonvalescence pacienta, jeho návratu do běžného života v přirozeném prostředí a

⁵ Důležitost podpory základních oborů potvrzuje i závěr kapitoly 5.7.

celkových nákladech na léčbu. Poskytovatel návazné péče navíc tvoří pro většinu pacientů místo, které mu zprostředkovává vstup do sítě center vysoce specializované péče. Zvýšení úrovně této péče, resp. její schopnost vyhodnotit pro pacienta potřebnost vysoce specializované péče, tak zlepšuje dostupnost center vysoce specializované péče a umožňuje jim plně využívat všech výhod plynoucích z koncentrace lidských zdrojů, know-how a technologií. Z hlediska organizace zdravotní péče tak bude optimalizována dostupnost péče v návaznosti na epidemiologickou situaci na národní a regionální úrovni při zachování principů koncentrace a zohlednění regionální dimenze potřeb. Současně bude navázáno na intervence programového období 2007–2013, čímž bude posílena přidaná hodnota již realizovaných projektů a bude dosaženo požadovaných synergií.

Nutnost zachování principu tematické koncentrace podpory a logiky organizace zdravotní péče, implikuje obory, které poskytují návaznou péči tak, jak byla popsána výše. Z hlediska organizace zdravotní péče parametry návazné péče splňují obory s nejužší vazbou na péči vysoce specializovanou, tj. ty, do kterých se významně promítá epidemiologická situace a zdravotní stav obyvatel.

Z tohoto důvodu byl stanoven následující **seznam oborů a metod navazujících** na jednotlivá centra vysoce specializované péče takto:

Onkologická centra

Lékařské obory:

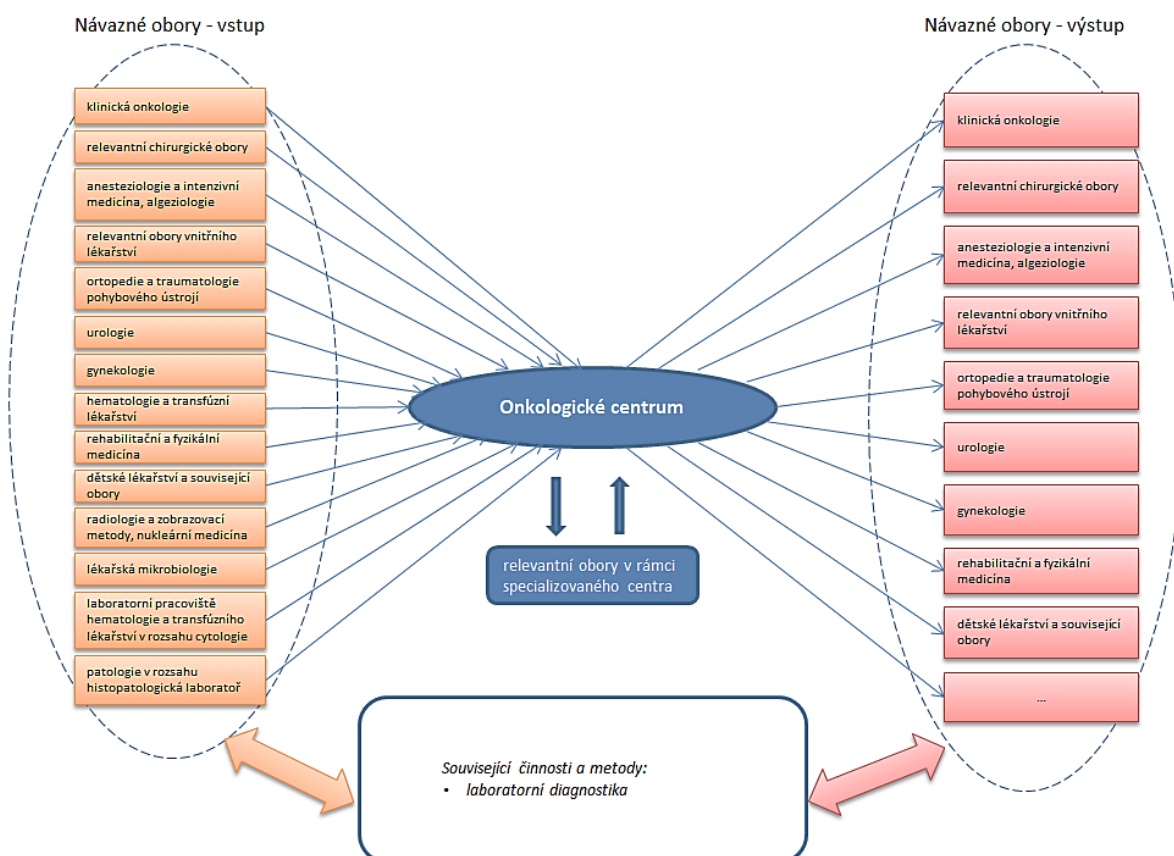
- klinická onkologie
- relevantní chirurgické obory
 - chirurgie
 - hrudní chirurgie
 - neurochirurgie
- anesteziologie a intenzivní medicína, algeziologie
- relevantní obory vnitřního lékařství
 - vnitřní lékařství
 - gastroenterologie
 - nefrologie
 - pneumologie a ftizeologie
- ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- urologie
- gynekologie
- hematologie a transfúzní lékařství
- rehabilitační a fyzikální medicína
- dětské lékařství a související obory

