



Uherskohradištská
nemocnice a.s.



Základní směry řízení nemocnic založených Zlínským krajem pro období 2018 - 2020

MUDr. Radomír Maráček
předseda představenstev nemocnic založených ZK

Leden 2018

Obsah:

- I. Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, p. o.
jako pilíř přednemocniční neodkladné péče
(zpracoval JUDr. Josef Valenta, ředitel ZZS ZK, p. o.)

- II. Soulad se Strategií rozvoje Zlínského kraje 2009-2020
a její Strategickou koncepcí zdravotnictví
*(zdroj: Integrovaná strategická koncepce pro řízení
zdravotnictví a rozvoj zdravotních služeb ve Zlínském kraji
schválená ZZK 26. 6. 2013
Strategie rozvoje Zlínského kraje 2009 – 2020 schválená ZZK
18. 12. 2013)*

- III. Návrh koncepce pro nemocnice založené Zlínským
krajem na období 2018 – 2020
*(zpracoval MUDr. Radomír Maráček, předseda
představenstev nemocnic založených ZK)*

I. Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje, p.o. jako pilíř přednemocniční neodkladné péče

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje (ZZS ZK) zajišťuje přednemocniční neodkladnou péči (PNP) na celém území Zlínského kraje. Organizačně je členěna na Zdravotnické operační středisko a pět spádových oblastí s celkem 16-ti výjezdovými základnami, ze kterých vyjíždějí jednotlivé výjezdové skupiny do míst zásahu.

Rozmístění výjezdových základen určuje Plán plošného pokrytí území kraje, který je schvalován Ministerstvem zdravotnictví a je každé 2 roky aktualizován. Zlínský kraj je počtem a rozmístěním výjezdových základen ZZS ZK optimálně pokryt, což zajišťuje, aby dojezdová doba každé výjezdové skupiny do místa zásahu nebyla delší než 20 minut.

