

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Švadlenková Monika

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Vývoj sítě a činnosti zdravotnických zařízení od roku 1989 do roku 2017

Monika Švadlenková

2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Monika Švadlenková**
Osobní číslo: **Z17053**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Téma práce: **Vývoj sítě a činnosti zdravotnických zařízení od roku 1989 do roku 2017**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

DOUBEK, Zdeněk. *Kapitoly z historie zdravotnictví v Hradci Králové: od středověku do vzniku Nové nemocnice. Duř Králové nad Labem: ATD, 2013, 50 s.*
GLADKIJ, I.: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, xii, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
GLADKIJ, I. Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví. Olomouc 2000, ISBN 80-244-0176-2
NIKLÍČEK, L., ŠTEIN, K.: Dějiny medicíny v datech a faktech. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1985, 374 s.
Zdravotnické ročenky dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/ročenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>
cit. dne 21.11.2018

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. et Mgr. Ondřej Podeszwa**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2018**
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.
děkanka

PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2020

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 13.7.2020

Monika Švadlenková

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala panu Mgr. et Mgr. Ondřeji Podeszwovi, za vedení bakalářské práce, za jeho cenné rady a čas, který mi během psaní věnoval. Dále bych chtěla poděkovat svým dvěma sestrám za podporu, ochotu a trpělivost při psaní této práce.

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá vývojem a tvorbou zdravotnické sítě. Nastiňuje historii zdravotnických zařízení v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Vymezuje druhy zdravotní péče, její dostupnost a systémové dělení. Objasňuje funkci nemocnice v zdravotnickém systému a definuje obor intenzivní medicíny. Ve výzkumné části se zaměřuje na vybrané ukazatele vývoje zdravotnické sítě v České republice a porovnává vývoj počtu lůžek a lékařů intenzivní medicíny v Královéhradeckém a Pardubickém kraji.

KLÍČOVÁ SLOVA

Intenzivní péče, hospitalizace, zdravotnická péče, zdravotnická síť, zdravotnictví

TITLE

Development of the network and activities of medical facilities from 1989 to 2017

ANNOTATION

The bachelor's thesis deals with the development and creation of a medical network. It outlines the history of medical facilities in the Hradec Králové and Pardubice Regions. It defines the types of health care, its availability and systemic division. It clarifies the function of the hospital in the healthcare system and defines the field of intensive medicine care. The research part of thesis focuses on selected indicators of development of the health network in the Czech Republic and compares the development of number of beds and doctors of intensive care in the Hradec Králové and Pardubice Regions.

KEYWORDS

Intensive care, health, healthcare, hospitalization, medical network

OBSAH

1	Úvod.....	12
2	HLAVNÍ CÍL	13
2.1	Cíl teoretické části	13
2.2	Cíl výzkumné části.....	13
3	Historie zdravotnictví v Královéhradeckém a Pardubickém kraji	14
3.1	Historie hradecké nemocnice.....	14
3.2	Historie zdravotnictví v Pardubicích	16
4	Vytváření a vývoj sítě zdravotnických zařízení v ČR.....	18
4.1	Změny v tvorbě sítě zdravotnických zařízení	18
4.2	Zásadní změny v systému zdravotní péče v ČR po roce 1989	19
4.2.1	Charakteristika období a změn zdravotnického systému	19
4.3	Nynější vývoj struktury sítě zdravotnických zařízení.....	21
5	Rozdělení zdravotní péče	22
5.1	Druhy zdravotní péče.....	22
5.1.1	Péče ambulantní.....	22
5.1.2	Péče lůžková.....	22
5.1.3	Péče preventivní	23
5.1.4	Zvláštní zdravotnická zařízení.....	24
5.2	Systémové dělení zdravotní péče.....	25
5.2.1	Péče primární.....	25
5.2.2	Péče sekundární	26
5.2.3	Péče terciární	26
6	Dostupnost zdravotní péče	27
7	Funkce nemocnic ve zdravotnickém systému.....	29
7.1	Zaměření nemocniční péče	29

7.2	Druhy nemocnic.....	30
7.3	Rozčlenění nemocnic	30
7.4	Základní trendy ve vývoji nemocniční péče	31
8	Intenzivní medicína.....	32
8.1	Definice.....	32
8.2	Rozdělení pracovišť	33
8.3	Personál.....	33
8.4	Přijímání pacientů na PIM	34
9	Výzkumná část	35
9.1	Výzkumné otázky	35
9.2	Metodika výzkumu	36
9.2.1	Metodika a realizace průzkumu.....	36
9.2.2	Charakteristika výzkumného vzorku.....	36
9.2.3	Způsob vyhodnocení získaných dat.....	36
10	Vybrané změny ve zdravotnictví v celé České republice mezi lety 1989-2017	37
10.1	Vývoj počtu hospitalizovaných v ČR.....	37
10.2	Vývoj počtu lůžek v ČR.....	38
10.3	Vývoj ošetrovací doby pacientů na lůžku v nemocnicích	38
10.4	Vytíženost lůžek akutní péče	40
10.5	Vývoj počtu lůžek a lékařů na ARO a JIP v České republice	41
11	Změny na odděleních ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji	43
11.1	Vývoj počtu lůžek na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji	43
11.2	Počty lékařů na odděleních intenzivní medicíny v Královéhradeckém a Pardubickém kraji	44
11.3	Porovnání počtu lékařů k počtu lůžek na odděleních ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji	44
12	Diskuse.....	46
13	Závěr	49

14 Použitá literatura	51
-----------------------------	----

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Vítězný návrh na projekt nové okresní nemocnice od Ing. Bedřicha Adámka	15
Obrázek 2 Stavba válečné nemocnice Karantény	16
Obrázek 3 Struktura lůžkového fondu v roce 2016 a 2017	23
Obrázek 4 Celkový počet lůžek v ČR mezi lety 1989-2017 (ÚZIS, 1989-2017)	38
Obrázek 5 Vývoj průměrné ošetrovací doby v ČR (ÚZIS, 1989-2017)	40
Obrázek 6 Využití intenzivních lůžek v %, dle krajů, bez rozlišení poskytovatele (ÚZIS – Lůžková péče 2016, Lůžkový fond 2015)	41
Obrázek 7 Vývoj počtu lékařů a lůžek na ARO a JIP v České republice	41
Obrázek 8 Počet lůžek na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (ÚZIS, 2000-2013)	43
Obrázek 9 Počet lékařů na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (ÚZIS, 2000-2013)	44
Obrázek 10 Počet lékařů na 100 lůžek na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (ÚZIS, 2000-2013)	45
Tabulka 1 Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů v ČR (ÚZIS, 1989-2017)	37

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

Amb.	ambulance
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
Eurostat	statistický úřad Evropské unie
Odd.	oddělení
JHČ	Jihočeský kraj
JHM	Jihomoravský kraj
JIP	jednotka intenzivní péče
KAR	Karlovarský kraj
KHK	Královéhradecký kraj
LIB	Liberecký kraj
MSK	Moravskoslezský kraj
OLO	Olomoucký kraj
PAR	Pardubický kraj
PIM	pracoviště intenzivní medicíny
PLZ	Plzeňský kraj
STČ	Středočeský kraj
UPV	umělá plicní ventilace
UST	Ústecký kraj
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VYS	kraj Vysočina
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZHKHK	Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje, a.s.
ZLI	Zlínský kraj
ZZ	zdravotnická zařízení

1 Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila Vývoj sítě a činnosti zdravotnických zařízení od roku 1989 do roku 2017. Od roku 1989 prošel systém zdravotnictví mnoha zásadními změnami a nadále se vyvíjí, dá se tedy přepokládat, že jej v blízké budoucnosti ještě mnoho změn čeká. Celý systém českého zdravotnictví je z pohledu složitosti řízení a budování jeden z nejsložitějších systémů a jeho význam pro obyvatelstvo je velmi podstatný a nedocenitelný.

V posledních desetiletích dochází k obrovskému rozvoji medicínských technologií, dostupnosti zdravotnické péče, ale i k růstu samotné zdravotnické sítě. V oblasti poskytování zdravotní péče přibýlo mnoho nových odvětví, z nichž mnoho má sociální charakter, či se zaměřují na psychiku člověka a snaží se zlepšovat jeho duševní stav v době nemoci.

Největší, a nejméně postradatelná součást infrastruktury zdravotnických zařízení, je nemocnice. Je to vlastně takový stát ve státě. Je z velké míry soběstačný a ve větších městech je schopen svým polem působnosti zajišťovat veškeré potřeby spojené se zdravím, které občan potřebuje. Ukazatelem vývoje nemocničních zařízení je bezpochyby průměrná délka hospitalizace pacientů na lůžku. Snahou všech nemocnic je snižování této hodnoty. Tlak vyvíjený na zdravotnický personál však neubývá, jedním z důvodů by mohl být zvyšující se počet hospitalizovaných pacientů.

Jedno z nejrychleji se vyvíjejících a renovujících odvětví je pracoviště intenzivní medicíny. Probíhají finančně nákladné modernizace vybavení, prostor a také změny v počtu kapacit lůžkových částí. Větší prostory znamenají zvýšenou potřebu specializovaného personálu, který je nejen nezbytný, ale také zvedá prestiž daného zařízení. Naštěstí je tento obor všeobecně populární, a to nejen u mladých absolventů, ať už z důvodu zajímavého finančního ohodnocení, či různorodosti pracovní náplně a prací s moderním vybavením.

Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda se zdravotnická síť od roku 1989 rozšiřuje či stagnuje. Zaměřuji se na trend vývoje počtu lůžkového fondu vzhledem k počtu obyvatel a počtu hospitalizovaných, zdali má tendenci rostoucí či spíše klesající. Dále se ve své práci věnuji otázce nároků na zdravotnický personál, neboť s rozvojem nových technologií je předpoklad usnadnění práce personálu, na druhou stranu ale musí být personál vzdělaný a mnohem více kvalifikovaný. Na úplný závěr jsem se zaměřila na porovnání rozdílů mezi odděleními intenzivní péče v Královéhradeckém a Pardubickém kraji, počtem lůžek k počtu lékařů a jejich dostatečností v obou krajích.

2 HLAVNÍ CÍL

Popsat vznik zdravotnické sítě a vývoje vybraného segmentu zdravotnictví v letech 1989-2017 na území ČR. Zpracovat data jednotlivých významných faktorů ve vývoji zdravotnické sítě České republiky.

2.1 Cíl teoretické části

- Nastínit historii vybraného zdravotnického zařízení v Královéhradeckém a Pardubickém kraji
- Zmapovat vývoj a vznik sítě zdravotnických zařízení
- Popsat druhy, systém dělení a dostupnost zdravotnické péče
- Objasnit funkci nemocnic v systému ZZ
- Přiblížit oblast intenzivní medicíny

2.2 Cíl výzkumné části

- Zvyšují se od roku 1989 počty hospitalizovaných?
- Reagují ZZ na měnící se počty hospitalizovaných zvyšováním nebo snižováním počtu lůžek?
- Snižuje se průměrná doba pobytu pacientů ošetřovaných na lůžku?
- Jaké jsou počty lůžek a lékařů v České republice na odděleních intenzivní péče?
- Jaká je vytíženost lůžek akutní lůžkové péče?
- Vzrostly počty lůžek na oddělení intenzivní medicíny v Královéhradeckém a Pardubickém kraji?
- Jak se mění počty lékařů sloužících u lůžka v intenzivní medicíně v Královéhradeckém a Pardubickém kraji?
- Jaký je poměr počtu lékařů na 100 lůžek v intenzivní medicíně v Královéhradeckém a Pardubickém kraji?

3 Historie zdravotnictví v Královéhradeckém a Pardubickém kraji

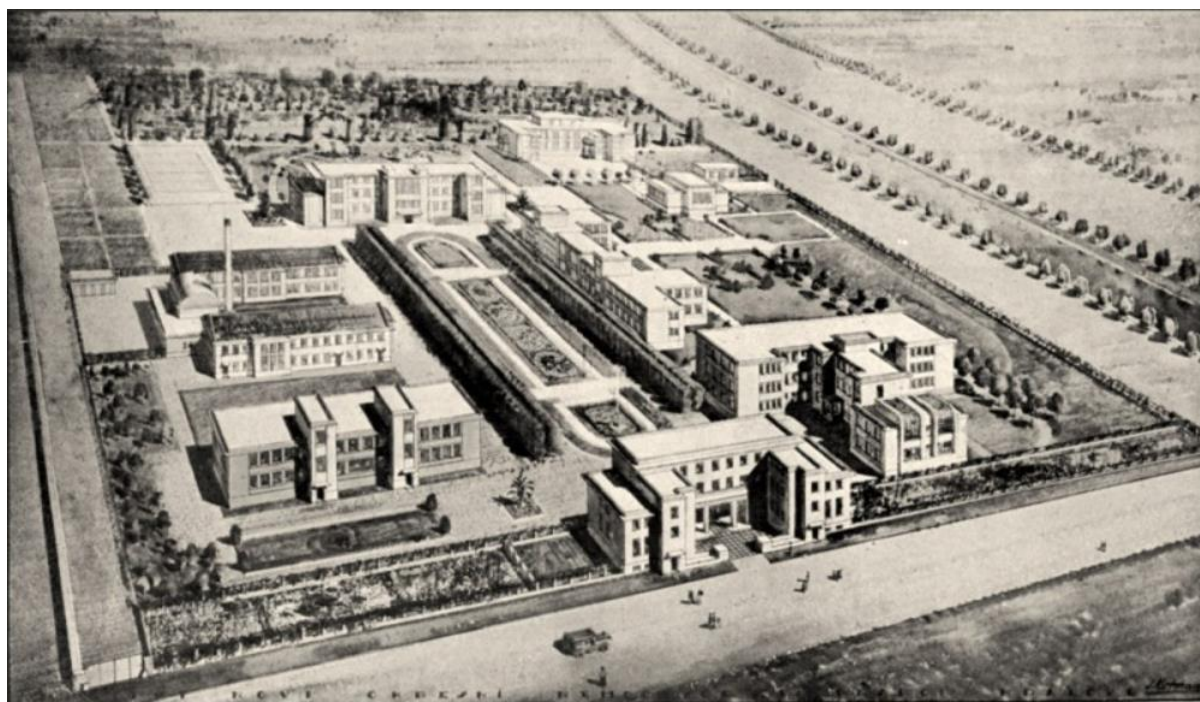
3.1 Historie hradecké nemocnice

Nejstaršími zdravotnickými zařízeními v Hradci Králové za dob středověku byly tzv. „špitály“. Tyto chorobince, jak se jim také říkalo, byly zřizovány církví v blízkosti či přímo v kostelech a kláštorech. Již roku 1364 je vedena zmínka o hradeckém špitálu bratří Křižovníků u sv. Jakuba, který byl ale vypálen v době husitských válek. Další hradecké špitály byly založeny v průběhu 14. století a povětšinou provozovány z odkazů bohatých mecenášů. Chudým a nemocným zde bylo poskytováno jen to nejnnutnější ošetření. (Koritenská, 2005, s.22)

