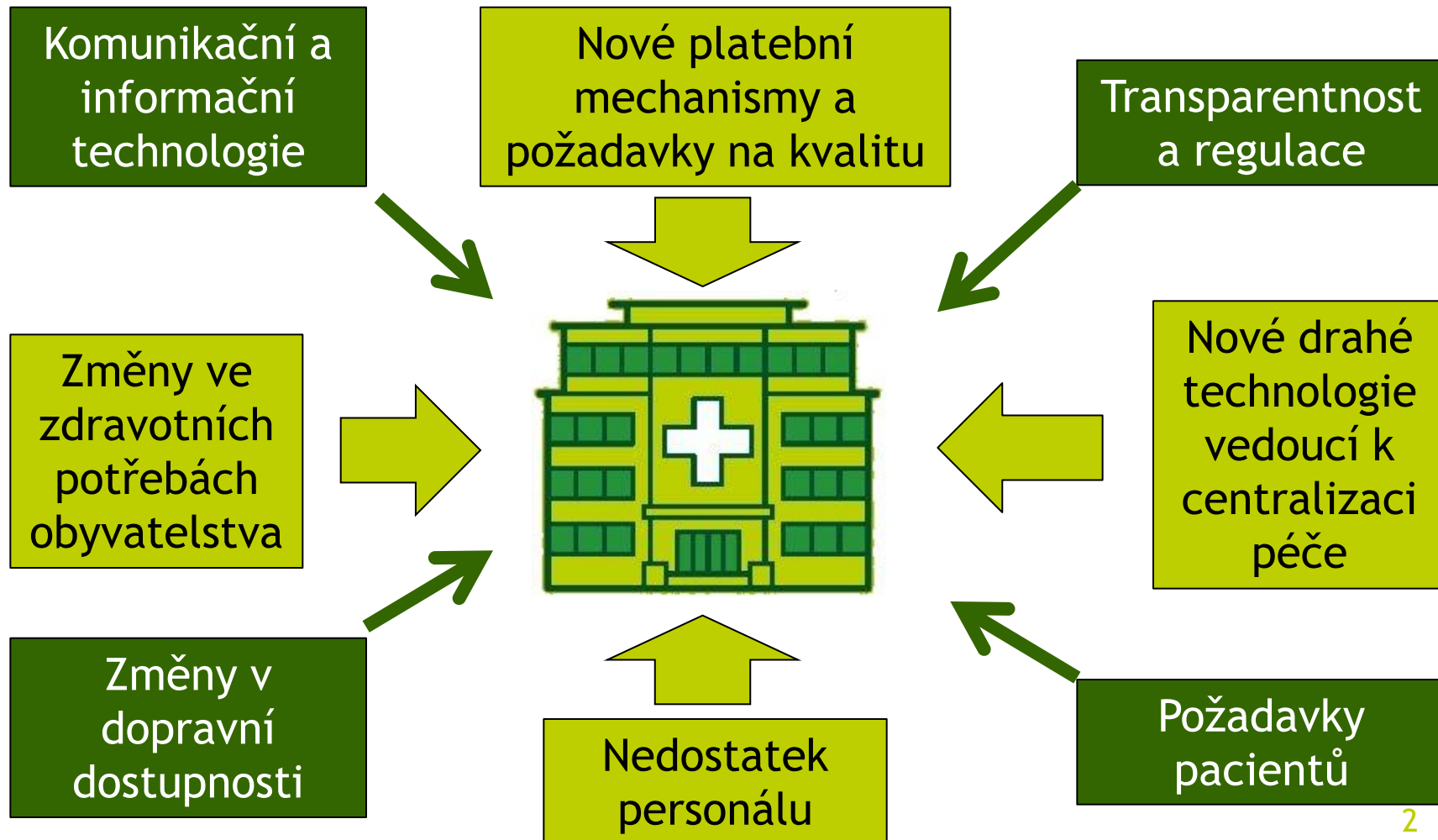

Budoucnost nemocniční sítě v České republice

Pavel Hroboň

Hospital Management, 21.11. 2019

Změnily se nemoci, medicína i svět - změnit se potřebují i nemocnice



Změny ve zdravotních potřebách obyvatelstva



- Hlavním problémem dneška jsou chronické nemoci. Umíme zmírnit jejich dopady a prodloužit život pacientů, ale neumíme je obvykle vyléčit
- Moderní medicína dokáže zázraky, ale příliš často jen za vysokých nákladů napravujeme komplikace, ke kterým vůbec nemuselo dojít
- Stárnutí obyvatelstva tuto situaci jen zvýrazní, navíc pro staré lidi je nemocnice obzvláště nevhodným místem
- Neplánované hospitalizace v důsledku dekompenzace chronické nemoci jsou považované za odvratitelné, tedy za chybu zdravotního systému

Nové medicínské technologie

- Invazívní kardiologie, iktová centra, traumacentra,...
- Jsou obvykle velmi drahé - proto musí být využity co nejdelší dobu. Pro urgentní pacienty musí být dostupné 24/7
- Vyžadují specializovaný personál, který se musí udržovat „v kondici“ poskytováním péče velkému množství pacientů
- Tyto důvody (ekonomické a kvality péče) vedou ke stále větší koncentraci specializované péče
- Nové technologie, například telemedicína, ale také umožňují omezení počtu hospitalizací, významné zkrácení doby hospitalizace, decentralizaci části specializované péče a přesun části dnešní ambulantní péče do domova pacientů

Požadavky na kvalitu péče

- ČR má v oblasti měření a zajištění kvality smíšené výsledky - plusem jsou akreditace nemocnic, iniciativy některých odborných společností a koncentrace vysoce specializované péče, minusem nedotažené pokusy o systematické sledování kvality běžné péče. Situaci ale může změnit iniciativa MZ, Kanceláře zdravotních pojišťoven a ÚZIS
- Nejvhodnějším začátkem je sledování počtů vybraných výkonů v jednotlivých nemocnicích - pro cca 50 zejména operačních zákroků existuje jasná evidence o potřebných minimálních počtech zajišťujících dostatečnou erudici. První zjištění jasně ukazují, že ve většině menších nemocnic (ale i v některých větších) nejsou tyto minimální počty dodržovány
- Minimální požadovaná množství výkonů jsou uplatňována v řadě zemí, včetně těch s pojišťovenským systémem (Německo, Rakousko, Holandsko, Švýcarsko)