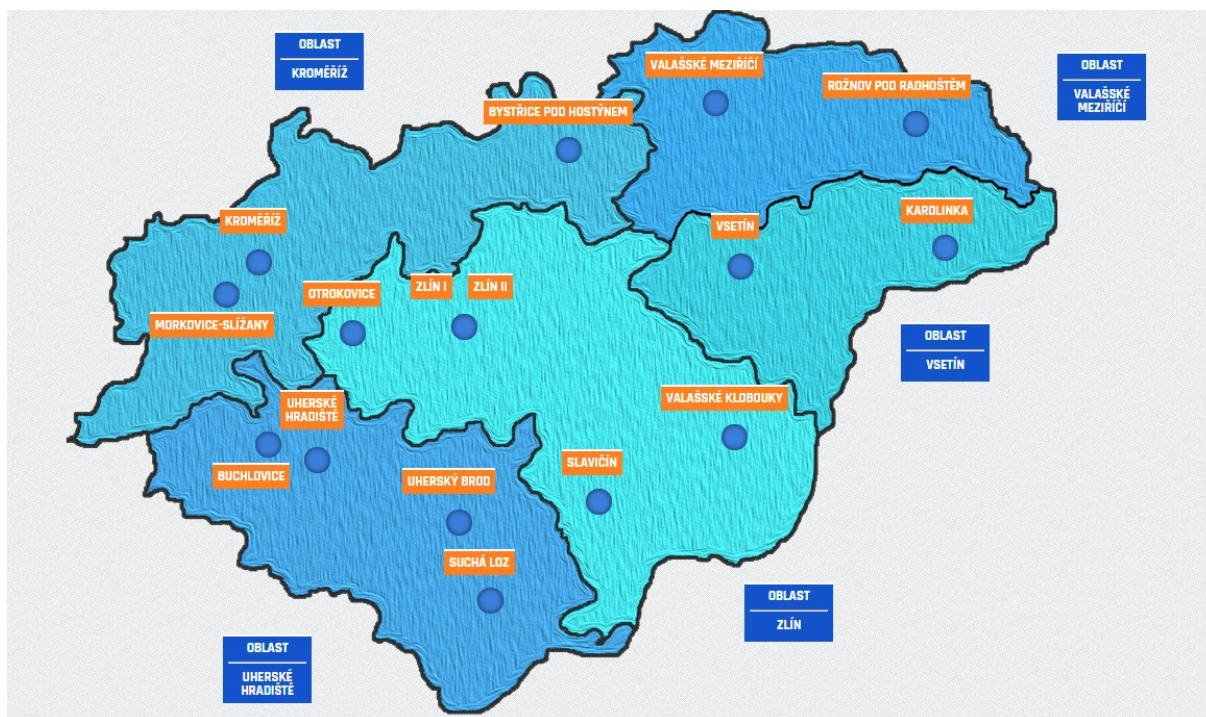
Typy výjezdových skupin v rámci ZZS ZK

- **Rychlá lékařská pomoc (RLP)** - tříčlenná posádka (lékař, zdravotnický záchranář a řidič záchranář).
- **Rychlá zdravotnická pomoc (RZP)** - dvoučlenná posádka (zdravotnický záchranář a řidič záchranář).
- **Rendez-vous systém (RV – setkávací systém)** – v místě události zasahuje dvoučlenná posádka RV (lékař a řidič záchranář) a posádka RZP. Na místo události tedy vyjíždí obvykle současně a většinou z různých míst k jednomu zásahu dvě posádky. Jednu posádku tvoří skupina RV ve vybaveném terénním nebo osobním voze, druhou skupinu tvoří posádka RZP ve vybaveném sanitním voze, který je uzpůsoben pro transport pacienta. Obě skupiny se setkají v místě události. Pokud to umožní zdravotní stav pacienta, je po ošetření transportován posádkou RZP do zdravotnického zařízení, zatímco lékař zůstává k dispozici v daném regionu pro další tísňovou výzvu.

Letecká záchranná služba (LZS), v níž zdravotnickou část posádky tvoří vždy min. lékař a zdravotnický záchranář. ZZS ZK nedisponuje leteckými posádkami. V případě potřeby spolupracuje operační středisko s LZS, které jsou v okolí našeho regionu a to LZS Brno, LZS Olomouc a LZS Ostrava.

Sít' výjezdových základen

Rozložení výjezdových skupin na jednotlivých základnách se v některých případech mění v závislosti na denní době dle statistické vytíženosti výjezdové základny a konkrétního typu skupiny. Cílem je optimalizace vytížení personálu a využití zdravotnické techniky a dalších prostředků (viz tabulka).



	ZÁKLADNA	VŠEDNÍ D12				VŠEDNÍ N12				VÍKENDY + SVÁTKY D12				VÍKENDY + SVÁTKY N12			
1	Zlín - KNTB	RV	RLP/RZP	RZP	RZP	RV		RZP		RV		RZP	RZP	RV		RZP	RZP
2	Zlín - Axiom			RZP	RZP			RZP	RZP			RZP	RZP			RZP	RZP
3	Otrokovic	RV		RZP		RV		RZP		RV		RZP		RV		RZP	
4	Slavičín	RV		RZP		RV		RZP		RV		RZP		RV		RZP	
5	Valašské Klobouky			RZP				RZP				RZP				RZP	
6	Uherské Hradiště	RV		RZP	RZP		RLP	RZP		RV		RZP	RZP		RLP	RZP	
7	Buchlovice			RZP				RZP				RZP				RZP	
8	Uherský Brod	RV		RZP		RV		RZP		RV		RZP		RV		RZP	
9	Suchá Loz			RZP				RZP				RZP				RZP	
10	Kroměříž	RV		RZP	RZP		RLP	RZP		RV		RZP	RZP		RLP	RZP	
11	Morkovice			RZP				RZP				RZP				RZP	
12	Bystřice p. Host.		RLP	RZP			RLP	RZP			RLP	RZP			RLP	RZP	
13	Valašské Meziříčí		RLP	RZP	RZP		RLP	RZP			RLP	RZP			RLP	RZP	
14	Rožnov p. Radh.	RV		RZP		RV		RZP				RLP	RZP		RLP	RZP	
15	Vsetín	RV	RLP	RZP	RZP		RLP	RZP	RZP	RV	RLP	RZP	RZP		RLP	RZP	RZP
16	Karolinka			RZP				RZP				RZP				RZP	
		8x RV + 4x RLP + 22x RZP do 15:30				5x RV + 5x RLP + 18x RZP				7x RV + 4x RLP + 21x RZP nepřetržitě				4x RV + 6x RLP + 19x RZP nepřetržitě			
		8x RV + 3x RLP + 23x RZP od 15:30															
	Oblast Zlín	D12 7:00-19:00															
	Oblast Uherské Hradiště	N12 19:00-7:00															
	Oblast Kroměříž																
	Oblast Valašské Meziříčí																
	Oblast Vsetín																