V roce 1882 propukla v Hradci Králové epidemie neštovic. Kvůli vysoké morbiditě této nemoci musela být vystavěna provizorní dřevěná stavba, která sloužila jako první infekční nemocnice. Byla situována poblíž břehu Labe. Dřevěná nemocnice nebyla zateplená, ale zato disponovala čtyřmi oddělenými pokoji, kuchyňkou a pokojem pro lékaře. Roku 1884 započala stavba zděné infekční nemocnice nedaleko řeky Orlice. Dřevěná nemocnice byla zbourána roku 1886. Zděná novostavba měla 20 lůžek, zahradní prostory pro pacienty, zázemí pro personál a na dvoře vlastní studnu. (Doubek, 2013, s. 39)

Po roce 1880 nastalo hledání vhodného místa pro okresní nemocnici. Nejprve byla zřízena v Nechanicích, bohužel kvůli špatnému železničnímu spojení a příliš velké vzdálenosti od Hradce se místo ukázalo jako nevyhovující. Další zvažovaná místa byla v městské části Kukleny, na Komenského třídě a v městské části Plotiště nad Labem, kde císař daroval městu pozemek, avšak zde výstavba nikdy nezačala. Z rozhodnutí komise nakonec bylo vybráno místo u malšovického mostu, nynější Stará nemocnice, původně nazývaná Všeobecná veřejná nemocnice arcivévodkyně Elišky. Se svými 73 lůžky se tak stala v březnu roku 1887 první velkou mimo pevnostní zdravotnickou stavbou dostupnou pro širokou veřejnost celého okresu. V čele s primářem MUDr. Josefem Potočkem se staraly o pacienty civilní i řádové sestry. (Doubek, 2013, s. 39-41) Roku 1889 vzrostla kapacita o 24 dalších lůžek vybudováním zděného domku sloužícího jako infekční nemocnice v roce 1889. (Koritenská, 2005, s.22) V letech 1887-1906 zde bylo ošetřeno více než 7000 osob ze všech vrstev společnosti. Kvůli nedostačující kapacitě bylo přistavěno další podlaží. Po výstavbě Nové nemocnice u soutoku zde byl zřízen chudobinec a následně lazaret za druhé světové války. Po skončení války se do Staré nemocnice přesunula některá oddělení jako neurologie, rehabilitace a ortopedie. (Doubek, 2013, s. 39-41)

V roce 1922 scházel v Hradci větší chudobinec a léčebna pro dlouhodobě nemocné. Starým nemajetným lidem v té době město poskytovalo bezplatnou lékařskou péči a jen za léky bylo utraceno přes 8000 Kč. Na začátku první světové války hrál ve městě velkou roli Československý červený kříž, který disponoval vlastní nemocnicí pro raněné z fronty. Později Červený kříž zajišťoval pomoc při katastrofách či pohromách, školil dobrovolné ošetřovatelky a vyvíjel i charitativní činnosti jako sběr šatstva pro chudé či vaření polévek v zimě pro studenty. V roce 1923 už bylo naléhavé postavit velkou okresní nemocnici. Vybráno bylo místo v tehdejší samostatné obci Nový Hradec Králové. V projektu bylo uváděno zamýšlených 360 lůžek, avšak jejich počet byl zvýšen na 547 a i přes to, byla některá oddělení velmi rychle přeplněna. Jako první proběhla výstavba chirurgického pavilonu, dále interní klinika, infekční klinika, budova prosektury, hospodářské budovy, kuchyně, prádelna, chlévy pro skot, administrativní budova, kotelna, dvoj pavilon nemocí ušních a očních, čistící stanice a dezinfekce. Slavnostní otevření nemocnice se konalo 4. listopadu 1928. Další rozšiřování nemocnice probíhalo až do roku 1936. (Doubek, 2013, s. 43-48)



Ing. B. Adámek:
PROJEKT NOVÉ OKRESNÍ NEMOCNICE V HRADCI KRÁL.

Obrázek 1 Vítězný návrh na projekt nové okresní nemocnice od Ing. Bedřicha Adámka¹

¹ Fakultní nemocnice Hradec Králové. Projekt nemocnice. Vítězný návrh.

3.2 Historie zdravotnictví v Pardubicích

V listopadu roku 1914, krátce po vypuknutí první světové války, byl vydán rozkaz na stavbu nemocnice podle předlohy vídeňských barákových nemocnic i v Čechách. Ihned se začala vyhledávat nejvhodnější lokalita pro tuto stavbu. Ideální místo mělo být dostatečně velké, ležet blízko železničního koridoru a ve východních Čechách z důvodu výhodné lokalizace. Vybrané prostory musely být navíc dobře přístupné, a to i pro rychlé napojení kanalizace, vodovodu a elektřiny. (Huňáček et al. 2007, s. 4-5)

Zvažovaná místa byla v Chrudimi, Přelouči, Kolíně a Čáslavi. Komisi byly nakonec vybrány Pardubice, protože splňovaly všechny nutné požadavky. Jako nejvhodnější prostranství bylo vybráno rozsáhlé vojenské cvičiště, vedle něhož se navíc nacházelo nádraží, zajišťující skvělé spojení. Vybrané místo bylo výhodné také pro svoji velikost a polohu velmi blízko elektrárny. (Halířová, 2014) Právě pro tato fakta bylo nakonec upuštěno od původního návrhu postavit ve východních Čechách nemocnice dvě o počtu 5000 lůžek v každé a bylo rozhodnuto o jedné nemocnici o počtu lůžek 10 000. Plánovaná byla jako pět samostatných oddělení vybavených nejmodernější technologií, a navíc pečlivě izolovaných. Každé oddělení by tedy mělo kapacitu pro 2000 pacientů.



Obrázek 2 Stavba válečné nemocnice Karantény²

Stavba byla započata již začátkem prosince 1914. Stavbařům komplikovaly práci mrazy, nedostatek odborných pracovníků a také značně omezený dovoz některých materiálů.

² Xantypa, Východočeské muzeum Pardubice. Nemocnice Karanténa

Nemocnice začala sloužit na jaře roku 1915 a dostala pojmenování Karanténa. Svůj název získala podle pátého bloku, který sloužil jako karanténa pro vojáky vracející se ze zamořených oblastí. (Huňáček et al. 2007, s. 4-6)

Karanténa byla velkým nemocničním městem, kam v době konfliktu vozili i stovky raněných za den. Vojenští lékaři se tak ocitali pod obrovským tlakem, protože museli během krátkého okamžiku ošetřit velký počet zraněných. Často se tak uchýlovali k radikální amputaci poraněných končetin. Důvodem byla mnohdy i tehdejší úroveň medicíny, která si stále neuměla poradit s infekcemi. (Halířová, 2014). Z celkového počtu 365 budov bylo 198 nemocničních, 150 budov sloužilo jako zázemí pro zaměstnance, hospodářskou správu, úředníků a mnoho dalších jako například bakteriologická stanice, operační sály, sklady, márnice, pekárna, lázně, drůbežárna, dezinfekce, vojenské kasárny a podobně. Spojení bylo zajištěno dvěma železničními tratěmi. (Huňáček et al. 2007, s. 7)

Po roce 1931, kdy už vojenská nemocnice nesloužila svému účelu, započal rozprodej jednotlivých úseků a přestavba baráků na kulturní objekty jako například kina, hospody či divadla, a postupně tak Karanténa zanikla úplně. (Huňáček et al. 2007, s. 27-28)

4 Vytváření a vývoj sítě zdravotnických zařízení v ČR

V 19. a 20. století dochází k vytváření zdravotnické sítě a rozvoji péče o zdraví občanů. Zdravotnické systémy se od sebe odlišují kvalitou, dostupností poskytované péče či efektivitou a přijatelností pro obyvatelstvo. (Janečková, 2009, s. 82)

Roku 1948 proběhlo sjednocení nemocenského a důchodového pojištění podle zákona č.99/48 Sb., o národním pojištění. Jednalo se o systém národních pojišťoven, které spravovala Ústřední národní pojišťovna. Na hrazenou zdravotnickou péči v daném rozsahu měl nárok každý pojištěnec, nepojištěný občan musel léčbu uhradit přímou úhradou. (Gladkij, 2003 s. 33)

Téhož roku byly zestátněny nemocnice, léčebné ústavy, lázně a zřídla. Proběhlo také dokončení zestátnění zdravotnického průmyslu a distribuce léčiv. Nicméně stále však byla patrná roztržitost zdravotnické sítě do jednotlivých resortů. Až konečně roku 1952 přešly veškeré zdravotnické organizace pod správu Ministerstva zdravotnictví, výjimku tvořily ozbrojené složky a zdravotnické školství.

V padesátých letech se základním článkem sítě zdravotnických služeb stal zdravotnický obvod, který sdružoval základní léčebnou preventivní péči o dospělé, děti, ženy a péči stomatologickou. Započal vznik hygienických a epidemiologických služeb. Ve velkých závodech vznikaly závodní ústavy národního zdraví.

Zdravotnické služby se začaly orientovat především dle území. Podle místa bydliště byl každému občanovi přiřazen praktický lékař, pokud nevyužíval závodního lékaře, nemocnice a poliklinika. Takto vybudovaná územní struktura sítě zdravotnických zařízení takto fungovala až do roku 1990. (Holub et al. 2005, s. 43)

4.1 Změny v tvorbě sítě zdravotnických zařízení

Vývoj medicíny, potřeby a možnosti populace pomáhají s přizpůsobením se a postupným vývojem vzniku sítě zdravotnických zařízení. Tvoří ji jednotlivá zdravotnická zařízení, která dle poptávky po jejich službách buď vznikají, přetvářejí se či zanikají. „Aktuální podoba sítě je tedy výsledkem dynamického procesu a nemůže být tudíž nahrazena nějakou novou podobou sítě vzniklou jen lepším administrativním rozhodnutím.“ (Vepřek et al. 2002, s. 151-152)

Změny, kterými prošlo naše zdravotnictví za posledních dvacet let, se odrazily jak v péči lůžkové, tak péči ambulantní, i ve struktuře celého zdravotnictví. Privatizace měla za následek rychlý nárůst počtu zdravotnických zařízení. Změny v oblasti lůžkové péče se týkaly zejména

nemocnic a jejich přeměny na akciové společnosti. V ambulantní péči začalo plynule vzrůstat personální zabezpečení a specializovaná ambulantní péče byla přesunuta z nemocnic do ordinací specialistů. Z důvodu stárnutí populace začala vznikat zcela nová zdravotnická zařízení zaměřená zejména na seniory (agentury domácí péče, hospice), a také vzrostl počet lůžek v následné péči v nemocnicích i léčebných ústavech. Zajištění primární péče je dlouhodobě na dobré úrovni a stabilní, problém nastává ve stárnutí populace lékařů, kteří ji poskytují. (Kasalová-Daňková, 2010, s. 33)

4.2 Zásadní změny v systému zdravotní péče v ČR po roce 1989

Po roce 1989 došlo na území Československa v oblasti zdravotnictví k velkým změnám. Bývalý systém zdravotnictví, řízený státem a financovaný centrálně z daní, byl nahrazen. Vznikl tak systém zdravotnictví, v kterém hlavní subjekty zodpovědné za financování a organizování zdravotní péče, byly pojišťovny. V roce 1990 vznikla jménem Ministerstva zdravotnictví koncepce systému zdravotní péče.