Doporučené minimální počty vybraných výkonů v Holandsku



Oblast	Min. počet	Oblast	Min. počet
Pancreatic surgery	20 ¹³⁾	Gliomas	50 ³²⁾
Esophageal surgery	20 ¹⁴⁾	Head and neck cancer	200/80/50 ³³⁾
Hepatic and Biliary Tract Surgery	20 ¹⁶⁾	Breast cancer	50 ³⁴⁾
Lung surgery	50 / 20 ¹⁵⁾	Genitourinary tumours	
Gynaecology		Bladder cancer	20 ³⁵⁾
Gynaecological Tumours	200 ¹⁷⁾	Renal cell carcinoma	10 ³⁶⁾ / 20 ³⁶⁾
Cervical cancer	10 ¹⁸⁾ ; 20 ¹⁹⁾	Penile cancer	10 ³⁷⁾
Ovarian cancer	20 ²⁰⁾	Prostate cancer	20 ³⁸⁾
Vulvar cancer	20 ²¹⁾	Testicular cancer	5 / 10 ³⁹⁾
Soft tissue tumour surgery	10 ²²⁾	Bariatric surgery	200 ⁴⁰⁾
Melanoma		Ileone pouch	10 ⁴¹⁾
Inguinal lymph node dissection	10 ²³⁾	Endoscopy (by surgeons)	50
Isolated lymph node dissection	10 ²⁴⁾	Benign disorders of the upper gastrointestinal tract	20
Metastatic melanoma	20	Carotid interventions	20 ⁴³⁾
Neuroendocrine tumour	50 ²⁵⁾	Spinal surgery	20 ⁴⁴⁾
Thyroid cancer		Pelvic and acetabulum fractures	20
Surgery	20 ²⁶⁾	Surgery in children	
Iodine-131 administration	10 ²⁷⁾	Hernia inguinalis and testis disorders by children	20
Gastric surgery	20 ²⁸⁾	Hypertrophic pyloric stenosis by children	10
Colorectal surgery	50 ²⁹⁾	Congenital diaphragmatic hernia by children	10
Rectal surgery	20 ³⁰⁾	Anorectal malformations and morbus Hirschsprung	20
Adrenal gland surgery	10	Oesophagus atresia by children	10
Peritoneal metastasis	20 ³¹⁾	Biliary atresia and choleduscyste by children	10