- radiologie a zobrazovací metody, nukleární medicína
- lékařská mikrobiologie
- laboratorní pracoviště hematologie a transfúzního lékařství v rozsahu cytologie
- patologie v rozsahu histopatologická laboratoř

Související činnosti a metody:

- laboratorní diagnostika

Schéma 2 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná onkologická centra



Traumatologická a popáleninová centra

Lékařské obory:

- ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí
- relevantní chirurgické obory
 - chirurgie
 - cévní chirurgie
 - neurochirurgie
 - spondylochirurgie
 - hrudní chirurgie
 - orální a maxilární chirurgie
 - plastická chirurgie
 - traumatologie

- popáleninová medicína
- anesteziologie a intenzivní medicína, algeziologie
- relevantní obory vnitřního lékařství
 - vnitřní lékařství
 - hematologie a transfúzní lékařství
- neurologie
- radiologie a zobrazovací metody
- nukleární medicína
- lékařská mikrobiologie
- rehabilitační a fyzikální medicína
- dětské lékařství a související obory

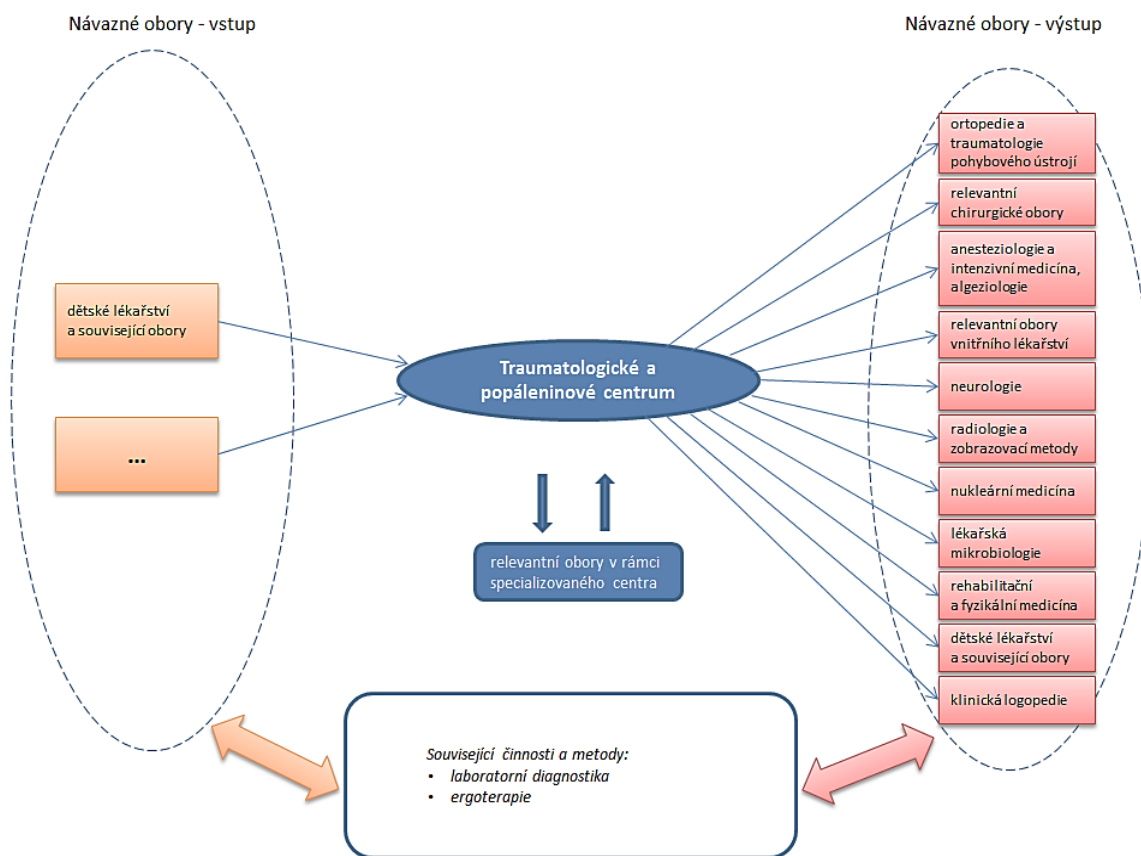
Nelékařské obory:

- klinická logopedie

Související činnosti a metody:

- laboratorní diagnostika
- ergoterapie a reedukace
- Zdravotní služby:
- neodkladná přednemocniční péče

Schéma 3 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná traumatologická a popáleninová centra



Kardiologická centra

Lékařské obory:

- relevantní obory vnitřního lékařství
 - vnitřní lékařství
 - kardiologie
 - angiologie
- relevantní chirurgické obory
 - chirurgie
 - cévní chirurgie
 - kardiochirurgie
 - hrudní chirurgie
- dětské lékařství a související dětské obory
- anesteziologie a intenzivní medicína, algeziologie

Související obory a metody:

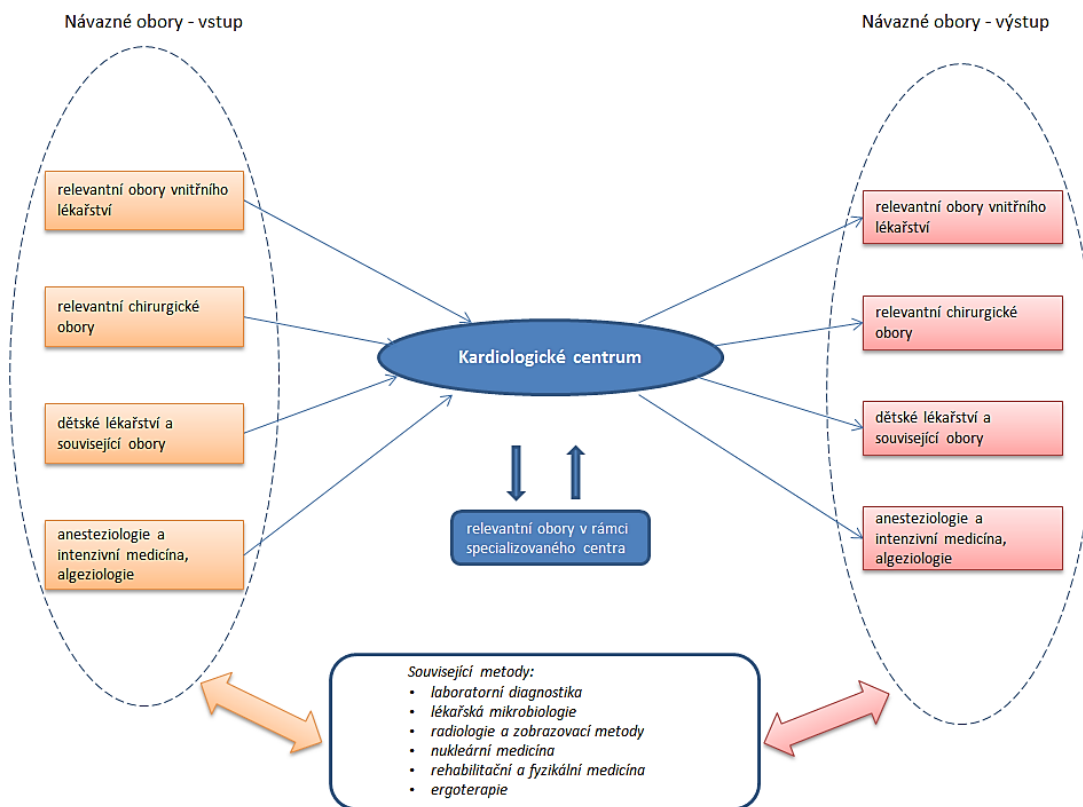
- laboratorní diagnostika
- lékařská mikrobiologie
- radiologie a zobrazovací metody
- nukleární medicína

- rehabilitační a fyzikální medicína
- ergoterapie

Zdravotní služby:

- neodkladná přednemocniční péče

Schéma 4 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na specializovaná kardiologická centra



Cerebrovaskulární a iktová centra

Lékařské obory

- neurologie
- relevantní chirurgické obory
 - chirurgie
 - neurochirurgie
 - cévní chirurgie
- relevantní obory vnitřního lékařství
 - vnitřní lékařství
 - kardiologie
- anesteziologie a intenzivní medicína, algeziologie
- geriatric