Důležité zásady pro fungování zdravotnictví:

- Stát garantuje adekvátní zdravotní péči všem občanům ČR
- Poskytovanou zdravotní péči lze porovnávat s konkurencí
- Občan má právo svobodně si vybrat lékaře i zdravotnické zařízení
- Odstranění monopolního postavení státního zdravotnictví, zdravotní péči je možné poskytovat bez ohledu na typ vlastnictví (stát, obec, církev, soukromé)
- Zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou je základním prvkem veřejného zdravotnictví
- Centrem léčebné péče je péče primární, zejména ambulantní
- Financování zdravotnictví je vedeno z více zdrojů (státní rozpočet, zdravotní pojištění, obce, daně...)
- Stěžejní součástí systému zdravotní péče je povinné zdravotní pojištění

(Pudichová, 2015, s. 15)

4.2.1 Charakteristika období a změn zdravotnického systému

- 1990-1991
 - Příprava změn

- Nastartování změn
 - Zánik Krajských a Okresních ústavů národního zdraví
 - Vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP)
 - 1992
 - Nový způsob financování zdravotní péče (VZP), posléze i dalšími zdravotními pojišťovnami
 - Příprava na deetatizaci
 - 1993
 - Zahájení financování zdr. péče VZP a jinými zdravotními pojišťovnami
 - Vznik prvních zaměstnaneckých pojišťoven
 - Začátek deetatizace
 - 1994-1995
 - Vznik prvních vážných problémů v oblasti financování zdravotnictví
 - Vznik dalších zaměstnaneckých pojišťoven
 - Stav systému není dobrý a zdravotníci vyjadřují svoji nespokojenost
 - 1996
 - Vyrůstající problémy v systému
 - Zánik některých zaměstnaneckých pojišťoven
 - 1997-1998
 - Snížení výdajů zavedením paušálních plateb
 - Snaha o zlepšení struktury péče lůžkové pomocí výběrových řízení
 - 1999-2001
 - Ustrnutí a vyčkávání
- (Vepřek, 2002, s. 17)

Ačkoli byl po roce 1989 od základu přetvořen systém zdravotní péče z hlediska financování, poskytování služeb i legislativy, tak v průběhu let, v souvislosti se změnami ekonomické, politické i společenské situace, jeho další vývoj zaostával. Velké množství zákonů, které byly schvalovány na dobu přechodnou, zůstalo v platnosti na celá další desetiletí, aniž by se dočkaly nástupců. Ani novelizace nebyly záchranou, neboť jich bylo za ta léta desítky, a v době svého uzákonění byly nedostatečné. Navíc často přehlednost předpisů ještě ztěžovaly. (Darmopilová, 2010, s. 41)

Do roku 1990 byla síť zdravotnických zařízení v České republice vystavěná na územním třístupňovém systému (republika, kraj, obec). Veškerá péče, až na výjimky ve stomatologii,

byla hrazena státem ze všeobecných daní, a tudíž poskytována bez přímých plateb. (Kasalová-Daňková, 2010, s. 28)

V roce 1991 byly vyčleněny finance pro organizace Ministerstva zdravotnictví, a to byla první velká změna v reformě. V roce 1992 proběhla druhá velká změna, kdy zahájila svoji činnost Všeobecná zdravotní pojišťovna, a to tak, že proplácela poskytovatelům úhrady za zdravotní péči. Roku 1993 VZP zahájila výběr zdravotního pojištění od pojištěnců a následně se tak stala společně s dalšími pojišťovny hlavním místem k proplácení výdajů za zdravotnické služby zdravotnickým zařízením. (Vepřek et al. 2002, s. 17-18) První tři roky existence zdravotních pojišťoven byla poskytována léčebná péče hrazena výkonovými platbami, což vedlo k honbě za body, a tak i k značnému plýtvání financemi. Po roce 1997 přešly pojišťovny u lékařů primární péče na kapitační platby za jednotlivé registrované pacienty. (Kasalová-Daňková, 2010, s. 29)

4.3 Nynější vývoj struktury sítě zdravotnických zařízení

Z dlouhodobého hlediska v zařízeních ústavní péče klesá počet lůžek pro akutní péči a narůstají počty lůžek pro péči následnou.

Od roku 1995 se rozpad větších zdravotnických celků téměř zastavil. (Gladkij, 2003, s. 61) Proces privatizace vedl k rychlému nárůstu počtu zdravotnických zařízení. V roce 1989 bylo evidováno necelých 8 tisíc, v roce 1993 už 17 tisíc a v roce 2009 bylo v České republice evidováno bezmála 28 tisíc zdravotnických zařízení, ve kterých bylo zaměstnáno 45 tisíc lékařů a 106 tisíc nelékařských pracovníků s odbornou způsobilostí. (Kasalová-Daňková, 2010, s. 29)

Vzrostly také počty úvazků lékařů a nelékařského personálu v nemocnicích, přesto zajištění primární péče dlouhodobě stagnuje. Navíc oproti roku 1990 se výrazně zhoršila věková struktura lékařů, a to hlavně praktických. (Gladkij, 2003, s. 61)

5 Rozdělení zdravotní péče

5.1 Druhy zdravotní péče

Zdravotní péči lze rozdělit podle časové naléhavosti a podle účelu. Časová naléhavost znamená, s jakou rychlostí musí být zdravotní péče poskytnuta v závislosti na zdravotním stavu pacienta. Pokud je pacient bezprostředně ohrožen na životě, je mu poskytována péče neodkladná. Akutní péče má za účel odvrácení nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu. Plánovaná zdravotní péče je péče, která nevyžaduje okamžité řešení. (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, § 5)

Druhy zdravotní péče podle účelu můžeme rozdělit na:

5.1.1 Péče ambulantní

Ambulantní péče je zdravotní péčí, při které není nutná hospitalizace pacienta ani přijetí pacienta na jednodenní lůžko. Poskytována je odbornými specialisty nebo, a to zejména, lékaři primární péče. V případě nemoci, či jiných obtíží, se z většiny případů pacient obrací nejprve právě na lékaře primární péče, u kterého je zaregistrovaný.

5.1.2 Péče lůžková

Pokud je to nezbytné a vyžaduje si to typ onemocnění, doporučí ambulantní specialista nebo lékař primární péče hospitalizaci v zařízení poskytující lůžkovou péči, nebo toto přijetí sám zařídí. (Ministerstvo zdravotnictví, 2012)

Je to druh zdravotní péče, kterou nelze poskytovat ambulantně, je nutná hospitalizace pacienta a je poskytována pouze v nepřetržitých provozech.

Lůžková péče je:

- Akutní intenzivní
V případě selhávání nebo náhlého ohrožení životních funkcí pacienta
- Akutní standartní
V případě, že má pacient vážné onemocnění, které vážně ohrožuje jeho zdraví, ale bezprostředně nevede k selhávání životních funkcí
- Následná
Poskytována pacientovi, u kterého došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí léčebně rehabilitační péče. V rámci následné lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče

pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí.

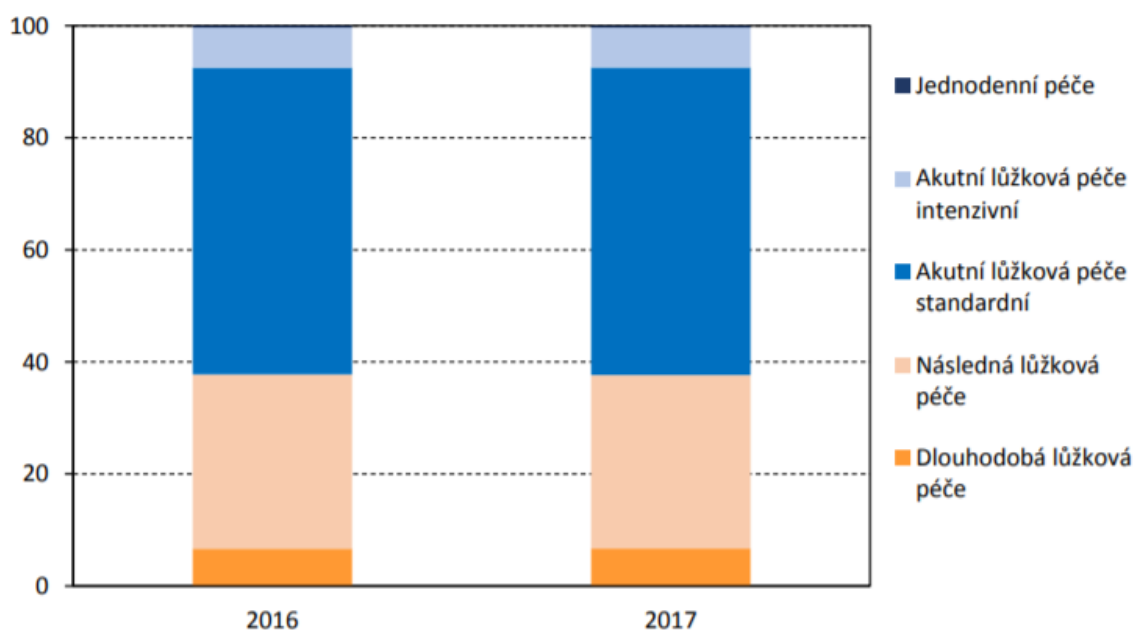
- Dlouhodobá

V případě, že pacientův zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez neustálého poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje. Dále také poskytování dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

- Jednodenní

Vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na typ a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být k dispozici nepřetržitá dostupnost akutní intenzivní lůžkové péče.

(zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, § 8-9)



Obrázek 3 Struktura lůžkového fondu v roce 2016 a 2017³

5.1.3 Péče preventivní

Účelem je včasné vyhledávání faktorů souvisejících se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu. (zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, § 5) Lékař mimo jiné provádí preventivní prohlídky a očkování proti infekčním nemocem.

³ ÚZIS, Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2017

5.1.4 Zvláštní zdravotnická zařízení

Do této nesourodé skupiny je řazena například:

5.1.4.1 Zdravotnická záchranná služba

V případě těžkého úrazu či náhlého onemocnění, kdy pacient není schopný se sám dopravit k lékaři a je nutné rychlé ošetření na místě, případně nezbytná co nejrychlejší přeprava nemocného do zdravotnického zařízení při stálém poskytování neodkladné zdravotní péče, aby nedošlo k dalšímu zhoršení stavu pacienta či ohrožení na životě, je využívána zdravotnická záchranná služba. (Ministerstvo zdravotnictví, 2012)

5.1.4.2 Záchytné stanice

Protialkoholní a protitoxikomanická záchytná služba je speciální medicínské zařízení určené pro krátkodobý pobyt při stavech akutní intoxikace, a to zejména alkoholem či jinými návykovými látkami. (Mravčík, 2013, s. 130-133)

5.1.4.3 Kojenecké ústavy

Kojenecké ústavy byly původně určeny pouze dětem do jednoho roku. V nynější době, si kojenecký ústav nechává děti do tří let, v případě postižení dítěte i déle. (Nemeškalová, 2005, s. 23)

5.1.4.4 Lékárenská péče

Jejím účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, mimo přípravky transfuzní a krevní deriváty. Dále zajišťování, skladování, výdej a prodej zdravotnických prostředků potravin pro zvláštní lékařské účely a tak dále.

Lékárny jsou nejnázve dosažitelná zdravotnická zařízení pro širokou veřejnost a často představují tak jedno z prvních kontaktních míst pacienta v systému zdravotní péče. (Česká lékárnická komora, 2013, s. 2)

5.1.4.5 Hygienická služba

Zajišťují dohled nad dodržováním hygienických a protiepidemických předpisů, kontrolují účinnost sér a vakcín, provádí opatření proti vzniku a šíření přenosných chorob a mnoho dalšího. (Müllerová, 2014, s. 239)

5.1.4.6 Péče dispenzární

Účelem je sledování pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí, u kterého lze včasným předejitím komplikací ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci. (Ministerstvo zdravotnictví, 2012)

5.1.4.7 Péče léčebně rehabilitační

Často je součástí léčebného procesu, doporučuje ji ošetřující lékař a potvrzuje lékař revizní. (Ministerstvo zdravotnictví, 2012)

5.1.4.8 Péče ošetrovatelská

Samostatný obor zabývající se vyhledáváním a uspokojováním biologických, psychologických a sociálních potřeb nemocného i zdravého člověka při péči o jeho zdraví. (Koncepte ošetrovatelství, 2004)

5.1.4.9 Péče paliativní

Aktivní péče, která je poskytována pacientovi, který je v pokročilém či konečném stádiu nevyléčitelné nemoci. Cílem je zmírnit bolest, zachovat důstojnost a poskytnout oporu pro jeho blízké. (Skála, 2011, s. 24)

5.2 Systémové dělení zdravotní péče

Zdravotnická zařízení lze rozdělit podle jejich rozčlenění na primární, sekundární a terciární.

Tyto tři typy péče vytváří pyramidu z pohledu jejich účelného a hospodárného zaměření a z toho vyplívající dostupnosti a spotřeby. Diagnostika a léčba triviálních nemocí v zařízeních terciální péče by byla ekonomicky velmi nákladná, stejně tak jako by byla lékařsky velmi náročná léčba komplikovaných nemocí v péči primární. (Gladkij, 2003, s. 49)

5.2.1 Péče primární

Primární zdravotní péči lze dle WHO definovat jako místo prvního kontaktu pacienta se zdravotním systémem, které je dostupné pro všechny občany. (Šídlo, 2017, s. 3)

Obsahem primární péče jsou služby zaměřené především na prevenci, diagnostiku, terapii, rehabilitaci, zdravotní edukaci či ekonomicko-sociální problémy klientů. Zásadní roli zde hraje včasné stanovení diagnózy a správného léčebného postupu. (Kaucká, 2014, s. 10)

V primární péči je velký důraz kladen i na zdravotní sestry „Dobrá sestra je tou nejlepší vizitkou dobrého všeobecného lékaře, a navíc stále platí, že bez erudovaných zdravotních sester není špičkové péče.“ (Košta, 2013, s. 31)

5.2.2 Péče sekundární

Je poskytování specializované zdravotní péče prostřednictvím zdravotnických zařízení (nemocnice – lůžka i ambulance) nebo v terénu, zajišťována prostřednictvím ambulantních specialistů (kardiologická ambulance, diabetologická ambulance). (Jarošová, 2007, s. 20) Pro pacienty často přístupná po doporučení od lékaře poskytující primární péči. Sekundární péče není na úrovni odbornosti jako terciární, ale v mnoha směrech se k ní přibližuje, či je s ní kombinována.