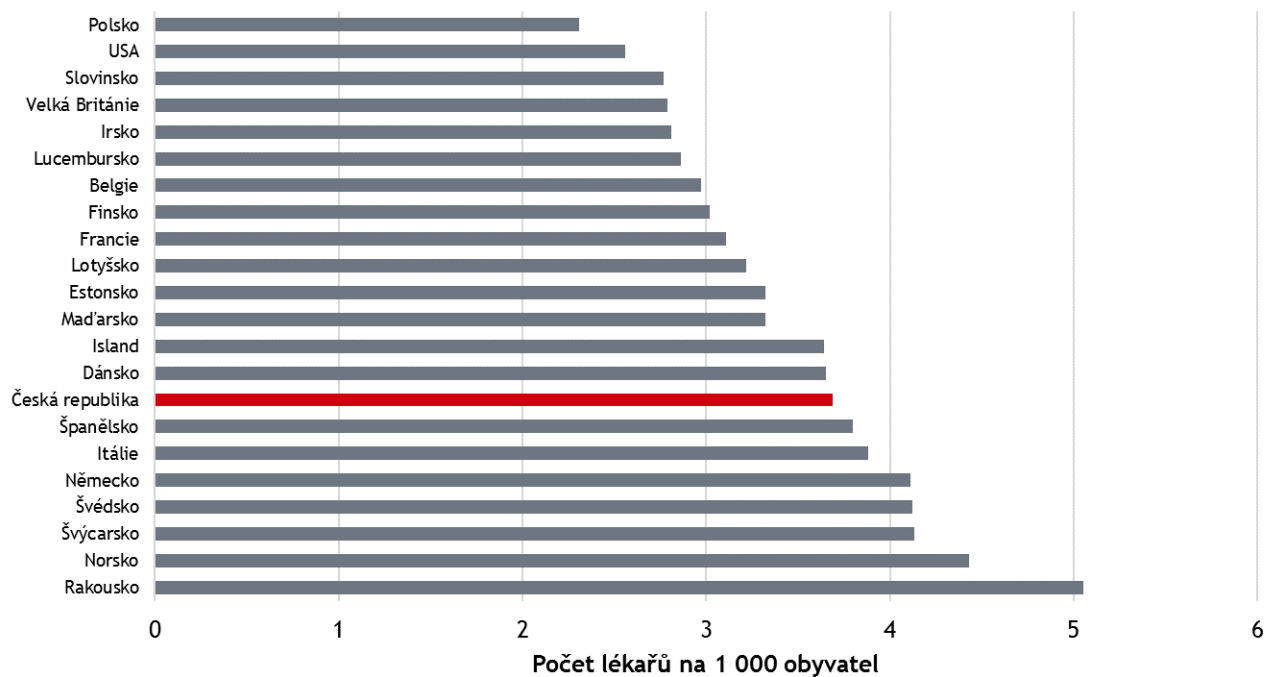
Prokázaný vztah kvalita - objem péče

GYN	Císařský řez	ORL	Chirurgická intervence pro nádor hlavy a krku
	Porod		Chirurgická intervence pro ORL nádor
	Laparoskopická hysterektomie		Totální tyreoidektomie bez sternotomie
	Abdominální hysterektomie		Totální nebo subtotální tyreoidektomie ze sternotomie
	Vaginální hysterektomie		Hemityreoidektomie
	Chirurgická intervence pro gynekologický nádor		Paratyreoidektomie
	Gynekologická chirurgická intervence	NCH	Transsfenoidální operace tumorů hypofýzy
	Onkogynekologická chirurgická intervence		Neurinom akustiku
	Urogynekologická chirurgická intervence		Supratentoriální nádor
CHIR	Resekce pankreatu	ORT	Totální endoprotéza kyčelního kloubu
	Ezofagektomie		Totální endoprotéza kolenního kloubu
	Gastrektomie		Revize endoprotézy kyčelního nebo kolenního kloubu
	Resekční výkon pro kolorektální karcinom		Totální endoprotéza ramenního kloubu
	Kolorektální resekce pro divertikulózu		Lumbální dekomprese
	Kolektomie		Chirurgická korekce idiopatické adolescentní skoliózy
	Pneumonektomie		Artroskopie
	Resekce plic		URO
	Velké zákroky hrudní chirurgie	Prostatektomie	
	Chirurgická intervence pro nádor hrudníku	Nefrektomie	
	Roboticky a videotorakoskopicky asistovaná lobektomie	Radikální cystektomie	
	Karcinom prsu	CCH	Revaskularizace DK pro aterosklerózu
	Resekce jater		Aneuryzma břišní aorty
	Bariatrický zákrok		Karotická endarterektomie
	Primární jednostranná inguinální hernie u mužů	KCH	CABG
	Cholecystektomie		Náhrada mitrální chlopně
	Cholecystektomie laparoskopická z nenádorových příčin		Náhrada aortální chlopně

Nedostatek odborného personálu

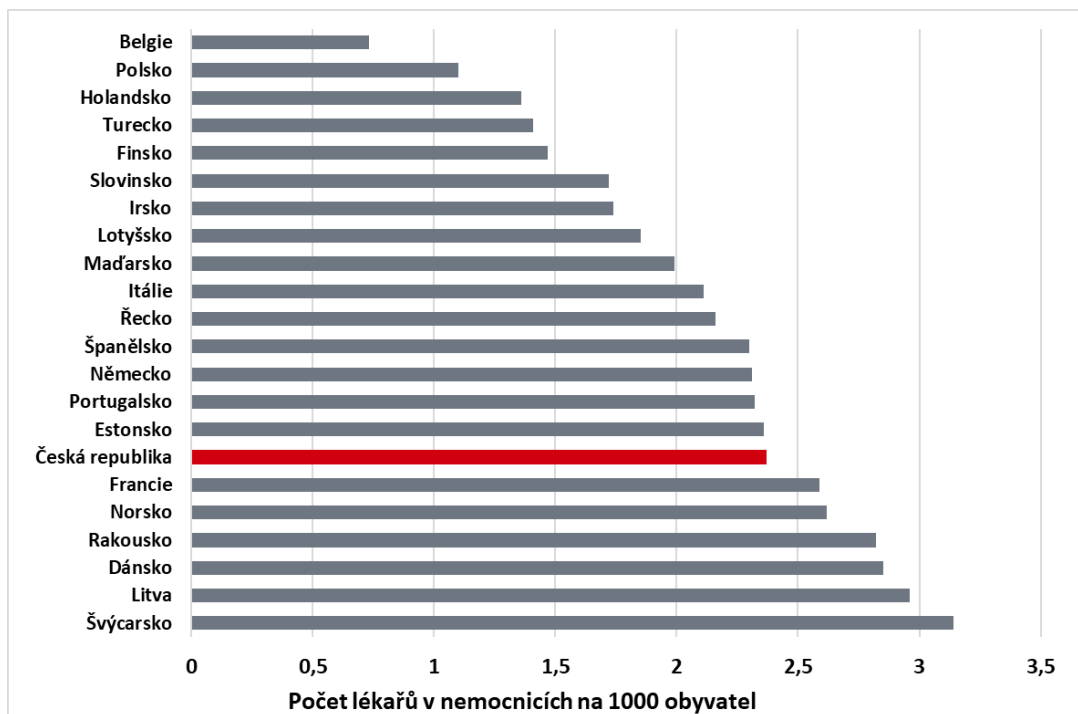
- Nedostatek odborného personálu je zásadním problémem většiny zdravotních systémů v rozvinutém světě
- Mezinárodní srovnání ale ukazují, že v ČR není absolutní nedostatek lékařského ani sesterského personálu, jen ho nedokážeme dobře využívat
- Akutním problémem je nedostatek personálu v nemocnicích, nedostatek v ambulantní péči ale také má a bude mít významný dopad nejen na dostupnost péče, ale i na roli nemocnic
- Nedostatek personálu není plně řešitelný ani zvyšováním platů ani zvyšováním počtů studentů, nutné jsou změny v organizaci práce a struktuře poskytovatelů