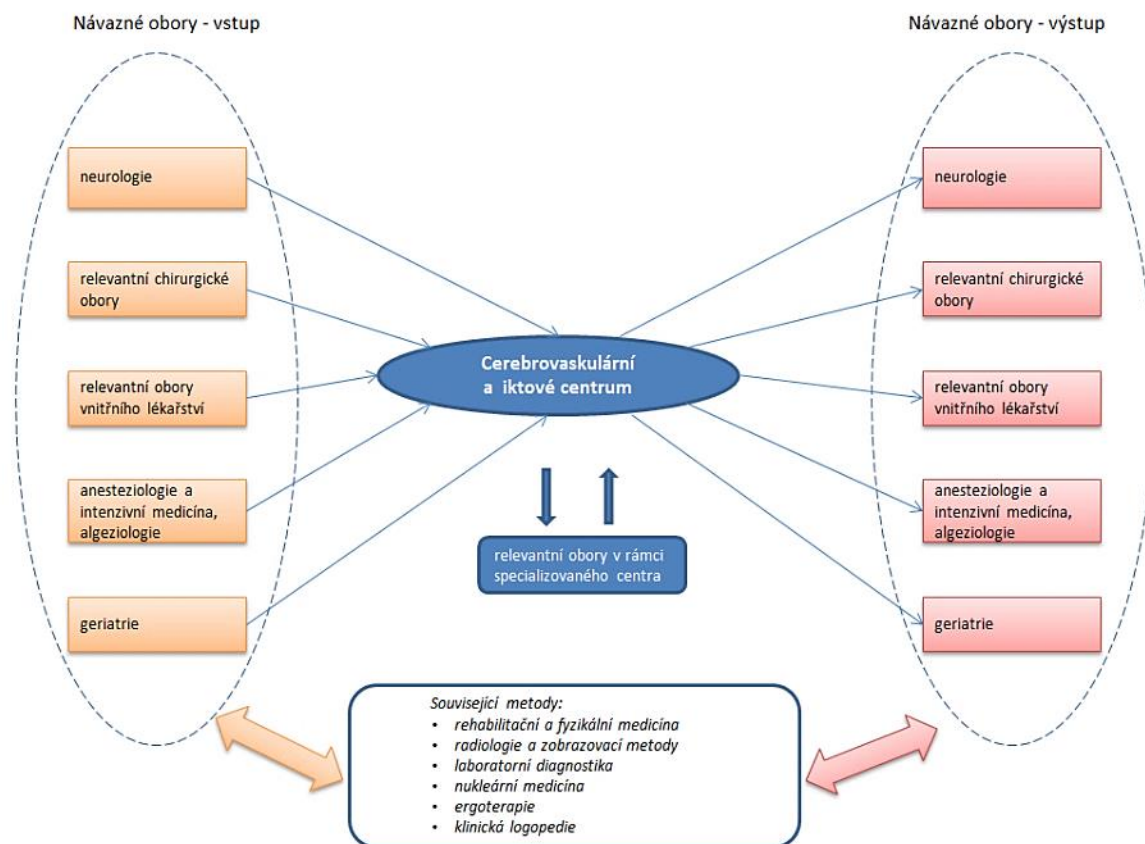
Související obory a metody

- rehabilitační a fyzikální medicína
- radiologie a zobrazovací metody
- laboratorní diagnostika
- nukleární medicína
- ergoterapie a reedukace
- klinická logopedie

Zdravotní služby:

- neodkladná přednemocniční péče

Schéma 5 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializované cerebrovaskulární a iktová centra



V době realizace operačních programů programového období 2014–2020 budou existovat další sítě center superspecializované a specializované péče, kterými budou:

Onkogynekologická centra

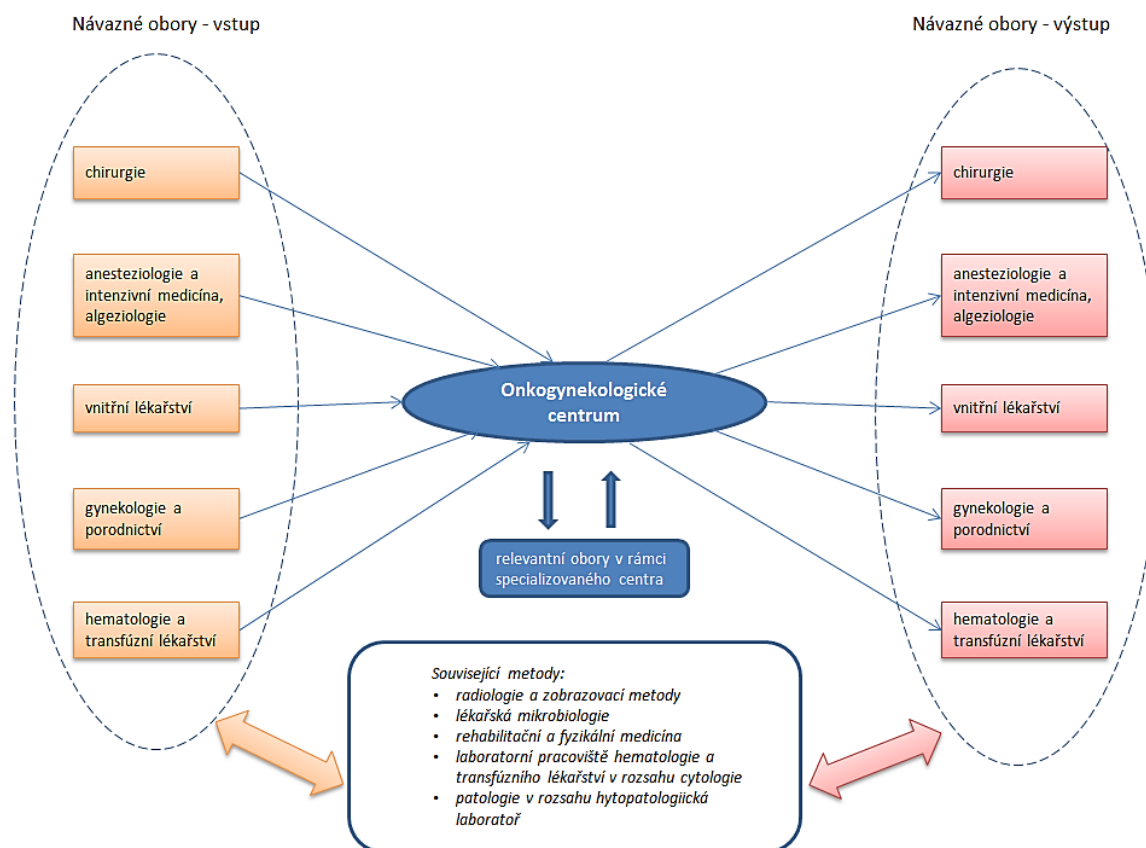
Lékařské obory:

- chirurgie
- anesteziologie a intenzivní medicína, algeziologie
- vnitřní lékařství
- gynekologie a porodnictví
- hematologie a transfúzní lékařství
- onkologie

Související obory a metody:

- radiologie a zobrazovací metody
- lékařská mikrobiologie
- rehabilitační a fyzikální medicína
- laboratorní pracoviště hematologie a transfúzního lékařství v rozsahu cytologie
- patologie v rozsahu histopatologická laboratoř

Schéma 6 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná onkogynekologická centra



Perinatologická centra

Lékařské obory

- neonatologie
- anesteziologie a intenzivní medicína
- hematologie a transfúzní lékařství
- gynekologie a porodnictví