Mnoho ambulantních sekundárních služeb je podobně jako u primární péče soukromých, ale hrazených z veřejných zdrojů. (Gladkij, 2003, s. 50)

5.2.3 Péče terciární

Znamená vysoce specializovanou péči, poskytovanou na klinikách a pracovištích s nejmodernějším vybavením, mnohdy s propojení vědecko-výzkumné činnosti a výukou studentů. (Janoušová, 2007, s. 13)

Úkolem terciární zdravotní péče je zlepšit pacientův zdravotní stav a dokončit proces léčení. Zaměřuje se jak na základní ošetrovatelskou péči, tak na péči komplexní. (Jarošová, 2007, s. 68)

6 Dostupnost zdravotní péče

Dostupnost zdravotní péče můžeme hodnotit z několika úhlů, například z pohledu geografického (tzv. dopravní dostupnost). Pokud mluvíme o dopravní dostupnosti, zabýváme se vzdáleností geografických objektů, kterou lze vyjádřit mírou dosažitelnosti určité lokality za využití přepravních prostředků. Tuto dostupnost je možné dále dělit na tzv. časovou, vzdálenostní a frekvenční, hledisko času a vzdálenosti se nejčastěji využívá při zjišťování dopravní dostupnosti osobní automobilovou dopravou, frekvenční pak při využití veřejné dopravy. (Šídlo, 2017, s. 44)

Rozdělení dostupnosti péče podle Vepřeka:

- Dostupnost finanční (zda si mohu péči dovolit)
- Dostupnost časová (jak dlouho budu na pomoc čekat)
- Dostupnost geografická (jak daleko je nejbližší zdravotnická péče)

Nebo také můžeme hodnotit jednotlivé typy péče:

- Primární
- Specializovaná
- Akutní
- Dlouhodobá

(Vepřek et al. 2002, s. 150)

Jeden z hlavních ukazatelů vyspělosti společnosti je kvalitní a dostupná zdravotní péče. Hlavním cílem aktérů v oblasti veřejného financování by tudíž měla být především snaha o minimalizaci vlivu faktorů zamezujících přístupu k veřejné zdravotní péči. (Šídlo, 2017, s. 44)

V České republice je financování zdravotní péče zajištěno každému občanovi, a to pomocí zdravotního pojištění. U geografické a časové dostupnosti hraje velkou roli vzdálenost, zvolený způsob dopravy, ale i volná kapacita. Z dlouhodobého hlediska je to výsledek vývoje zdravotního systému a jeho aktuální ekonomické situace. V naší republice je ale vzhledem k hustému osídlení, velkému počtu zdravotnických zařízení a výborné silniční i železniční dopravě, zdravotnická péče zajištěná relativně dobře. Obzvláště ve větších městech. Poněkud horší situace nastává v příhraničních či horských oblastech, které jsou řídko osídlené, a navíc z ekonomických důvodů jsou zde čím dál častěji rušeny spoje hromadné dopravy. Dostupnost primární péče je v takovýchto případech často zajišťována lékaři, kteří ve vyhrazené dny dojíždějí do ordinací, které jim poskytuje obec. (Vepřek et al. 2002, s. 150)

Dle nařízení vlády, musí být praktický lékař a zubař, od místa bydliště pojištěnce, vzdálen nejvíce 35 minut. Například na kardiochirurgii či neurochirurgii by pacient neměl cestovat více než 2 hodiny. V současné době však v České republice nejsou místa, kde by byla péče nedostupná. (Ministerstvo zdravotnictví, 2019)

V 90. letech 20. století prošly masivním rozvojem i zdravotnické záchranné služby. Vznikl nový systém vzdělávání a výcviku lékařů, středního a nižšího zdravotnického personálu, v přednemocniční neodkladné péči se specializací na akutní traumatologické stavy a neodkladnou resuscitaci. S dostatkem kvalitně vyškoleného personálu se mohla síť zdravotnické záchranné služby ještě více rozrůst. (Pešorna, 2014)

Dostupnost specializované péče se také výrazně zlepšila, avšak souvisí to také s tím, jak se zvedla poptávka po speciálních výkonech. Kvůli zavedení paušálního způsobu úhrady se však výrazně prodloužily čekací doby na neakutní výkony (např. totální náhrada kyčelního kloubu).

Rehabilitační a ošetrovatelská péče je také na raketovém vzrůstu, a to jednak kvůli změně poskytování akutní lůžkové péče, tak i dopadem demografického vývoje směřujícího ke stárnutí populace. (Vepřek et al. 2002, s. 151)

7 Funkce nemocnic ve zdravotnickém systému

Nemocnice jsou zařízení poskytující obyvatelům péči ambulantní, lůžkovou, diagnostickou a léčebnou. Součástí je také péče preventivní či lékárenská. (Vyhláška 242/1991 o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, § 11)

Nemocnice jsou v dnešní době nepostradatelnou součástí lidské infrastruktury v oblasti ekonomické, sociální, kurativní, vědecké i vzdělávací. Jsou místem, kde drtivá většina zdravotnických pracovníků získává svou kvalifikaci a zjišťuje velké množství pracovních míst v různých oborech. Primárním účelem nemocnic je poskytnutí lékařské péče pacientům, kteří nemohou docházet ambulantně. Hlavní náplní všech nemocnic je poskytování sekundární a terciální péče pacientům, ať už z oblasti diagnostické, kurativní či paliativní. (Ivan Gladkij, 2003, s. 51-52)

Zdravotní péče poskytovaná v kratším časovém období hospitalizace bývá většinou zaměřená na jeden hlavní (většinou akutní) zdravotní problém, má za cíl rychlé zlepšení zdravotního stavu pacienta, či úspěšné vykonání operačního výkonu. U polymorbidních (většinou starších) pacientů je při hospitalizaci výhoda dostupnosti všeobecné zdravotní péče, ať už lékařské či ošetrovatelské. (Kalužay, 2018, s. 11-12)

Mimo tuto základní funkci se některé nemocnice podílejí na výuce a to tzv. fakultní nemocnice, které uskutečňují výzkumnou a vývojovou činnost a také zde probíhá klinická i praktická praxe. (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách, §111)

7.1 Zaměření nemocniční péče

Zaměření všeobecné nemocniční péče je možné rozdělit na přechodnou (krátkodobou) zejména farmakologickou léčbu, léčbu těžkých akutních onemocnění a s tím spojených stavů, dále nemocí vyplívající z poruch základních orgánových funkcí (CNS, srdce, plíce, játra, ledviny), poruch vnitřního prostředí, široká škála akutních život ohrožujících onemocnění či úrazů. Nemocniční péče se také zaměřuje na prevenci, snaží se zamezit komplikacím a dbá i na bezpečnost pacienta v průběhu hospitalizace. (Kalužay, 2018, s. 12)

7.2 Druhy nemocnic

Nemocnice jsou děleny podle několika kritérií:

1. Dle typu vlastnictví nemocnice

- Státní – vlastnictví a správa patří státu, většinou jde o velké nemocnice, univerzitní či fakultní nemocnice nebo vojenské nemocnice
- Veřejné – vlastnictví a správa patří městům či obcím
- Soukromé – vlastníkem je soukromí subjekt

(Durdisová, 2005, s. 187)

2. Dle typu převažující péče

- Nemocnice specializované
- Nemocnice všeobecné – zde je v rámci možností a dostupného vybavení prováděna celková diagnostika a léčba včetně výkonu chirurgických zákroků.

Všeobecné nemocnice lze dále dělit dle počtu lůžek a to na:

- Malé (do 300 lůžek)
- Střední (300–600 lůžek)
- Velké (nad 600 lůžek)

Specializované nemocnice spadají v České republice pod skupinu odborných léčebných ústavů a jsou tudíž vykazovány jako samostatný typ zdravotnického zařízení. Naproti tomu však v zahraničí je tento typ nemocnic zařazen pod lůžkový fond, a to je jedna z velkých překážek při porovnávání počtu lůžek mezi námi a jinými zeměmi. (Gladkij, 2003, s. 51)

7.3 Rozčlenění nemocnic

Členění nemocnic podle vyhlášky č. 242/1991 Sb.:

- Část lůžková
- Část ambulantní
- Část léčebných a společenských složek
- Část technických služeb a část hospodářská
- Další organizační části

(Svoboda, 2012, s. 3)

7.4 Základní trendy ve vývoji nemocniční péče

V posledních dvaceti letech došlo téměř ve všech vyspělých zemích světa ke snížení počtu akutních lůžek a výraznému zkrácení průměrné délky ošetrovací doby. Počty zdravotního personálu mají spíše vzrůstající tendenci, a to v souvislosti s požadavky na zvyšování kvality péče v nemocnicích, a také s vývojem nových technologií. Problémy s financováním nemocnic se netýkají pouze České republiky, ale i mnoha dalších zemí. Hlavním problémem hrazení lůžkové péče financované z veřejných prostředků je zajištění a udržení rovnováhy mezi příjmy a výdaji nemocnic. Také je náročné udržet, či dokonce zvyšovat kvalitu péče, i přes brzdění výdajů na nemocniční sektor. (Strnad, 2004, s. 283-290).

Dle Gladkije můžeme pozorovat výraznou změnu ve vývoji nemocniční péče, jako je například:

- Přesun méně náročných výkonů z nemocnic do ambulancí
- Lékařská péče dostupná pro všechny občany, bez ohledu na finanční možnosti jednotlivců
- Zaměření na vědu a vývoj nových medicínských postupů a technologií a zkoumání jejich účinnosti
- Reformy v oblasti zdravotnictví jsou nejen u nás, ale prakticky ve všech vyspělých zemích, a to v oblastech zaměřených na zvyšování kvality poskytovaných služeb a efektivnosti vedení těchto zařízení

Můžeme tedy říct, že ve vyspělých zemích světa, se v rámci reformy řeší obdobný problém jako v České republice. Oproti tomu však většina ostatních zemí má vyřešený problém s vlastnictvím nemocnic a jasně vymezenou úlohu státu a veřejné správy v řízení zdravotnických zařízení. (Gladkij, 2003, s. 53)

8 Intenzivní medicína

8.1 Definice

Lékařský obor pojednávající o nemocných v akutním, život ohrožujícím stavu, se nazývá intenzivní medicína. Zabývá se diagnostikováním, nepřetržitým sledováním a léčbou pacientů s život ohrožujícími, potencionálně léčitelnými chorobami, úrazy či komplikacemi, u kterých je nezbytná podrobná lékařská a specializovaná ošetrovatelská péče, než která je možná poskytnout na standartních odděleních. Primárně se zaměřuje hlavně na nejzávažnější dýchací a kardiovaskulární poruchy, ale z důvodu, že se jedná o kriticky nemocné pacienty, je také velmi důležitý multidisciplinární přístup. (Ševčík, 2000, s. 2)

Obor anesteziologie a urgentní medicíny zahrnuje kromě práce na anesteziologicko-resuscitačním oddělení a JIP také přednemocniční lékařskou péči – zdravotní záchranná služba. Anesteziologická péče zajišťuje bezbolestný průběh diagnostických a léčebných výkonů, operační i neoperační povahy. Intenzivní medicína znamená péče a léčba kriticky nemocných, u kterých selhává, selhala či hrozí selhání funkce jednoho nebo více orgánových systémů. (Kalužay, 2018, s. 13)

Obor intenzivní medicíny používá markantní léčebné prostředky. U řady nemocných by nebylo bez podpory či náhrady selhávajících životních funkcí přežití vůbec možné. Mimo přístrojové podpory dýchání, krevního oběhu, činnosti ledvin, či dokonce jater jsou také používána vysoce specializovaná farmaka. Nedílnou součástí v péči o nemocné je také pečlivé klinické sledování a monitorování fyziologických funkcí. (Zadák, 2017, s. 2)

Tento obor vznikl jednak na základě zkušeností z pooperačních oddělení a jednak z potřeby speciální péče nemocných se selháváním ventilace v první polovině 50. let minulého století při epidemii poliomyelitidy. Toto byl impulz pro rychlý rozvoj jednotek intenzivní péče v 60. letech, kdy také mimo jiné vznikl základ sítě koronárních jednotek. V následujících desetiletích probíhalo prohlubování systematiky a znalostí v nově vzniklém oboru. V současné době je intenzivní medicína samostatná a rychle se vyvíjející disciplína. V řadě zemí s vyspělým zdravotnictvím je možné se v tomto oboru specializovat, většinou ve formě nástavbového studia na některé základní klinické obory, zejména anesteziologie, ale také vnitřní lékařství, chirurgie, pediatrie, či jiných. (Ševčík, 2000, s. 2)

8.2 Rozdělení pracovišť

Jednotky intenzivní péče orientovány oborově jsou zejména ve velkých nemocnicích jako jsou fakultní či regionální. V menších nemocnicích jsou tzv. multidisciplinární jednotky intenzivní péče, které více vyhovují regionálním potřebám. (Zadák, 2017, s. 2)

Z důvodu snahy, co nejefektivněji využít omezených prostředků, je v rozvinutých zemích doporučováno rozvrstvení pracovišť intenzivní medicíny (PIM) do čtyř úrovní:

PIM III. Stupně

Ve velkých výukových nemocnicích. Nejvyšší a nejrozsáhlejší úroveň intenzivního pracoviště. Poskytují komplexní intenzivní péči včetně specializovaných diagnostických, monitorovacích a terapeutických postupů (monitorování nitrolebního tlaku, dialýza, kontinuální eliminační metody apod.). Pracují zde specializovaní lékaři, medicí v postgraduální přípravě, vědečtí pracovníci, sestry se specializací a zvláště vyškolený pomocný personál.

PIM II. stupně

Ve větších všeobecných nemocnicích. Mají k dispozici i dlouhodobou plicní ventilaci (UPV). K dispozici je také stálý lékař – intenzivista, mají nonstop možnost spolupráce s radiologií, fyzioterapií či případně dalšími obory. Neposkytují úplnou komplexní podporu života (hemodialýza apod.) či všechny možnosti monitorování (nitrolební tlak, katetrizace plicnice).

PIM I. stupně

V malých nemocnicích. Pečlivé sesterské sledování, základní monitoring, neodkladná resuscitace, krátká UPV (do 24 h). Někdy přirovnávány k jednotkám intermediární péče. (Ševčík, 2000, s. 2)

Intermediální JIP

Představuje hranici mezi JIP a standartním oddělením. Jsou zde monitorováni pacienti v riziku orgánové disfunkce. (Fulík, 2017, s. 3)

8.3 Personál

Personál na jednotkách intenzivní péče je specifický v mnoha ohledech. Pečují o pacienty, kteří jsou přímo ohroženi na životě, přičemž některé životní funkce pacientů mohou být udržovány jen pomocí přístrojů. Ne vždy je namáhavá práce zdravotníků úspěšná a pacient i

přes veškerou snahu zemře, personál se s tímto faktem musí umět vyrovnat. Příbuzní pacientů se často obracejí na personál s mnoha dotazy ohledně svých blízkých a nemálokdy si svůj stres a pocit bezmoci vylévají právě na nich. Ve všech případech se však od zdravotníků vyžaduje profesionální, klidné a empatické jednání. (Bartůněk, 2016, s. 71)

8.4 Přijímání pacientů na PIM

Pro příjem pacientů na PIM, obzvláště III. stupně platí přísná kritéria. „Nelze přijímat pacienty příliš málo nemocné pro tuto úroveň péče ani ty, kteří jsou nemocní terminálně, tedy příliš mnoho na to, aby jim mohla pomoci sebelepší intenzivní péče.“ (Ševčík, 2000, s. 3) Přijímání na PIM musí být orientováno na pacienty, u kterých lze předpokládat zlepšení stavu díky intenzivní péči, překlenutí vážného stavu s reálnou nadějí na zlepšení orgánových funkcí. Kritéria pro přijetí nemocných na dané PIM také zamezuje přijímání neindikovaných pacientů a zajišťuje dobrou organizaci pracoviště. (Ševčík, 2000, s. 3)

9 Výzkumná část

9.1 Výzkumné otázky

1. Zvyšuje se potřeba hospitalizace?
2. Zkracuje se ošetrovací doba pacientů na lůžku?
3. Zvyšují se nebo snižují celkové počty lůžek?
4. Narůstají počty lůžek v urgentní lůžkové péči a s nimi i počty ošetřujících lékařů?
5. Jaká je využitelnost lůžek akutní lůžkové péče?
6. Vzrostly počty lůžek na oddělení intenzivní medicíny v Královéhradeckém a Pardubickém kraji?
7. Jak se mění počty lékařů sloužících u lůžka v intenzivní medicíně v Královéhradeckém a Pardubickém kraji?
8. Jaký je poměr počtu lékařů na 100 lůžek v intenzivní medicíně v Královéhradeckém a Pardubickém kraji?