Praktikující lékaři na 1 000 obyvatel



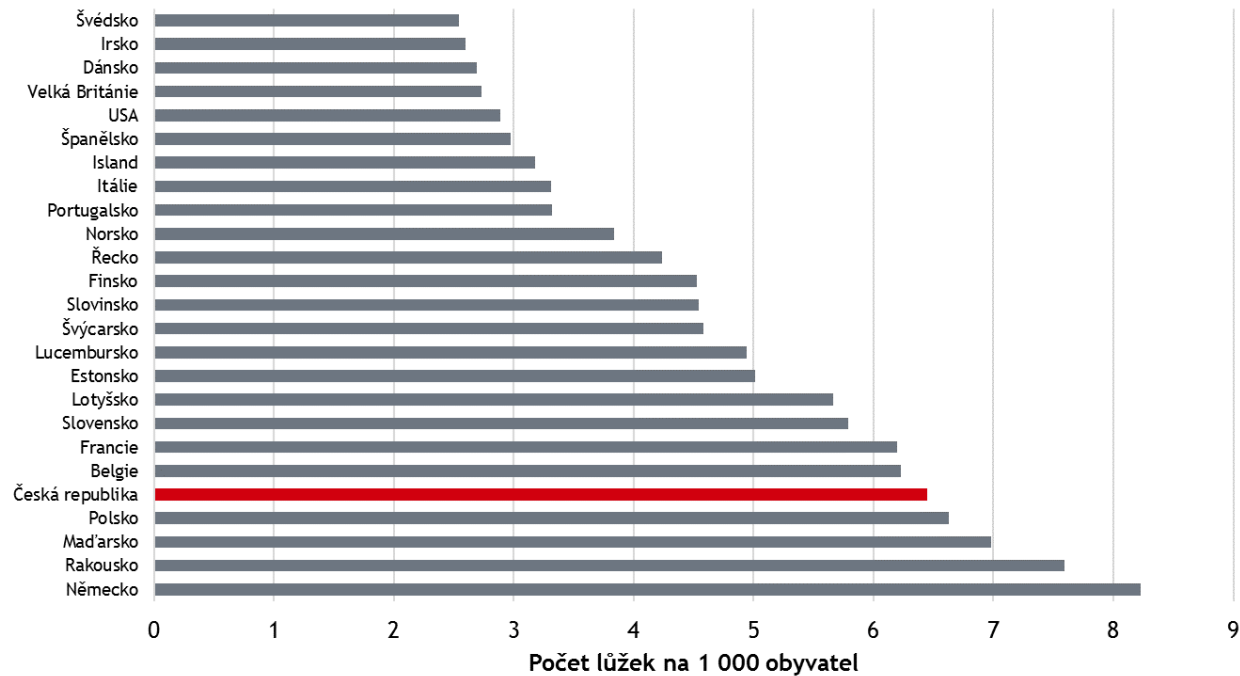
Zdroj: OECD Health Data, aktualizováno 2019 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Lékaři v nemocnicích na 1000 obyvatel



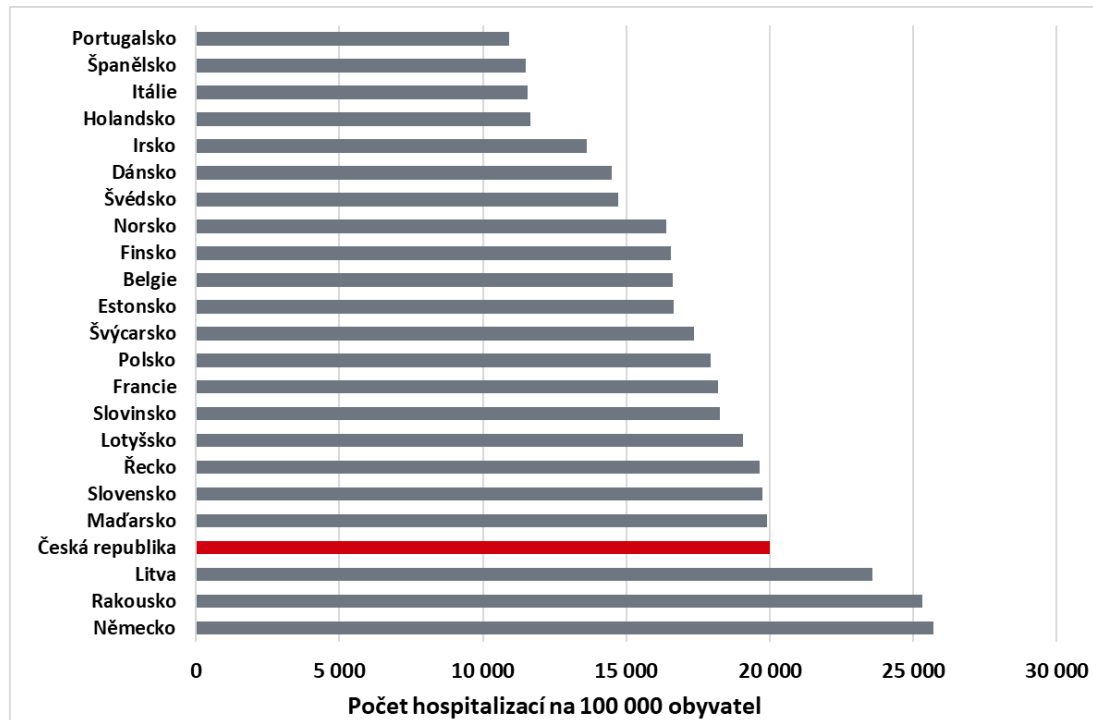
Zdroj: OECD Health Data, aktualizováno 2019 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Nemocniční lůžka na 1 000 obyvatel