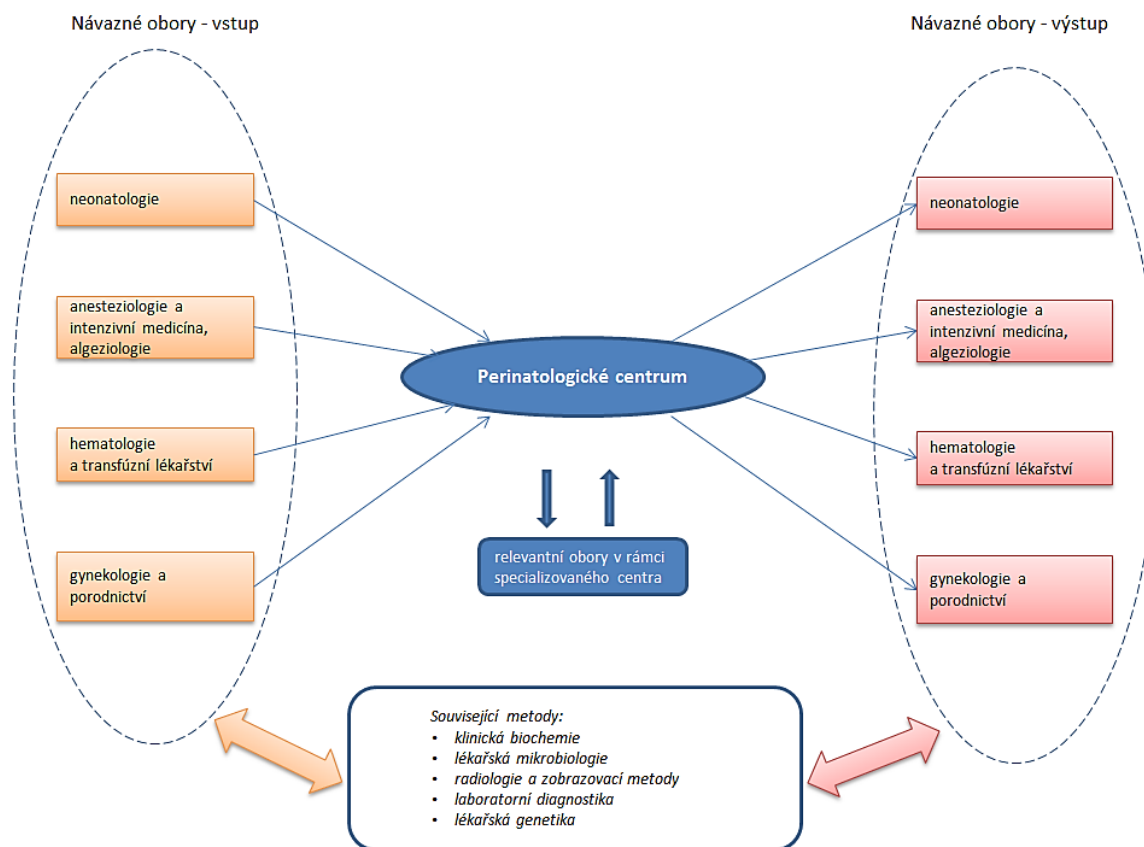
Související obory a metody

- klinická biochemie
- lékařská mikrobiologie
- radiologie a zobrazovací metody
- laboratorní diagnostika
- lékařská genetika

Zdravotní služby:

- neodkladná přednemocniční péče

Schéma 7 Horizontální model koncentrace péče v návaznosti na vysoce specializovaná perinatologická centra



S ohledem na organizaci a průběh péče ve zdravotnických zařízeních je v rámci investic do návazné péče možné podpořit rovněž modernizaci urgentních příjmů. Jako centrální místo, kde dochází k přijímání a ošetřování pacientů z jiných pracovišť a pacientů se selhávajícími životními funkcemi a traumaty, je urgentní příjem nedílnou součástí poskytování návazné péče.

8. Podpora návazné péče prostřednictvím Evropských strukturálních a investičních fondů

Na úvod je důležité upozornit, že cílem podpory by nemělo být rozšiřování kapacity stávající péče, ale vyrovnání rozdílů v její kvalitě mezi jednotlivými zařízeními a vytvoření prostředí pro efektivní spolupráci zařízení různých medicínských úrovní.

V souvislosti s přípravou operačních programů, ze kterých budou tyto obory moci být podporovány, je nutné stanovit základní principy, na základě kterých budou jednotlivé operace/projekty financovány.

8.1. Prioritizace plánované podpory

V souvislosti se zpracováním Koncepce návazné péče byla rovněž zmapována síť poskytovatelů zdravotních služeb s cílem určit přibližnou velikost skupiny možných příjemců a jejich strukturu. Prioritizací je míněno kladení důrazu na určitou oblast.

Z údajů Ústavu zdravotnických informací a statistik vyplývá, že v roce 2013 bylo v České republice 62 poskytovatelů zdravotních služeb, kteří splňují výše uvedená kritéria pro poskytovatele návazné péče, tedy kapacita alespoň 300 akutních lůžek a péče ve čtyřech základních oborech. Spádově tato zařízení pokrývají většinu České republiky. Ve 13 sledovaných oblastech⁶ (kterými jsou okresy Kutná Hora, Český Krumlov, Prachatice, Domažlice, Rokycany, Cheb, Rychnov nad Kněžnou, Jeseník, Plzeň-jih, Brno-venkov a obce Žatec, Jilemnice a Boskovice), je péče poskytována zařízeními v potřebném rozsahu oborů, avšak s menším počtem lůžek. V devíti regionech LAU 1 neexistuje žádný poskytovatel akutní lůžkové péče, který by byl schopen takto komplexní péči poskytnout. Kromě okresů Tachov, Strakonice a Náchod, jde výhradně o okresy, které jsou v těsném sousedství velkých center (Plzeň-sever, Praha-východ, Praha-západ, Nymburk, Beroun, Mělník), kde je pro tyto oblasti poskytována zdravotní péče v plné šíři. Tato situace je typická především pro Středočeský kraj, kde jako centrum zdravotní péče funguje hlavní město Praha. Při využití výjimky pro zařízení s menším počtem akutních lůžek než je 300 (při současném zachování podmínky poskytování komplexní péče), tak v České republice existuje 72 poskytovatelů zdravotních služeb, které by bylo možné v rámci koncepce návazné péče podpořit.