9.2 Metodika výzkumu

9.2.1 Metodika a realizace průzkumu

V průzkumné části bakalářské práce byly sledovány statistické údaje z ročenek dostupných na webových stránkách ÚZIS, a to mezi lety 1989–2017. Vstupní data byla vybírána dle jednotlivých kritérií, následně analyzována a zapisována do tabulek. Pomocí deduktivní metody byly pak získány výsledky. V tomto časovém období byl sledován vývoj v celé České republice. Konkrétně počet hospitalizovaných pacientů, doplněný o počet obyvatel v daném roce, aby bylo možné vypočítat potřebu hospitalizace. Dále byla zpracována data o vývoji počtu lůžek všech zdravotnických zařízení, a průměrná ošetrovací doba pacientů na lůžku. Údaje o využitosti akutních lůžek v ČR jsou rozděleny na jednotlivé kraje a porovnávají roky 2006 a 2015, neboť v letech před rokem 2006 není v publikaci Lůžkový fond uváděna využitost akutních lůžek. Data o celorepublikovém vývoji počtu lékařů a lůžek na odděleních ARO a JIP jsou zaznamenána ve společném grafu, a to mezi lety 2000-2017. V letech 2016-2017 nebyla data o počtech lékařů v ročenkách ÚZIS uvedena, proto nejsou do grafu zanesena.

Mezi roky 2000–2013 byly vydávány ročenky rozdělené na jednotlivé kraje a umožňovaly tak podrobné prozkoumání dat v Královéhradeckém a Pardubickém kraji a jejich porovnání. Zaměření bylo především na jednotky intenzivní péče společně s jednotkami anesteziologicko-resuscitačními. Zkoumaným předmětem byly počty lékařů pracujících na těchto jednotkách, měnící se počet lůžek, a také lékařské personální zabezpečení těchto oddělení v přepočtu na 100 lůžek.

9.2.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Data byla zpracována především ze zdravotnických ročenek České republiky, Královéhradeckého a Pardubického kraje, mezi lety 1989-2017. Dále také z údajů České lékařské komory, webových stránek statistického úřadu, Ústavu zdravotnických informací a jiných.

9.2.3 Způsob vyhodnocení získaných dat

Byl proveden průzkum dat ze zdrojů ÚZIS a následná analýza vybraného vzorku. Data jsou prezentována formou tabulek a grafů, které byly vytvořeny v programu MS Excel, či byla zakomponována do textu.

10 Vybrané změny ve zdravotnictví v celé České republice mezi lety 1989-2017

10.1 Vývoj počtu hospitalizovaných v ČR

V České republice dochází ke zvyšování počtu přijatých pacientů do nemocnic. Jak je možné v tabulce vidět, potřeba hospitalizace stoupla za uplynulých 28 let o necelá 4 % (viz. Tabulka 1).

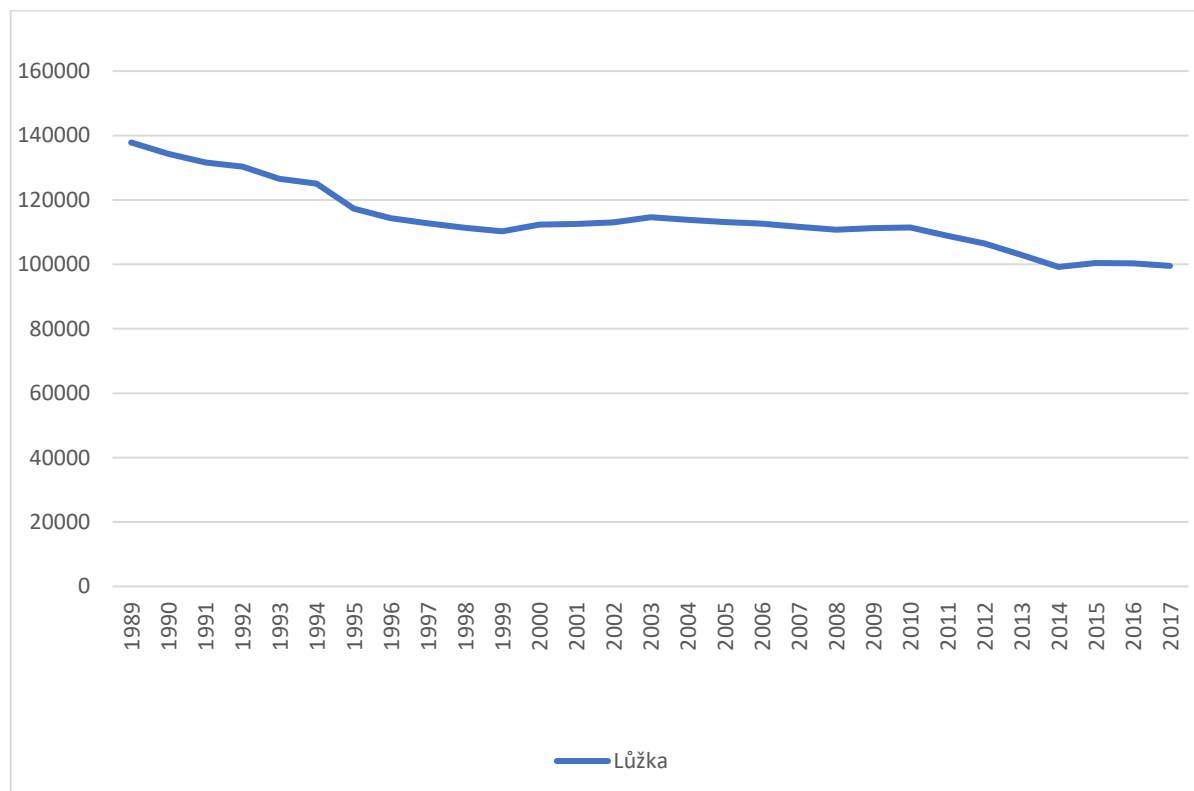
Sledovány jsou všechny hospitalizované osoby na území ČR, včetně cizinců, bezdomovců či novorozenců. V tomto počtu jsou zařazeni všichni hospitalizovaní pacienti ve sledovaném roce, bez ohledu na to, od kterého roku jsou hospitalizováni. (ÚZIS, 2016, s. 7)

Tabulka 1 Vývoj počtu hospitalizovaných pacientů v nemocnicích v ČR – desetiletá perioda (ÚZIS, 1989-2017)

Rok	Počet hospitalizovaných	Počet obyvatel v ČR	Počet hospitalizovaných v %
1989	1 809 311	10 362 000	17,46
1999	1 963 500	10 278 000	19,10
2009	2 164 714	10 507 000	20,6
2017	2 236 495	10 610 000	21,9

10.2 Vývoj počtu lůžek v ČR

I přes stoupající počet pacientů v nemocnicích, které je nutno hospitalizovat (viz. Tabulka 1), se postupně snižují počty lůžek (viz. Obrázek 5). V roce 1989 činil celkový počet lůžek v České republice více než 137 tisíc, kdežto v roce 2017 jich bylo téměř o třetinu méně a to 99 503.



Obrázek 4 Celkový počet lůžek v ČR mezi lety 1989-2017 (ÚZIS, 1989-2017)

Zvýšená potřeba hospitalizace může být způsobena také zvýšením počtu jednodenních pobytů v nemocnici, čemuž napovídá i snižování průměrné doby pobytu v nemocnicích. V ČR je průměrný počet příjmů k hospitalizaci 22 na 100 obyvatel, průměr EU je 18. (Centrum EP, 2009, s. 51)

10.3 Vývoj ošetrovací doby pacientů na lůžku v nemocnicích

Ve všech evropských zemích dochází ke snižování průměrné ošetrovací doby v nemocnici. V Evropě, naši republiku nevyjímaje, se objevil trend přesunu pacientů do specializovaných ošetrovatelských zařízení. Také ošetrování v domácím prostředí zažívá velký rozkvět. Dalšími příčinami zkracování doby pobytu v nemocnicích může být vznik a vývoj nových

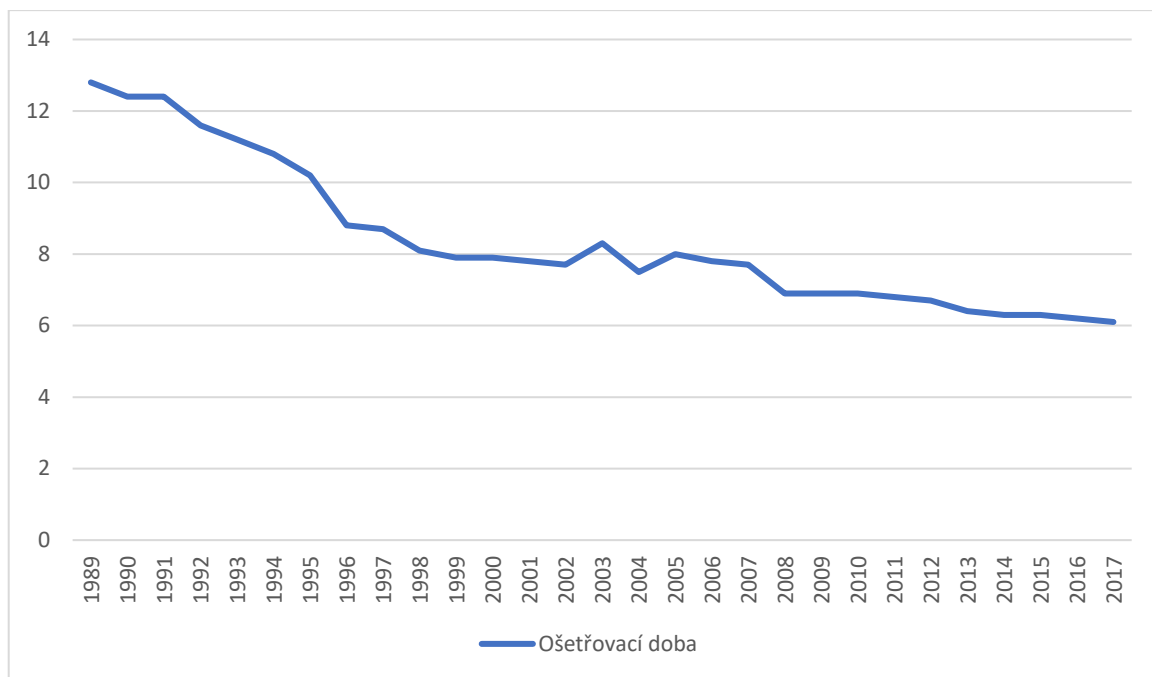
technologických možností, či v některých případech i např. změna úhradových mechanismů v nemocničním sektoru. (Centrum EP, 2009, s. 51)

Podle statistik za rok 2016 Česká republika dosahuje nejvyšší hodnoty ze všech členských zemí EU (9,8 dne) a pohybuje se nad úrovní průměru EU (9,2 dny). Pro srovnání délku pobytu na lůžku měly taktéž vysokou i Chorvaté (9,3), Francouzi (9,1) a Němci (9). Nejkratší dobu strávili v lůžkové péči v nemocnicích Nizozemci (4,5 dne), nicméně nizozemské úřady do statistiky nezahrnují zařízení LDN, dále Bulhaři (5,3 dne) a Dánové (5,5 dne). Statistika ovšem nepracuje se srovnatelnými údaji u jednotlivých zemí – zatímco české nemocnice byly hodnoceny včetně dlouhodobých hospitalizací, některé země naopak poskytly pouze údaje o akutní péči nebo nezahrnovaly psychiatrickou či následnou péči.

Dále je také důležité vzít v úvahu, že větší vypovídací hodnotu, než matematický průměr má medián, tj. nejčastější hodnota. Data se liší i v jednotlivých statistikách, podle Ústavu zdravotnických informací například dosahovala průměrná doba hospitalizace Čechů včetně psychiatrické a následné péče 6,6 dní. V záznamech ze zdravotnických ročenek ČR za rok 2016 je dokonce uvedena hodnota 6,2 dne. (Kašpárková, 2019)

Z údajů zdravotnických ročenek ÚZIS od roku 1989 do roku 2017 vyplývá, že průměrná ošetrovací doba pacienta v nemocnici, a to jak akutní, tak i následné péče klesla, a to více než polovinu, z 12,8 na 6,1 dne (viz Obrázek 6).