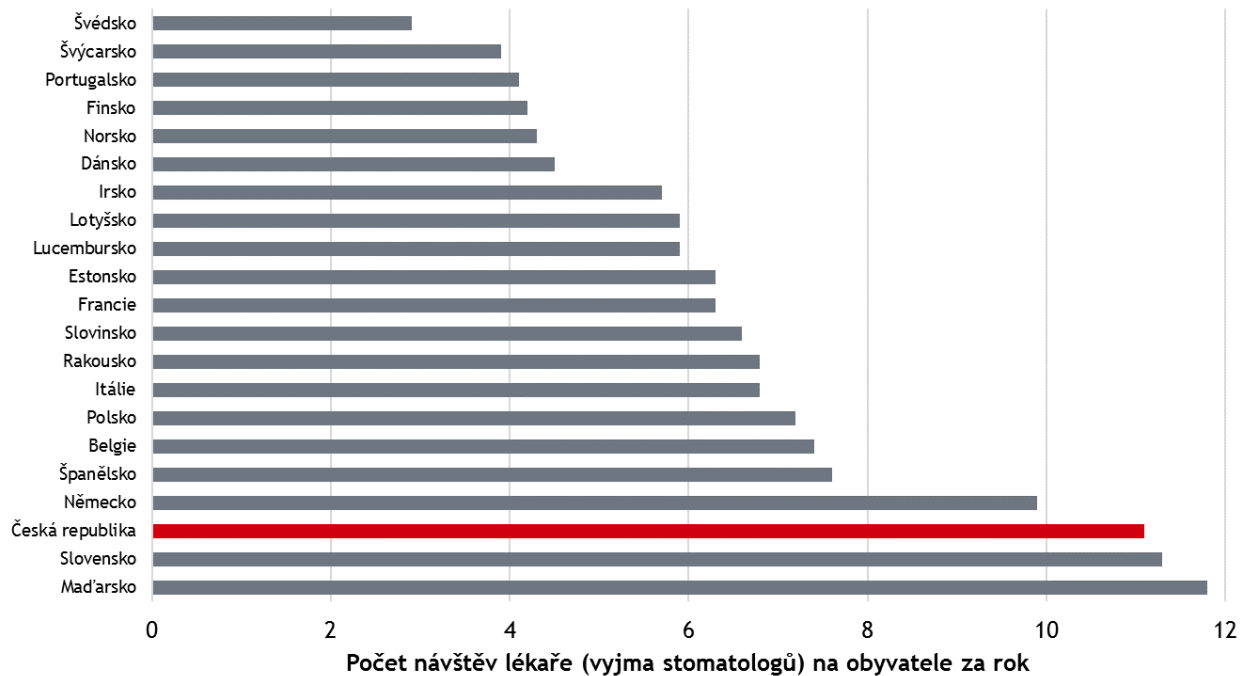
Zdroj: OECD Health Data, aktualizováno 2019 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Počet hospitalizací za rok na 100 000 obyvatel



Zdroj: OECD Health Data, aktualizováno 2019 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

Počet návštěv lékaře za rok



Zdroj: OECD Health Data, aktualizováno 2019 http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

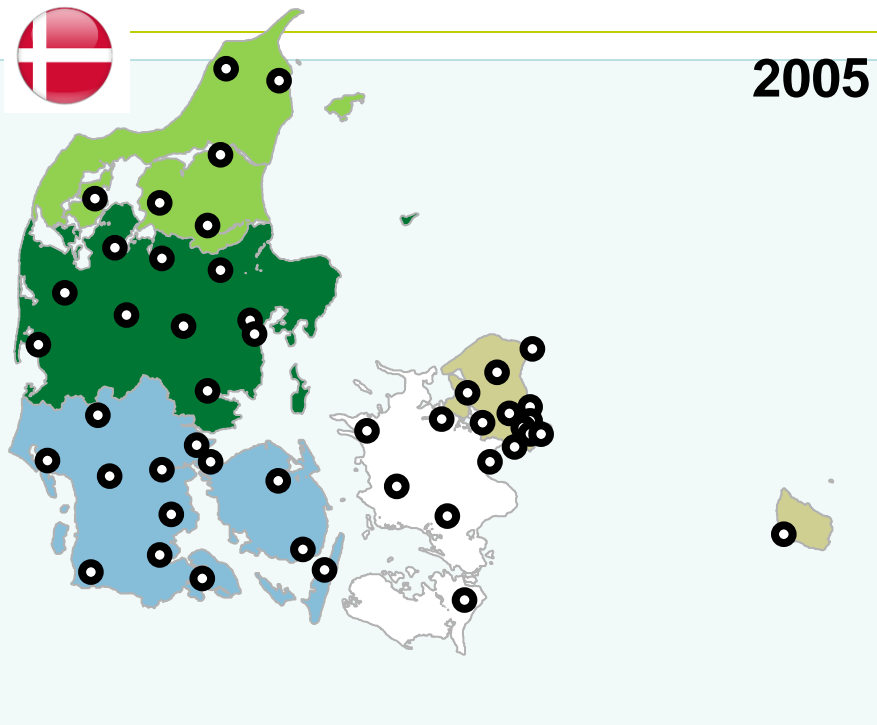
Přehled průměrného věku ambulantních lékařů dle odborností

Odbornost	Průměrný věk
002 – praktické lékařství pro děti a dorost	57,0
501 – chirurgie	56,7
101 – vnitřní lékařství – interna	54,9
001 – všeobecné praktické lékařství	54,8
109 – revmatologie	54,7
201 – rehabilitační a fyzikální medicína	54,5
205 – pneumologie a ftizeologie	54,5
603 – gynekologie a porodnictví	54,4
207 – alergologie a klinická imunologie	54,4
701 – otorinolaryngologie	54,4
606 – ortopedie	53,8
404 – dermatovenerologie	53,5
209 – neurologie	53,1
103 – diabetologie	52,6
305 – psychiatrie	52,1
706 – urologie	51,6
705 – oftalmologie	50,9
014 – klinická stomatologie	49,3
108+128 – nefrologie + hemodialýza	48,1
902 – fyzioterapeut	42,6

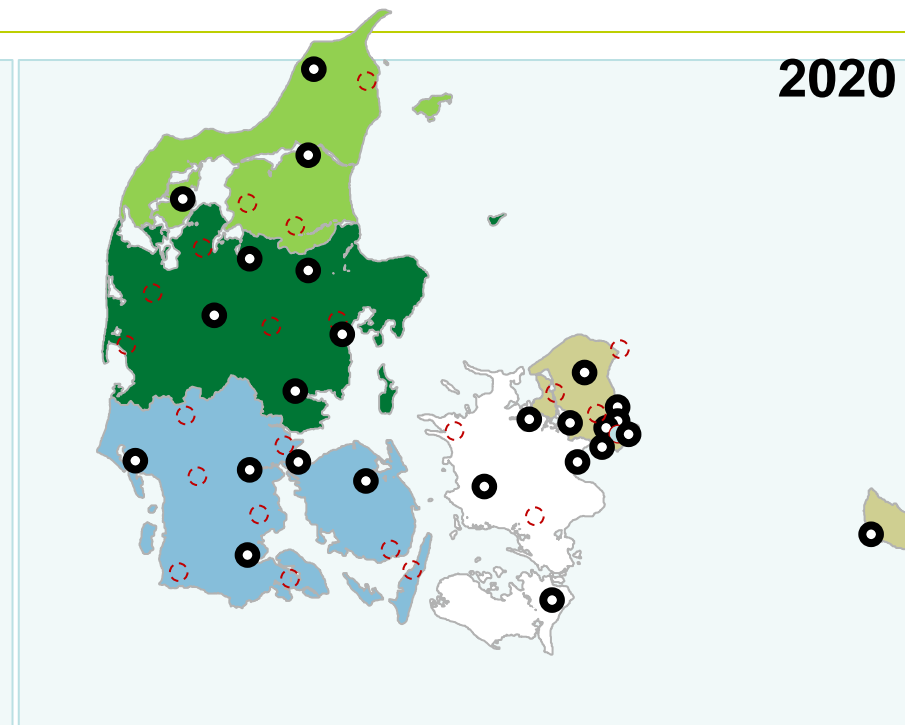
Změny v organizaci nemocniční péče ve světě