Aby mohla být co nejlépe zohledněna regionální specifika, byla rovněž oslovena Asociace krajů České republiky s žádostí o spolupráci a definování individuálních potřeb v této oblasti.

Na základě výše uvedených základních kritérií návazné péče, byl sestaven seznam páteřních zdravotnických zařízení, která dle názoru zástupců regionů plní funkci poskytovatelů návazné péče a zprostředkovaně tak umožňují přístup k péči vysoce specializované.

Seznam zdravotnických zařízení obsahuje celkem 71 poskytovatelů zdravotních služeb, z čehož 61 splňuje obecná kritéria Koncepce a 10 zařízení je z pohledu zajištění zdravotní péče v regionech natolik významných, že ačkoliv daná kritéria nesplňují, měla by mezi poskytovatele návazné péče být zařazena.

⁶ nejčastěji jde územní jednotku úrovně LAU 1

Vzhledem k tomu, že podpora návazné péče by měla řešit především regionální aspekty rozmístění a vybavení zdravotní infrastruktury, byla pro další mapování použita data získaná od Asociace krajů ČR.

Při zohlednění základních kritérií koncepce návazné péče bude použití principu koncentrace podpory vybraných medicínských oborů znamenat, že z celkového počtu 155 českých nemocnic jich bude moci být podpořeno 61 (resp. 71 při použití výjimek), což činí 39,35 % (45,8 %). Územní koncentrace podpory bude vycházet z výsledků územní analýzy, která je součástí dokumentu Mapování územních rozdílů v přístupu k péči návazné a vysoce specializované, jež je přílohou tohoto dokumentu a ze strategických dokumentů jednotlivých krajů.

Stav infrastruktury poskytovatelů zdravotních služeb, které je možné do sítě návazné péče zařadit, je regionálně nevyrovnaný a rozdíly v kvalitě existují i mezi jednotlivými obory návazné péče navzájem. Detailní stanovení předmětu intervencí z centrální úrovně je proto nemožné.

Aby mohlo být dosaženo cílů koncepce návazné péče, tedy vytvoření regionálně vyrovnané sítě poskytovatelů zdravotních služeb, kteří svou péčí navazují na péči vysoce specializovanou, je nutné, aby jednotlivé kraje samy vyhodnotily, kterých poskytovatelů by se měla podpora primárně týkat. A to jak s ohledem na stav infrastruktury v daném regionu, tak i ve vztahu k zajištění dostupnosti péče a regionálním specifickým zdravotního stavu obyvatel. Oblasti podpory (poskytovatelé zdravotních služeb a podporované obory péče, související činnosti a metody a zdravotní služby) by měly být součástí regionálních strategických plánů.

8.2. Monitoring a indikátory

Investice do sítě poskytovatelů návazné péče budou sledovány prostřednictvím indikátorů měřících jednak podpořených zařízení a jednak modernizovanou lůžkovou kapacitu. Jak se uvádí v kapitole 6, síť poskytovatelů návazné péče je v současné době tvořena 71 nemocnicemi s kapacitou 39 061 akutních lůžek⁷. Cílem MZ ČR je za využití prostředků ESIF umožnit modernizaci těchto kapacit a zlepšit jejich dostupnost a kvalitu. Na základě

⁷ kapacita dle dat ÚZIS k 1. 1. 2014

zkušeností z programového období 2007-2013 lze předpokládat, že do konce roku 2023 se reálně podaří podpořit 80 % zařízení (57 poskytovatelů zdravotních služeb).

Kapacita akutních lůžek vykazuje v České republice za poslední desetiletí přibližně dvouprocentní meziroční pokles (2,02 %), což je trend, který odráží medicínský pokrok a vztahuje se rovněž na lůžkové kapacity návazné péče. Bude-li tento trend pokračovat i nadále, bude v roce 2023 v České republice u podpořených poskytovatelů návazné péče dostupných odhadem 32 507 akutních lůžek (tento počet neurčuje počet akutních lůžek v České republice celkem). Při 80% úspěšnosti podpořených projektů, jde o podporu 26 006 akutních lůžek.

Data budou sbírána ročně, vždy k 31. prosinci prostřednictvím ÚZIS.