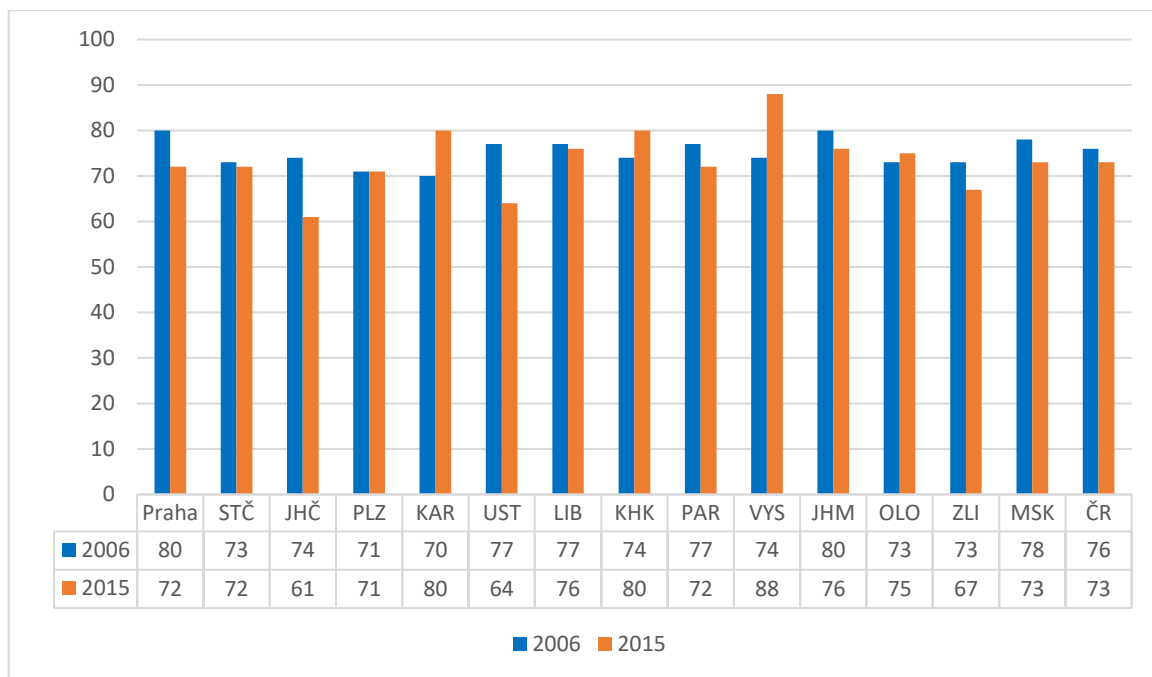
Délka a nejčastější příčiny hospitalizace se každý rok mění. Například v roce 1999 byla nejdelší ošetrovací doba u kožních onemocnění a duševních poruch, nejkratší naopak u nemocí oka. (ÚZIS, 1999, s. 41) Roku 2001 byli lidé nejčastěji hospitalizováni z důvodu nemocí oběhové soustavy, nemocí trávicí soustavy a pro nádorová onemocnění. (ÚZIS, 2001, s. 16)



Obrázek 5 Vývoj průměrné ošetrovací doby v ČR (ÚZIS, 1989-2017)

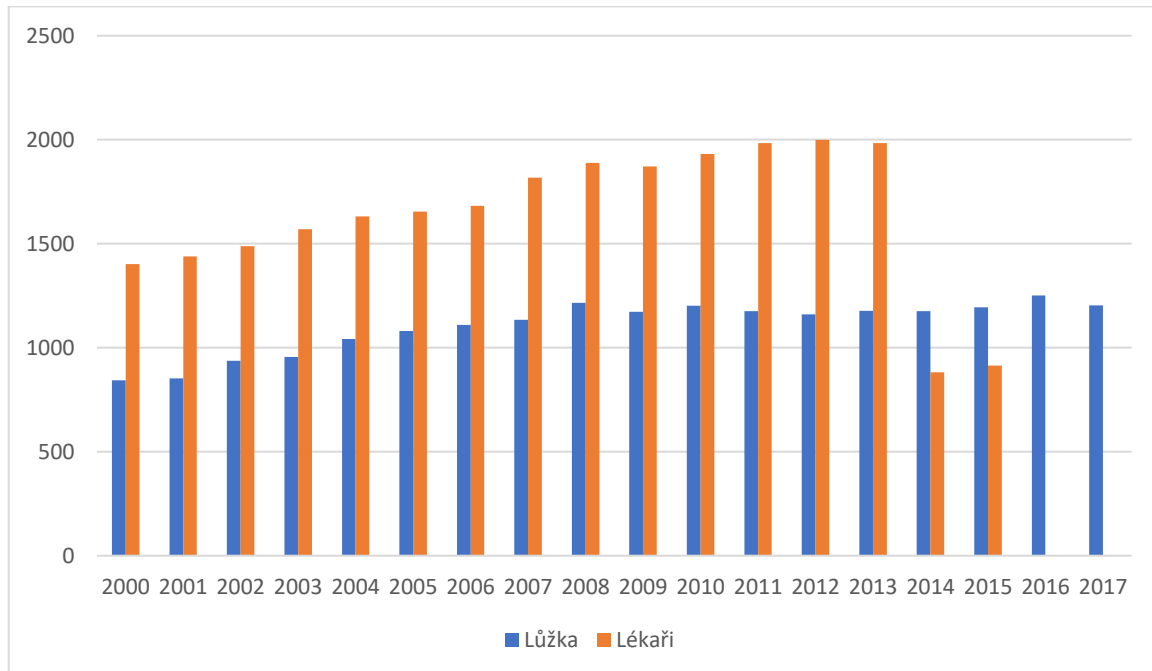
10.4 Vytíženost lůžek akutní péče

V zemích západní Evropy se od počátku 80. let vytíženost lůžek intenzivní péče stabilně udržuje na úrovni okolo 75 %. V zemích střední a východní Evropy, tedy včetně ČR docházelo od počátku osmdesátých let k výraznému poklesu hospitalizaci pacientů na akutních nemocničních lůžkách. V druhé polovině devadesátých let nastal růst a obloženost nemocničních lůžek se tak vyšplhala průměru EU, v roce 2006 dokonce až na 76 % (viz. Obrázek 7), v posledních letech se však udržuje stabilně mírně pod hranicí 75 %. Před rokem 2003 se tato hodnota v ČR pohybovala střídavě v intervalu 68-73 %. (Centrum EP, 2009, s. 51)



Obrázek 6 Využití intenzivních lůžek v %, dle krajů, bez rozlišení poskytovatele (ÚZIS – Lůžková péče 2016, Lůžkový fond 2015)

10.5 Vývoj počtu lůžek a lékařů na ARO a JIP v České republice



Obrázek 7 Vývoj počtu lékařů a lůžek na ARO a JIP v České republice

Celorepublikový trend v oblasti akutní lůžkové péče je pozvolné navyšování počtu lůžek na odděleních intenzivní péče a odděleních anesteziologicko-resuscitačních (viz. Obrázek 7).

V porovnání let 2000 a 2010, proběhl nárůst téměř o třetinu. Úměrně k tomu narůstal i počet lékařského personálu. V letech 2000-2013 se poměr lékař/lůžko pohyboval v nadprůměrných hodnotách, a to 1,6:1. Dle České lékařské komory je ideální poměr 1:1 (více uvedeno v odstavci 11.3). Naopak po roce 2013 klesl počet lékařů na podprůměrnou hodnotu, a to 0,75:1. V letech 2016-2017 nebyla data, o počtech lékařů, v ročenkách ÚZIS uvedena, proto nejsou do grafu zanesena.

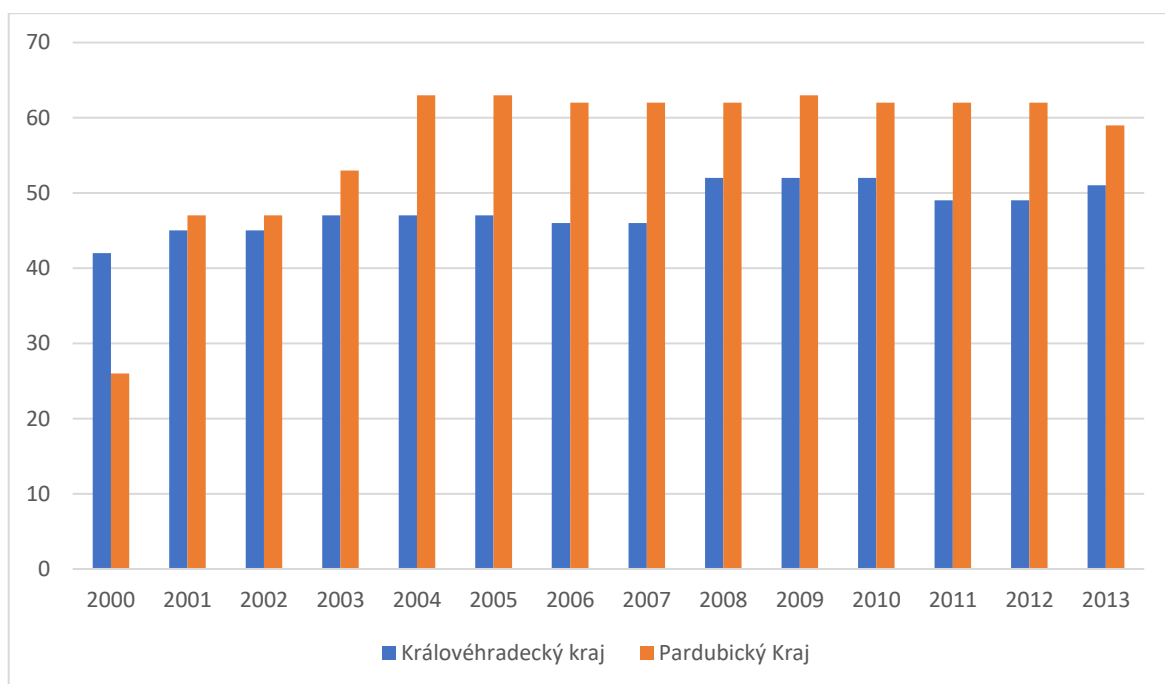
Vysoké počty lékařů mohou svědčit i pro fakt, že intenzivní medicína je pro mladé absolventy velmi populární, neboť jak uvádí ČSÚ průměrný věk lékařů v anesteziologii a resuscitaci (41), je jeden z nejnižších ze všech oborů. Následují obory jako je kardiochirurgie (41), neurochirurgie (42), traumatologie (42), pediatrie (42), či kardiologie (44). (ČSÚ, 2010, s. 70)

11 Změny na odděleních ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji

11.1 Vývoj počtu lůžek na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji

Počty lůžek na pracovištích urgentní medicíny Pardubického kraje se v roce 2001 výrazně navýšily (viz. Obrázek 8), další značný nárůst proběhl v roce 2004, a to o dalších 10 lůžek. V Královéhradeckém kraji docházelo také k navyšování počtu lůžek, avšak v pozvolnějším tempu.

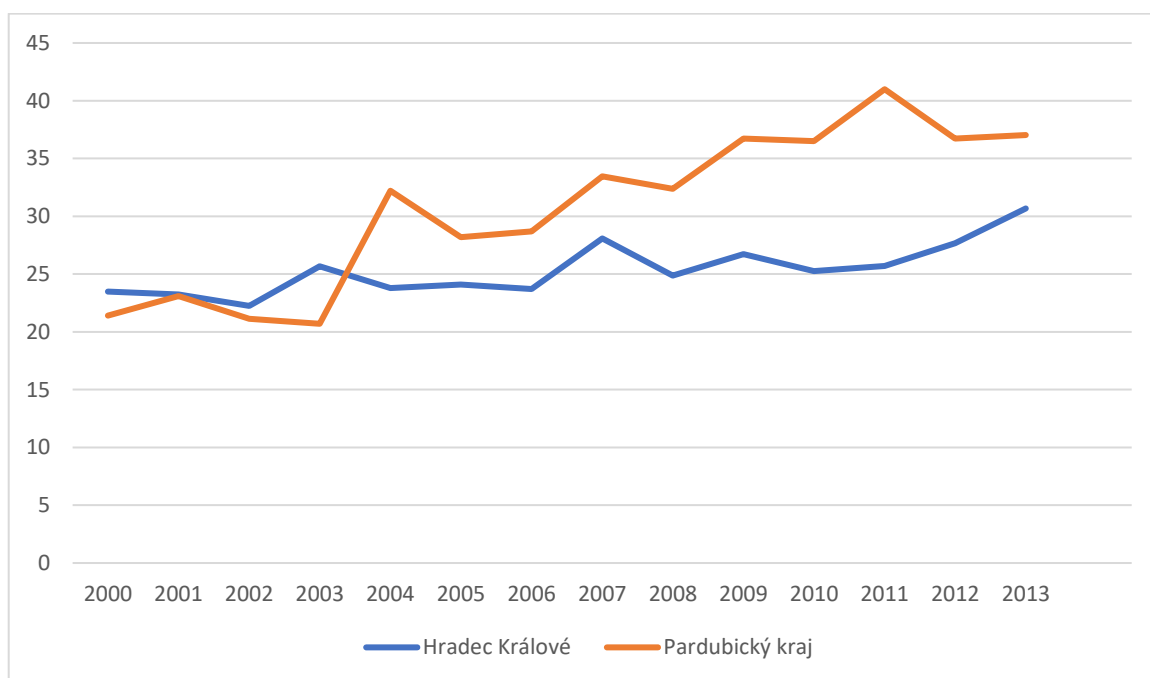
V roce 2010 došlo v kapacitě lůžkového fondu sítě zdravotních služeb Královéhradeckého kraje k významným změnám. Nevyužitá lůžka byla nahrazena potřebnými lůžky v rozvojových oborech, případně lůžky následné péče, která jsou v posledních letech nejvíce nedostatková. Tato změna se dotkla i lůžek intenzivní péče, ne však v tak velkém měřítku a pokles zde je tak téměř zanedbatelný. (Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje, 2011, s. 2) V roce 2008 byla obloženost lůžek na odd. ARO ve Fakultní nemocnici Hradec Králové 94,1 %, obsadilo tak první místo v žebříčku obsazenosti. Hned za ním v těsném závěsu bylo oddělení rehabilitační s 89,2 %. (Centrum EP, 2009, s. 51) Podle Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje by v rámci nemocnic ZHKHK by již nemělo docházet k dalšímu dramatickému snižování lůžkového fondu. Naopak se zde otevírá prostor pro jeho restrukturalizaci.



Obrázek 8 Počet lůžek na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (ÚZIS, 2000-2013)

11.2 Počty lékařů na odděleních intenzivní medicíny v Královéhradeckém a Pardubickém kraji

Počty lékařů pracujících u lůžek na odděleních ARO a JIP v Královéhradeckém i Pardubickém kraji se z dlouhodobého hlediska spíše zvyšují (viz. Obrázek 9), daří se tak, i když kolísavě, pokrývat potřeby spojené se zvyšujícím se počtem lůžek.