- Dánsko, Velká Británie, Švédsko, Austrálie, Estonsko, Slovensko, Německo, Holandsko...*postupně všichni*
- Národní nemocniční „master plan“ - určení nemocnic poskytujících neodkladnou péči v nepřetržitém provozu - obvykle na dvou úrovních specializace
- Doplnění této sítě pohotovostmi (často za účasti praktických lékařů) schopnými poskytnout akutní nehospitalizační péči nebo pacienta stabilizovat a převézt tam, kde ho dokáží vyřešit
- Nová role pro ostatní nemocnice - komunitní nemocnice poskytující běžnou péči s významným přesahem do ambulantní oblasti

Dánsko - příklad dlouhodobého naplňování národního plánu reprofilizace nemocnic



- 5.4m obyvatel
- 49 nemocnic poskytujících neodkladnou péči
- 1 na 110,000 obyvatel



- 5.7m obyvatel
- 21 nemocnic poskytujících neodkladnou péči
- 1 na 270,000 obyvatel
- Ambulantní pohotovostní centra
- Zajištění dopravy ZZS

Slovensko - projekt stratifikace nemocnic

- Účelem projektu bylo navrhnout změny v síti nemocnic, které zajistí:
 - Zvýšení kvality a bezpečnosti léčby
 - Dlouhodobou finanční a personální udržitelnost
 - Přizpůsobení kapacit změnám ve složení a zdravotních potřebách obyvatelstva
- Návrh měl umožnit
 - Pojišťovně lépe kontrahovat
 - Ministerstvu definovat priority pro kapitálové investice (eurofondy)

Stratifikace slovenských nemocnic měla být **postupný a dlouhodobý proces** s několika cíli

- 1.** Zajistit **dostupnou (urgentní) péči** - povinnost pojišťoven nakontrahovat všechny nemocnice s urgentní péči v seznamu (počet lůžek alespoň v rozsahu minimální sítě) a zajistit dodržení maximálních čekacích dob
- 2.** Stratifikovat nemocnice do jednotlivých typů podle komplexnosti poskytované péče s cílem **centralizace vysoce specializované péče**
- 3.** **Zvýšit kvalitu** - zavádění minimálních počtů výkonů na poskytovatele

Slovenský přístup k indikátorům kvality I

- Nařízením vlády SR měla být vydána kritéria kvality poskytování zdravotní péče :

1. Obsahová:

- **Míra re-operací** – pacient byl re-operován u jakéhokoli poskytovatele zdravotní péče **do 30 dní** od původního poskytnutí
- **Míra re-hospitalizací** – pacient byl re-hospitalizován u jakéhokoli poskytovatele **do 30 dní** od původního poskytnutí operačního výkonu
- **Míra znovu-poskytnutí** zdravotního výkonu – pacientovi byl opakovaně poskytnut stejný výkon **do 30 dní** od původního výkonu