8.3. Jak akční plán umožní naplnit jiné strategie a jejich cíle

Akční plán je orientován přednostně na naplnění prioritní oblasti 3 *Posilovat zdravotnické systémy zaměřené na lidi, zajistit použitelnost a dostupnost zdravotních služeb z hlediska příjemců, soustředit se na ochranu a podporu zdraví a na prevenci nemocí, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, průběžně monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích.*

Zdraví 2020 zdůrazňuje potřebu reagovat na demografické změny a změnu strukturu nemocnosti, zejména s ohledem na duševní a chronické nemoci a stavy související se stárnutím, zvyšovat kvalitu a posilovat integraci služeb, zajistit kontinuitu péče, podporovat svépomoc pacientů a přiblížit péči co nejdříve k domovu a posilovat její bezpečnost a efektivitu.

Současně Akční plán reaguje na Prioritní oblast 1 *Realizovat celoživotní investice do zdraví a prevence nemocí, posilovat roli občanů a vytvářet podmínky pro růst a naplnění jejich zdravotního potenciálu.* Přestože těžiště této priority lze vidět v celospolečenských aktivitách mimo resort zdravotnictví, důležitou roli hraje kontakt všech zdravotních služeb (akutní, následná, dlouhodobá) a segmentů (primární a specializovaná péče).

9. Návazná péče mimo Evropské strukturální a investiční fondy

Idea návazné péče jako péče, která předchází nebo následuje po péči vysoce specializované, samozřejmě funguje i mimo prostředí ESIF. Většina zejména menších zdravotnických zařízení ve větší či menší míře referuje své pacienty do center vysoce specializované péče, případně je od nich přebírá k dalšímu doléčení, rehabilitaci apod.

V této souvislosti je nutné zdůraznit, že kritéria uvedená v Koncepti návazné péče, na základě kterých, je možné považovat zdravotnické zařízení za poskytovatele návazné péče (počet oborů, počet akutních lůžek apod.), se vztahují výhradně na zařízení, která mají být podpořena v programovém období 2014 – 2020 z prostředků Integrovaného regionálního operačního programu. Omezující kritéria jsou zde reakcí na požadavky Evropské komise podporu koncentrovat a neposkytovat ji plošně všem medicínským oborům a zdravotnickým zařízením.

V případě poskytovatelů návazné péče, kteří disponují menším počtem lůžek nebo nezajišťují služby ve čtyřech základních oborech (rehabilitační ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných apod.), bude podpora zajištěna z jiných prostředků, než jsou ESIF. Týká se to např. i péče klinickopsychologické a psychoterapeutické.

Podpora návazné péče těchto poskytovatelů bude rovněž zahrnuta mezi resortní priority pro podporu z ESIF v dalším programové období (2020+).

10. Projektová část

Tato část rozpracovává klíčovou prioritu akčního plánu:

10.1. Zlepšení dostupnosti návazné péče

1. Vytvoření regionálně vyrovnané sítě poskytovatelů zdravotních služeb, kteří svou péčí navazují na péči vysoce specializovanou

- a) vytvoření metodického orgánu pro hodnocení propojení vysoce specializovaných pracovišť a péče na regionální úrovni
- b) účelné rozdělování prostředků na základě ověřených projektů

Gestor plnění: Ministerstvo zdravotnictví

Časový harmonogram: 48 měsíců

Indikátor plnění: alespoň 80% pracovišť využije možnosti zvýšit

- personální, věcnou a technickou úroveň návazné péče
- zavést efektivní organizační postupy při podpoře propojení pracovišť vysoce specializované a návazné péče

2. Zvýšení pozitivního vnímání rozvinuté sítě ve všech jejích formách laickou i odbornou veřejností

a) podpora informovanosti laické veřejnosti o regionální dostupnosti a cílená zdravotnická osvěta veřejnosti týkající se rozvoje sítě návazné péče

Gestor plnění: pracoviště návazné péče, která přistoupí k rozvoji personální, věcné a technickou úrovně

Časový harmonogram: 48 měsíců

Indikátor plnění: alespoň 80% pracovišť realizuje vzdělávací a osvětovou kampaň

Náklady: 1 774 165 tis. Kč

11. Přílohy

Příloha 1 Logický rámec

Příloha 2 Tabulky s údaji o zastoupení a spádovosti oborů návazné péče

Na zpracování akčního plánu se podíleli:

MUDr. Markéta Brabcová

MUDr. Pavel Frňka

MUDr. Hana Šustková

MUDr. Irena Červenková

PhDr. Mgr. Jan Bodnár

Ing. Olga Laaksonen

Mgr. Veronika Svěráková

Ing. Martin Doležal

Garant akčního plánu:

Prof. Josef Vymazal, DSc.

náměstek ministra pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví ČR