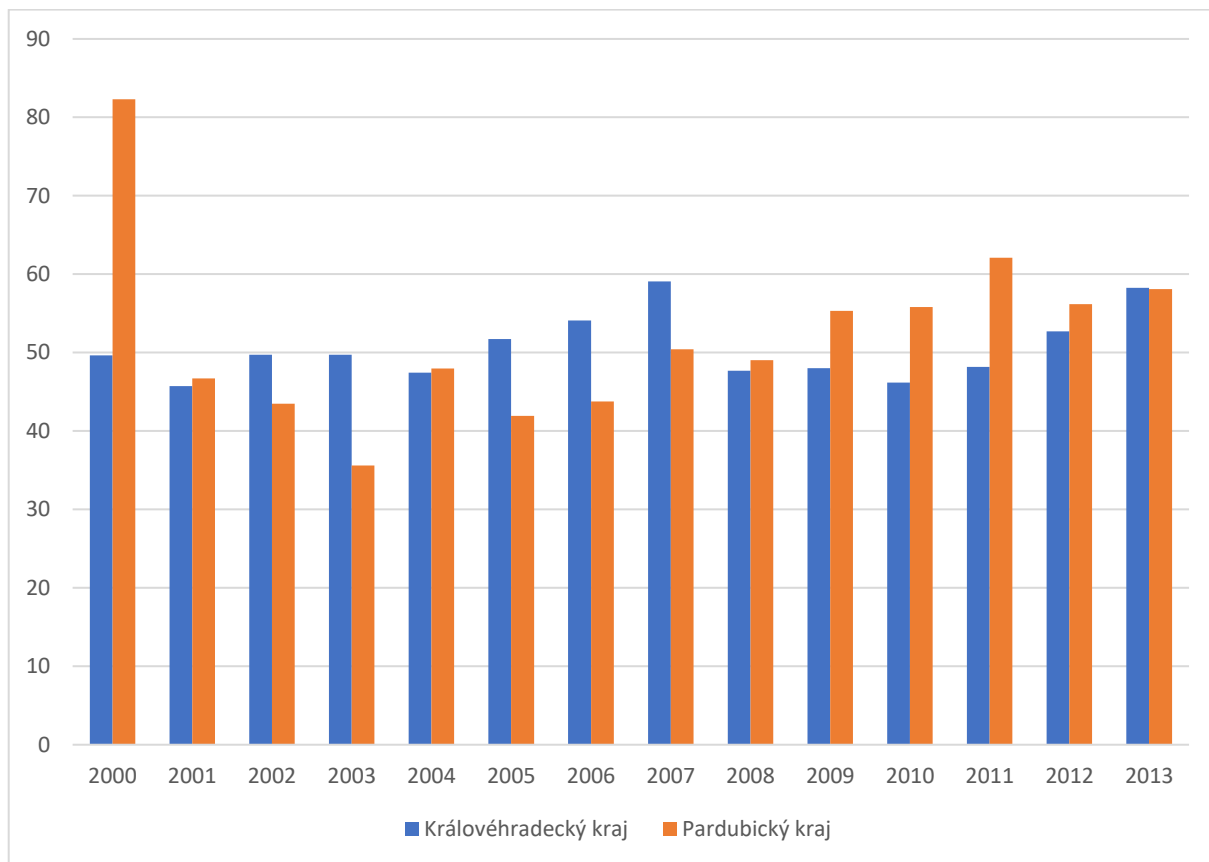
Obrázek 9 Počet lékařů na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (ÚZIS, 2000-2013)

11.3 Porovnání počtu lékařů k počtu lůžek na odděleních ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji

Česká lékařská komora vydala jako reakci prohlubující se nedostatek kvalifikovaného personálu svou vlastní publikaci „Doporučené personální vybavení zdravotnických zařízení“. V tomto personálním doporučení je uveden poměr potřebných lékařů na oddělení ARO vůči počtu lůžek 10:5. Oproti tomu na oddělení JIP je doporučený poměr počtu lékařů k počtu lůžek 5:10. Vzhledem k tomu, že v ročenkách není specifikována náročnost daných oddělení, byly proto tyto dva obory urgentní medicíny brány jako celek a použita jejich společná průměrná hodnota, která činí poměr 1:1. (Kubek, 2009, s. 6)

V roce 2000 se Pardubický kraj této „ideální hodnotě“ téměř přiblížil, a to s poměrem 83:100 (viz. Obrázek 10). Oproti tomu avšak, roku 2003 klesl poměr na 35,62:100 a to z důvodu navýšení kapacity o 10 lůžek. V Královéhradeckém kraji je křivka kolísavá, ale její hodnota se

se drží průměrně kolem 50:100. Což avšak z pohledu České lékařské komory je jen polovina lékařského personálu, kterým by měly intenzivní oddělení disponovat.



Obrázek 10 Počet lékařů na 100 lůžek na ARO a JIP v Královéhradeckém a Pardubickém kraji (ÚZIS, 2000-2013)

12 Diskuse

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na rozsáhlou oblast vývoje a tvorby sítě zdravotnických zařízení celé České republiky a blíže i Královéhradeckého a Pardubického kraje. Pokusila jsem se zmapovat mimo jiné změny lůžkového fondu nemocnic, v souvislosti s dalšími faktory, které by mohly mít vliv na kvalitu zdravotní péče.

V první části výzkumné práce jsem se zaměřila na vybrané ukazatele vývoje zdravotnické sítě v České republice. Mezi tyto faktory jsem zařadila vývoj počtu hospitalizovaných pacientů, který se mezi roky 1989 až 2017 zvedl o necelá 4 %. Dle ÚZIS však běžné statistiky vykazují několik zásadních omezení, například evidují nikoliv počet hospitalizovaných, ale počet případů hospitalizace (včetně přesunů mezi odděleními). (ÚZIS, 2004, s. 23) Zvyšující se počet hospitalizací shodně uvádí i bakalářská práce Daniely Černé, dle jejích závěrů je tento fakt jedním z hlavních faktorů ovlivňující lůžkový fond. (Černá, 2007, s. 26)

Dále jsem zpracovala údaje o proměnách počtu lůžek na území ČR. Z grafu je patrné, že i přes nárůst počtu hospitalizovaných pacientů celkové počty lůžek od roku 1989 systematicky klesají. Dle ÚZIS je však Česká republika v počtu nemocničních lůžek nad průměrem EU. Problém ovšem může představovat nedostatečný počet ošetrovatelských a sociálních lůžek, anebo také nedostatečně rozvinutá síť domácí péče. Výsledky atestační práce uvádí, že v České republice je dlouhodobý nadbytek počtu lůžek akutní péče, ovšem lůžka následné péče jsou kriticky nedostatečná. (Kvapilová, 1998, s. 50) Vzhledem k tomu, že práce byla zhotovena před více než dvaceti lety, je možné říct, že tento problém je stále nedořešený. Jihomoravský kraj si nechal zpracovat podrobnou analýzu vytíženosti lůžek jihomoravských nemocnic. Výsledky ukázaly, že nemocní, kteří již nevyžadují intenzivní péči čekají z důvodu nedostatku lůžek na přemístění do léčebny dlouhodobě nemocných i celý rok. Kapacity nejsou přizpůsobeny stárnoucí populaci a čekací doby jsou příliš dlouhé. Jen v Jihomoravském kraji chybí stovky lůžek pro dlouhodobě nemocné. (Horáková, 2018)

Mezi další faktor zobrazující rychlost vývoje a modernizace jsem zařadila ošetrovatelskou dobu na lůžku, tj. kolik průměrně dní stráví pacient při hospitalizaci na lůžku. Tento údaj se velmi liší podle toho, kdo data zpracovává, a především záleží jaké typy péče do hodnoty průměru zahrnuje. Podle údajů ze statistického úřadu Evropské unie (Eurostat) se Češi řadí mezi země s nejdelsí ošetrovací dobou na lůžku. Ovšem podle údajů z ÚZIS, ze kterého jsem data zpracovávala já, je ošetrovací doba o celé 3 dny kratší, než jak uvádí Eurostat. (Kašparová, 2009) Hruboš (2020, s. 58) ve své diplomové práci uvádí, že průměrná délka pobytu pacienta

na lůžku se liší také typem nemocnice. Okresní nemocnice mají v průměru přibližně o dva dny kratší ošetrovací dobu pacienta na lůžku než nemocnice fakultní. Dále také velmi záleží, zda má pacient komplikace či nikoliv. Ošetrovací doba pacienta s vážnými komplikacemi je až trojnásobně vyšší než pacienta bez komplikací.

Graf 7 zobrazuje vývoj počtu lůžek a k nim počty lékařů na odděleních intenzivní péče. Patrný je rovnoměrný nárůst lůžek, a do roku 2013 i růst nadprůměrného počtu lékařů. Od roku 2014 však spadl počet lékařů na těchto odděleních na polovinu. Možným důvodem tohoto poklesu by mohly být i tehdejší masové odchody převážně mladých lékařů do zahraničí, a to kvůli lepším pracovním podmínkám a výrazně vyšším platům. V roce 2018 vyšlo z lékařských fakult 1420 absolventů, ovšem zhruba 20 % vůbec nenastoupí do českého zdravotnictví. České zdravotnictví je určitě i z tohoto důvodu stále více závislé na práci cizinců. Ani výhledy do budoucna nejsou o moc růžovější, všeobecně pracující lékaři v České republice stárnou, jak uvádí Česká lékařská komora. (Kubek, 2009, s.1) Zatímco v roce 2000 bylo 67 % pracujících lékařů mladších padesáti let, tak se jejich podíl v roce 2007 snížil již na pouhých 56 %. Podíl starších pracujících lékařů starších šedesáti let se naopak v uvedeném období zvýšil z 11,5 % na 16 %. Průměrný věk praktického lékaře tak již v roce 2006 překročil hranici 52 let. Bylo by vhodné například zaměřit se na lékaře již v raném počátku, a to využitím potenciálu českých studentů, kterých se na medicínu stále hlásí obrovské množství, ale většině je odepřena možnost studia kvůli omezeným kapacitám fakult. (Dušek, 2019, s.1)

Graf ukazující vytíženost akutních lůžek porovnává rok 2006 a 2015. Vytíženost v jednotlivých krajích je velmi proměnlivá, ovšem výsledný průměr v celé České republice se liší jen nepatrně. V roce 2006 to bylo 76 %, zatímco v roce 2015 celých 73 %, pohybujeme se tedy velmi blízko průměru EU. Pudichová (2015, s. 65) ovšem ve své diplomové práci uvádí, že optimální využití lůžkového fondu je 85-95 %. Pokud je využití menší než 85 %, je lůžek více, než je potřeba. Naopak využití více než 92 % nasvědčuje, že je akutní lůžkový fond nedostačující nebo je špatně strukturovaný.

V druhé části výzkumné práce jsem se věnovala porovnání dvou krajů, a to Královéhradeckému a Pardubickému. Zaměřila jsem se na konkrétně na oddělení intenzivní péče ARO a JIP. Zkoumaným obdobím byly v tomto případě roky 2000-2013 z důvodu validity dat, neboť ostatní ročníky zdravotnických ročenek vydávané ÚZIS nebyly rozdělené na jednotlivé kraje.

U těchto dvou krajů jsem nejprve porovnávala vývoj počtu lůžek na odd. ARO a JIP. U obou krajů měl graf spíše vzrůstající tendenci. V Pardubickém kraji došlo k velkému navýšení počtu lůžek v první třetině sledovaného období a pak již navyšování stagnovalo. V Královéhradeckém kraji probíhalo navyšování pozvolna a spíše rovnoměrně s malým propadem v poslední třetině období. Oba kraje tedy mají počty intenzivních lůžek víceméně stabilizované. V porovnání například s krajem Moravskoslezským, pro který odbor zdravotnictví v roce 2018 vypracoval návrh „Optimalizace struktury poskytované zdravotní péče“, z něž je patrné, že se kraj chystá snižovat počty akutních lůžek a nahrazovat je lůžky péče následné, čímž reaguje na dlouhodobé nedostatky těchto lůžek. (Odbor zdravotnictví, 2018, s. 3-22)

Jako druhý zkoumaný faktor jsem si vybrala měnící se počet lékařů pracujících na odděleních intenzivní péče v Královéhradeckém a Pardubickém kraji. Křivky obou krajů prokazovaly stoupající charakter, až na malé výkyvy tak oba kraje vcelku dobře reagují na zvyšující se počty lůžek na těchto odděleních.

Poslední graf zobrazuje počet lékařů na sto lůžek. Doporučená hodnota Českou lékařskou komorou je 1:1 (lékař:lůžko). V roce 2000 se této hodnotě nejvíce přiblížil Pardubický kraj, v ostatních letech jsou ovšem oba kraje na polovině požadovaného počtu.

13 Závěr

Od roku 1989 se zdravotnická síť v České republice vyvíjí velmi rychlým tempem. Přibývá mnoho nových oborů a nezanedbatelná je i rychlost vývoje moderních technologií. S tím ale přibývá související zvyšující se nároky na zdravotnický personál, a to ať už v oblasti kvalifikace, kompetencí či osobnostních vlastností.

V první části mé bakalářské práce jsem stručně nastínila historii královéhradecké nemocnice, která procházela vývojem od dřevěné boudy, mnoha výstavbami a několika stěhováními až ke komplexní fakultní nemocnici, jak ji známe dnes. Z historie zdravotnictví v Pardubickém kraji jsem si vybrala vojenskou nemocnici tzv. Karanténu, která fungovala za první světové války a mohla se pyšnit rozsáhlým komplexem s více než stovkou budov.

Dále jsem v práci popsala utváření a vývoj sítě zdravotnických zařízení na území ČR. Uvedla jsem důležité informace hrající podstatnou roli v tvorbě sítě a podstatné mezníky daných období. Poté jsem nastínila změny, které proběhly po roce 1989, zaměřila jsem se na charakteristické rysy jednotlivých let, které ovlivňovaly vývoj sítě zdravotnických zařízení.

Systémové rozdělení péče přináší řád, který člení péči podle účelného a hospodárného zaměření, a z něj vyplývající dostupnosti a spotřeby. Hlavních faktorů ovlivňující dostupnost péče není malé množství, ale i tak se České republice vcelku obstojně daří pokrýt dostupnost zdravotnické sítě pro občany. Jedním z důvodů může být i fakt, že v ČR je poměrně vysoká hustota zalidnění.