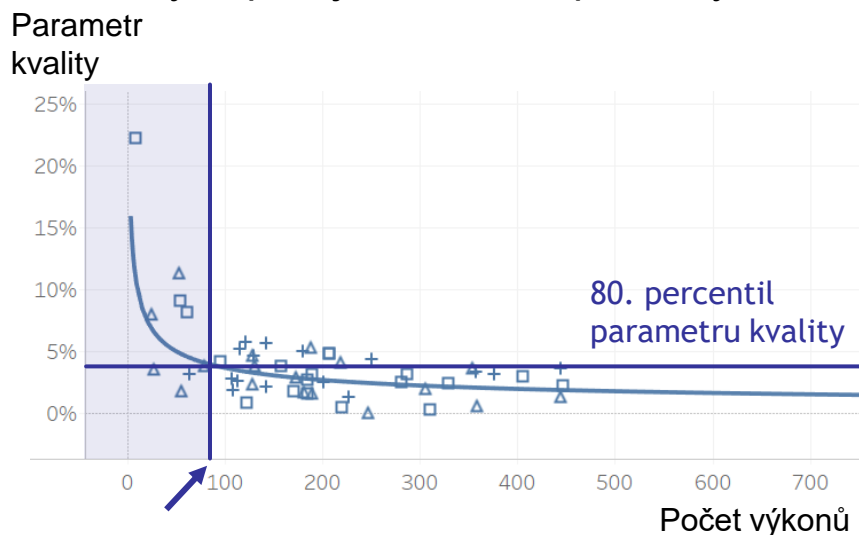
2. Objemová – tzv. EBHR limity

Slovenský přístup k indikátorům kvality II

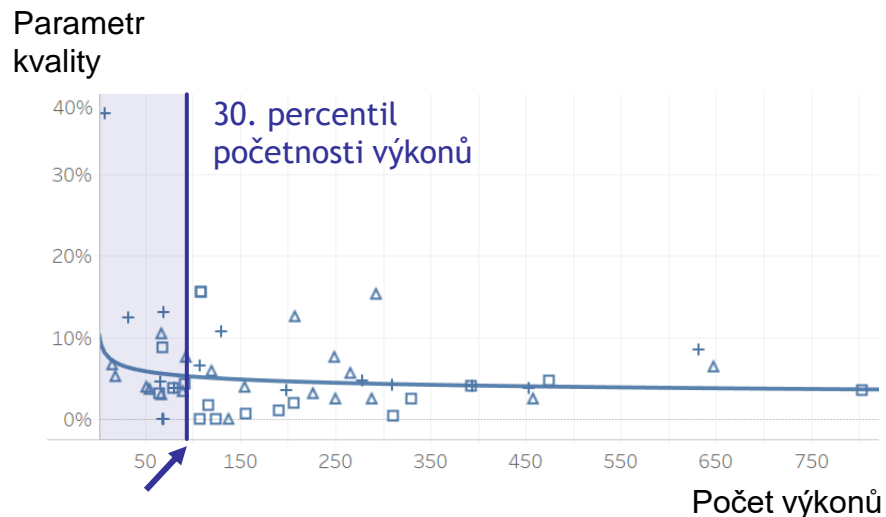
➤ *Korelace mezi lepší kvalitou a vyšším množstvím poskytnutých výkonů*

ZPŮSOB URČENÍ LIMITU

Primárně: Minimální požadavek kvality, který implikuje minimální počet výkonů



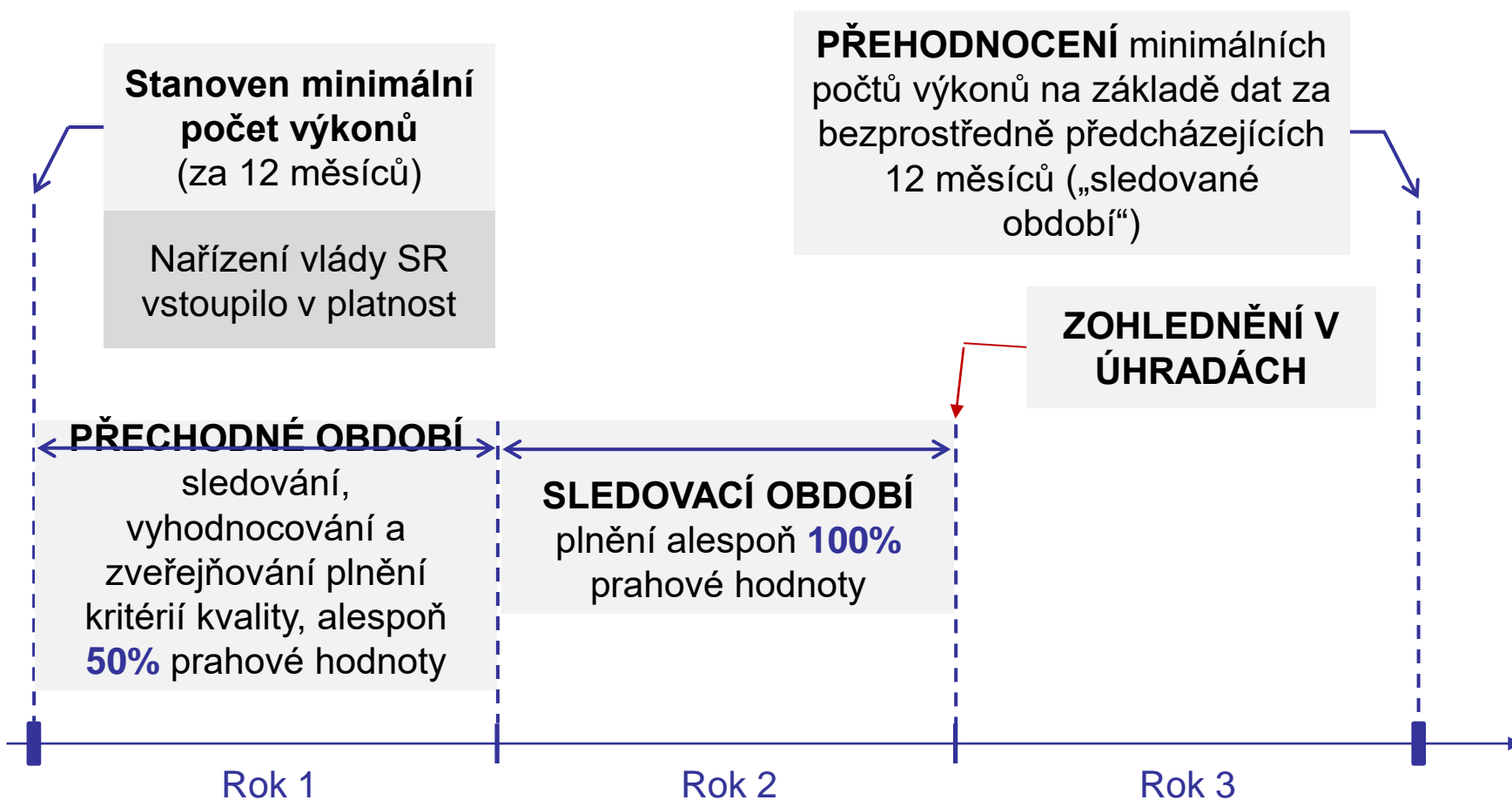
Sekundárně: Nastavení limitu dle určitého percentilu početnosti výkonů



- Období pro hodnocení minimálního počtu výkonů je **12 měsíců**
- Na základě spolupráce s odbornými společnostmi byl definovaný **seznam sledovaných výkonů**

Zdroje: BCG; Nariadenie vlády Slovenskej republiky z 2019, ktorým sa vydávajú kritériá kvality poskytovania zdravotnej starostlivosti (účinnosť od 1.7.2019)

Postupná implementace



Odložení projednání zákona



- 30.10.2019 ministerka A.Kálavská stiahla návrh reformy z rokovania parlamentu
- Parlamentné voľby budú na konci února 2020, čaká se, jak se k návrhu postaví nová vláda

Hlavní otázky doprovázející změny ve struktuře nemocniční sítě

1. Zajištění dostupnosti neodkladné a akutní lůžkové i ambulantní péče
2. Nová role pro nemocnice, které nebudou zajišťovat 24h dostupnost neodkladné lůžkové péče ani v základních oborech - „komunitní“ nemocnice?

1. Slovensko a Česko - zajištění dostupnosti akutní péče

- Na Slovensku v průběhu roku 2018 implementována podle jednotného předpisu ústavní pohotovostní služba (ÚPS) a ambulantní pohotovostní služba (APS)
- V České republice pracovní skupina MZ doporučuje existenci „urgentního příjmu“ (UP) založeného na triáži v každém okrese a pracuje na definici jeho vybavení a kompetencí. Otázky zahrnují:
 - Úroveň UP, tedy rozsah poskytovaných služeb (zatím dvě - nemocnice s traumacentry a bez)
 - Financování
 - Situaci v okresech, ve kterých už není nebo brzy nebude nemocnice schopná zajistit neodkladnou péči v nepřetržitém režimu ani v základních oborech
 - Ochotu praktiků a nemocničních lékařů sloužit na UP

2. Role pro menší „komunitní“ nemocnice

- Základní pohotovostní a akutní péče včetně diagnostiky - v nepřetržitém nebo omezeném provozu
- Běžná hospitalizační péče v interních oborech. Počet akutních hospitalizací často snížen pomocí expektačních lůžek a lepší koordinaci péče s ambulantním provozem
- Chirurgie formou jednodenní péče
- Běžná, ale případně i specializovaná ambulantní péče (ve spolupráci se specializovanou nemocnicí)
- Následná péče - doléčení, rehabilitace
- Nová role v poskytování primární a specializované ambulantní péče - i mimo hranice nemocnice

Malé nemocnice je třeba vnímat ne jako soubor lůžek, ale jako soubor schopností, lidí a techniky

Příklad nemocnice v Traffordu



Trafford General byl typickou menší nemocnicí. Dnes poskytuje pohotovostní služby v režimu 16/24, denní chirurgii včetně ortopedie a integrované služby zaměřené zejména na starší populaci

Služby poskytované před reprofilizací:

- Spádová oblast 100,000 lidí
- 112,000 ambulantních návštěv za rok, z toho 58 000 akutních ambulantních návštěv
- 5,000 plánovaných hospitalizací
- 8,000 akutních hospitalizací – ale méně než 1 akutní operace denně
- 93 pacientů na JIP (200/rok doporučené minimum)

Klíčové prvky nového modelu:

- Pohotovost 8:00-20:00 s možností příjmu na interní intermediární lůžka
- Jednodenní chirurgie
- Centrum ambulantní a jednodenní ortopedie
- Rehabilitační následná péče
- Multidisciplinární komunitní péče vedená sestrami zaměřená na chronické nemoci (včetně domácí i.v. terapie a sledování pacientů s chronickým srdečním selháním)

Nemocnice v Rochdale - restrukturalizace pohotovostních služeb

Léčení pacienti/nemoci

- Menší zranění a krvácení (ne u pacientů na warfarinu)
- Menší spáleniny
- Lokální infekce (včetně abscesů)
- Cizí tělesa v ránách, nosu a uších
- Nerozsáhlá zranění měkkých tkání a kloubů
- Zlomeniny končetin a žeber
- Úrazy hlavy bez ztráty vědomí
- Alergické reakce bez nutnosti zajištění dýchacích cest
- Běžná infekční onemocnění – ORL, dýchací cesty, močový trakt, trávicí trakt...
- **Představuje 80% akutních případů před restrukturalizací. Počty ošetřených pacientů rostou**
- **Zvýšená spokojenost pacientů i personálu**

Pacienti směřovaní jinam

- Rozsáhlá zranění
- Rozsáhlé popáleniny
- Pacienti vyžadující resuscitaci
- Podezření na infarkt myokardu nebo mozkovou mrtvici
- Riziková krvácení do gastrointestinálního traktu

Podpůrné služby

- Běžná laboratorní vyšetření 24/7
- RTG 24/7
- CT v omezeném provozu (řešitelné vzdáleným čtením snímků)
- Resuscitační zázemí
- Lékárna s nepřetržitým provozem

Změna není hrozbou, ale příležitostí

- Jakákoliv změna je často vydávána za hrozbu a udržení současného (neudržitelného) stavu za jedinou možnost, jak zajistit dostupnou a kvalitní péči
- Realita je zcela opačná - zajištění dostupné a kvalitní péče vyžaduje provedení změn
- Změny nejsou lehké, ale na některých místech ČR již probíhají nebo byly úspěšně provedeny (nemluvě o zahraničí)
- Dobře provedené změny vedou nejen ke kvalitnější medicíně, ale i ke stabilnějším institucím a spokojenějšímu personálu

Co změny přinesou pacientům a personálu

- Pacientům kvalitnější péči, z níž významná část může zůstat blízko domova
- Personálu lépe zorganizovanou práci s dostatečným personálním obsazením:
 - Dostatečné množství výkonů k udržení/zlepšení erudice
 - Možnost profesního růstu díky výměně klíčového personálu mezi poskytovateli
 - Možnost dlouhodobějšího sledování pacientů a ovlivnění výsledku léčby díky integraci péče
 - Možnost postarat se o větší množství pacientů
 - Posílení kompetencí a nové role pro sestry

Otázky pro panelisty

- Co jsou podle vás klíčové faktory úspěchu transformace menších nemocnic a co udělat pro to, aby tato transformace byla řízená, tedy nešlo o živelný rozpad nemocniční sítě?
- Jak by podle vás měla vypadat spolupráce velkých (fakultních a krajských) a menších nemocnic? Co je pro to možno udělat?
- Jaká je podle vás realistická podoba poskytování pohotovostních služeb („urgentní příjmy 2. typu“) v okresních nemocnicích?
- Jak dnes funguje spolupráce nemocnic se ZZS, Pl a ambulantními specialisty a co by se mohlo zlepšit?
- Dokážeme lépe integrovat péči o chronicky nemocné a zabránit jejich zbytečným hospitalizacím?