Počet hospitalizovaných pacientů v nemocnicích každým rokem stoupá, ovšem celkové počty lůžek mají výrazně klesající tendenci. Oproti tomu ale od roku 1989 klesla průměrná ošetrovací doba pacientů na lůžku, a to více než na polovinu. Vytíženost akutních lůžek je v jednotlivých krajích velmi kolísavá a mění se každým rokem. Celorepublikově se však drží u průměru podobného standardu v EU. Počty těchto lůžek mají kolísavě zvyšující se tendenci. Lékařů sloužících u nich bylo až do roku 2013 nadprůměrné množství, po tomto roce ovšem nastal prudký pokles, a to až na polovinu. Akutních lůžek je tedy dostatečné množství narozdíl od lůžek následné péče, u kterých by pro nedostatek mohl nasvědčovat demografický vývoj naší republiky a také nedostatečná reakce zdravotnických zařízení.

V Pardubickém kraji nastal růst počtu akutních lůžek po roce 2003, za pouhé 2 roky vzrostl o 16 lůžek. V dalších letech se již počty výrazně nezměnily a křivka se tak drží v rovnoběžné hladině. V kraji Královéhradeckém byl vývoj počtu rovnoměrný. Oba kraje měly tendence změny počtů lůžek vyrovnávat úměrným zvyšováním počtu lékařů na těchto odděleních. Ani

jednomu z krajů se ovšem nepodařilo dosáhnout poměru doporučeným Českou lékařskou komorou. Zvýšení počtu lékařů na tuto hranici, či alespoň udržení si stávajících lékařů adekvátním ohodnocením jejich práce a zlepšením pracovních podmínek, by ale nemuselo být jediným řešením, jak částečně vyřešit problém s přepracovaností a nedostatkem lékařského personálu. Další možností, jak ulehčit práci nejen lékařům, ale také sestřám, by mohlo být například snížení počtu dokumentací a ulehčit jim tak od přebytečného papírování. Následně by jim pak zbývalo více času na pacienty samotné a tím by se tak zvýšila kvalita péče.

14 Použitá literatura

BARTŮNĚK, Petr a Dana JURÁSKOVÁ. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-274-4343-1.

ČERNÁ, Daniela. *Vývoj a faktory ovlivňující tvorbu sítě lůžkových zařízení v ČR* [online]. Praha, 2007, s.26. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze Fakulta financí a účetnictví. Vedoucí práce Ing. Alena Maaytová, Ph.D.

ČESKO. Vyhláška č. 242/1991 ministerstva zdravotnictví České republiky ze dne 3. května 1991 o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 1991, § 11. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-242>

ČESKO. Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, § 5-9. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/KvalitaABezpecni/Soubor.ashx?souborID=23721&typ=application/pdf&nazev=Z%C3%A1kon_%C4%8D._3722011_Sb.,_o_zdravotn%C3%ADch_slu%C5%BEb%C3%A1ch_a_podm%C3%ADnk%C3%A1ch_jejich_poskytov%C3%A1n%C3%AD1.pdf

ČSÚ. *Sít' zdravotnických zařízení* [online]. 2010 [cit. 2020-06-16]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20534970/w-331510a4.pdf/82a0db4d-cc9c-490c-b802-7c9825b6f6b7?version=1.0>

Další možnosti optimalizace lůžkového fondu v Královéhradeckém kraji [online]. Hradec Králové: Zdravotnický holding Královéhradeckého kraje, 2011 [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepc/koncepc-zdravotnictvi-kralovehradeckeho-kraje-2011-2015-58553/>

DARMOPILOVÁ, Zuzana. *Vliv zájmových skupin na reformu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. s. 41, ISBN 80-210-5406-9

Druhy zdravotní péče. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2012 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

DOUBEK, Zdeněk. *Kapitoly z historie zdravotnictví v Hradci Králové. Od středověku do vzniku Nové nemocnice*. Dvůr Králové nad Labem: ATD Miloslav Všečetka, 2013. ISBN 978-80-86358-18-5

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Nakladatelství Oeconomica, 2005, s. 186-190, ISBN 80-245-0998-9

DUŠEK, Ladislav. *Úvazků lékařů přibylo, odchody do důchodů ale zesilují* [online]. Brno: Mladá fronta, 2019, s.1 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/uzis-uvazku-lekaru-pribylo-odchody-do-uchodu-ale-zesiluji/>

FULÍK, Jan. *Základy intenzivní péče-chirurgie* [online]. Chirurgická klinika 1. LFUK a nemocnice na Bulovce, 2017, s. 3 [cit. 2020-05-20]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/vzdelavaci-akce/dokumenty/9607-zaklady-intenzivni-pece-chirurgie-03-2017.pdf>

GLADKIJ, I. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2., nezměn. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0176-2.

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-722-6996-8.

HALÍŘOVÁ, Martina. *Pardubická baráková nemocnice neboli karanténa*. *Xantypa* [online]. Xantypa Publishing, 2014, Speciální vydání [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <http://www.xantypa.cz/cislo-casopisu/prvni-svetova-valka/3251-3/pardubicka-barakova-nemocnice-neboli-karantena>

HOLUB, Jiří a Miloslava Chudobová et al. *Zdravotnická statistika a 45 let* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2005, s. 43 [cit. 2020-04-03]. ISBN 80-7280-432-4. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=206>

HORÁKOVÁ, Veronika. *Na volné lůžko v LDN čekají Jihomoravané až dva roky, ukázala analýza* [online]. Praha: MAFRA, 2018 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/brno/zpravy/nemocnice-luzka-jizni-morava-analyza-ldn.A180914_427008_brno-zpravy_krut

HRUBOŠ, Pavel. *Vliv typu nemocnice na kvalitu poskytnuté péče* [online]. Praha, 2020, s.58. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze Fakulta managementu. Vedoucí práce Doc. Ing. Peter Pažitný, Ph.D., MSc.

HUŇÁČEK, Miroslav, Jan Řeháček, Jiří Klicpera a Lenka Klicperová. *Válečná nemocnice Karanténa*. AB – Zet Pardubicka, sešit 42, Klub přátel Pardubicka, 2007.

JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILCOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

JANOUSHOVÁ, Kristýna. *Praktický lékař jako článek ovlivňující náklady následné péče*. Praha, 2007, s. 13. Diplomová práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta managementu v Jindřichově Hradci. Vedoucí práce Ing. Lešetický Ondřej.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

KALUŽAY, Josef. *Úvod do nemocničnéj medicíny* [online]. Bratislava, 2018 [cit. 2020-05-20]. Vysokoškolské skriptá pre študentov lekárske fakult. Lekárska Fakulta Univerzity Komenského v Bratislave. Dostupné z: https://www.fmed.uniba.sk/fileadmin/lf/sluzby/akademicka_kniznica/PDF/Elektronicke_knihy_LF_UK/Uvod_do_nemocnicnej_mediciny_KaluzayJ_Signed.pdf.

KASALOVÁ-DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky

České republiky, 2010, s. 28-33 [cit. 2020-05-14]. ISBN 978-80-7280-900-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/vyvoj-zdravotnictvi-ceske-republiky-po-roce-1989>.

KAŠPÁRKOVÁ, Petra. *Pobyt Čechů v nemocnicích*. Echo24 [online]. ECHO MEDIA, 2019, [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://echo24.cz/a/SNEfa/cesi-zustavaji-v-nemocnici-nejdele-z-eu-rika-unijni-statistika-lekari-vsak-oponuji>

KAUCKÁ, Šárka. *Primární péče v ČR*. Praha, 2014 [cit. 2020-05-14]. Bakalářská práce. Bankovní institut vysoká škola Praha, Katedra podnikání a oceňování. Vedoucí práce MUDr. Andrea Suchánková.

Koncepce ošetrovatelství. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2004 [cit. 2020-05-27]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/koncepce-oseetrovatelstvi_3196_3.html

KORITENSKÁ, Pavla. *Zajímavosti z historie zdravotnictví v Hradci Králové*. Scan [online]. ATD Hradec Králové, 2005, 7(6), 22-23 [cit. 2020-05-13]. ISSN 1211–295X. Dostupné z: https://www.fnhk.cz/data/casopis/2005_6.pdf

KOŠTA, Oto. *Management ordinace úspěšného lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4422-3.

KUBEK, Milan. *Nedostatek lékařů v ČR již ohrožuje kvalitu zdravotní péče* [online]. Praha, 2009, s.1 [cit. 2020-06-22]. Dostupné z: [https://www.lkcr.cz/tiskove-zpravy-12.html?do\[loadData\]=1&itemKey=cz_82881](https://www.lkcr.cz/tiskove-zpravy-12.html?do[loadData]=1&itemKey=cz_82881)

KUBEK, Milan a Zdeněk MROZEK. *Nemocnice 21. století. Tempus Medicorum* [online]. 2009, 18(4), s. 6-7 [cit. 2020-05-20]. ISSN 1214-7524. Dostupné z: https://www.lkcr.cz/casopis-clk-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0

KVAPILOVÁ, Eva. *Lůžkový fond nemocnic ČR*. Praha, 1998. Atestační práce. Institut postgraduálního vzdělávání škola veřejného zdravotnictví. Vedoucí práce Doc. Ing. Ladislav Strnad CSc.

Lékárenství-lékařská péče. *Česká lékárnická komora* [online]. Praha, 2013, s. 2 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: [https://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Kdo-je-CLK/Koncepce-verejneho-lekarenstvi-\(1\).aspx](https://www.lekarnici.cz/O-CLnK/Kdo-je-CLK/Koncepce-verejneho-lekarenstvi-(1).aspx)

Ministerstvo zdravotnictví a financí zkontrolují dostupnost zdravotní péče. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2019 [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstva-zdravotnictvi-a-financi-zkontroluji-dostupnost-zdravotni-pece_17096_3970_1.html

MRAVČÍK, Viktor. Záchytné stanice v České republice v kontextu obdobných služeb o akutně intoxikované v Evropě. *Časopis lékařů Českých* [online]. 2013, 3, s. 130-133 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2013-3/download?hl=cs>

MÜLEROVÁ, Dana et al. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2014. ISBN 978-80-246-2510-2.

NEMEŠKALOVÁ, Adéla. *Dítě Raného věku s postižením v ústavní a náhradní rodinné péči*. Brandýs nad Labem, 2005, 23 s. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Fakulta pedagogická. Vedoucí práce PaedDr. Vanda Hájková, Ph.D.

Optimalizace struktury poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních zřizovaných a založených Moravskoslezským krajem [online]. Odbor Zdravotnictví, 2018, s. 3. [cit. 2020-06-18]. Dostupné z: <https://www.msk.cz/assets/zdravotnictvi/navrh-optimalizace-struktury-poskytovane-zdravotni-pece-ve-zdr-.pdf>

Optimalizace lůžkové péče v Královéhradeckém kraji [online]. Hradec Králové: Centrum EP, p.o., 2009, s. 51 [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <http://www.kr-kralovehradecky.cz/cz/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/koncepce-zdravotnictvi-kralovehradeckeho-kraje-2011-2015-58553/>.

PEŠORNA, Karel. Historie zdravotnické záchranné služby v ČR. *Fire history* [online]. 2014 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <http://www.firehistory.hasici-ct.cz/historie-zdravotnicke-zachranne-sluzby-v-cr/>.

PUDICHOVÁ, Hana. *Tvorba a dostupnost sítě zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí, optimalizace lůžkového fondu v Moravskoslezském kraji*. Olomouc, 2015, s. 15. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotních věd. Vedoucí práce Doc MUDr Václav Rýznar, CSc, MBA.

SKÁLA, Bohumil, Ondřej SLÁMA a Jiří VORLÍČEK, et al. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: Doporučený a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře* [online]. 1. vyd. Praha: Společnost všeobecného lékařství, 2011. 24 s. Dostupné z: https://www.paliativnimedicina.cz/sites/www.paliativnimedicina.cz/files/users/simicek/paliativni-pece-2011pro_pl.pdf. ISBN 978-80-86998-51-0.

STRNAD, Ladislav. Současné trendy ve vývoji nemocniční péče a financování nemocnic v evropských zemích. *Pro lékaře* [online]. MeDitorial, 2004, 84(5), 283-290 [cit. 2020-05-28]. ISSN 1805-4544. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2004-5/soucasne-trendy-ve-vyvojinemocnicni-pece-a-financovaninemocnic-v-evropskych-zemichoecd-24591>

SVOBODA, Jakub. *Vývoj hospodaření vybraných fakultních nemocnic v České republice*. Praha, 2012, s. 3. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze, Fakulta národohospodářská. Vedoucí práce Ing. Karel Zeman, CSc.

ŠEVČÍK, Pavel, Vladimír Černý, Jiří Vítovec et al. *Intenzivní medicína*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000, 2-4 s. ISBN 80-7262-042-8.

ŠÍDLO, Luděk et al. K otázce hodnocení dostupnosti zdravotní péče v Česku. *Časopis lékařů Českých* [online]. 2017, 156(1), s. 44 [cit. 2020-05-14]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-1/download?hl=cs>. ISSN 1805–4420

ŠÍDLO, Luděk et al. *Hodnocení a modelování dostupnosti primární zdravotní péče* [online]. Praha, 2017, s. 3 [cit. 2020-05-28]. Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/veda-a-vyzkum/vybrane-projekty/hodnoceni-a-modelovani-dostupnosti-primarni-zdravotni-pece-jako-klicoveho-aspektu-zdravotni-pece-v-cr/souhrnna-studie.pdf>

ÚZIS. *Lůžkový fond 2013* [online]. Praha, 2013 [cit. 2015-04-30]. ISSN 1211-0515. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/lupe2013.pdf>

ÚZIS. *Lůžkový fond 2015* [online]. Praha, 2016 [cit. 2015-04-30]. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/NZIS_REPORT_c_E4_luzkovy_fond2015.pdf

VEPŘEK, Jaromír, Pavel Vepřek a Jaroslav Janda. *Zpráva o léčení Českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-147-0347-5.

ZADÁK, Zdeněk et al. *Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0282-2.