Dojezdová doba ZZS se počítá dle platné legislativy od chvíle převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou do příjezdu do místa události. Čas od převzetí pokynu do výjezdu vozidla z garáže nesmí být delší než 2 minuty. Průměrná dojezdová doba ZZS ZK je 10 minut, což představuje 8 minut jízdy z výjezdové základny do místa zásahu. Průměrná délka dojezdové doby řadí ZZS ZK mezi nejlepší v České republice.

Činnosti ZZS ZK = 9P

- Příjem tísňových výzev na lince 155 a operační řízení výjezdových skupin ZZS (160 tis. hovorů/rok)
- Poskytování přednemocniční neodkladné péče – 54 tis. pacientů/rok

- Přeprava pacientů neodkladné péče – převozy pacientů s ohroženými životními funkcemi mezi nemocnicemi v rámci kraje i ČR – 2 900 převozů/rok
- Přeprava krve a jejích derivátů pro pacienty v nemocnicích (akutní stavy)
- Přeprava novorozeneckého týmu, event. odborníků jiných oborů
- Přeprava pacientů v rámci transplantačního programu
- Přeprava pacientů s podezřením na vysoce nebezpečnou nákazu (zajišťuje speciálně vycvičený Biohazard tým)
- Provozování Lékařské pohotovostní služby (LPS)
- Příprava na krizové situace (vzdělávání zaměstnanců formou seminářů a praktických nácviků zaměřených na běžnou i speciální činnost - hromadná neštěstí, školení příslušníků základních i ostatních složek Integrovaného záchranného systému (IZS), školení občanů z řad laiků (firemní kurzy první pomoci)

Fyzické počty zdravotnických pracovníků

	kmenoví	externí	celkem
Lékaři	40	57	97
Zdravotničtí záchranáři	132	40	172
Operátoři ZOS	24	---	24
Řidiči záchranáři	157	18	175
Celkem	353	115	468

Vozový park ZZS ZK

Druh	Počet
Sanitní vozidlo (velké)	45
RV sanitní vozidlo	12
Vozidlo pro přepravu materiální podpory při mimořádné události	5
Terénní sanitní speciál	1
Speciální vozidlo pro přepravu osob při mimořádné události	1

Ambulantní prostor každého sanitního vozidla

Ambulantní prostor každého sanitního vozidla lze přirovnat k malé jednotce intenzivní péče, ve kterém jsou zdravotnickým pracovníkům k dispozici EKG/defibrilátor, plicní ventilátor, injekční pumpa, kompresní systém pro nepřímou srdeční masáž, odsávačka, záchranářské batohy s léčivými a zdravotnickým materiálem, pomůcky pro zajištění základních životních funkcí, transportní pomůcky, vyprošťovací a imobilizační pomůcky.

V kabině řidiče sanitního vozidla jsou umístěny:

- Tablet – umožňuje kompletní elektronické zpracování výjezdové dokumentace a její sdílení mezi výjezdovými skupinami, přístup na web SÚKL pro případ řešení lékových interakcí u chronických pacientů, získávání dat o pacientovi v rámci tzv. interní historie (náhled na předchozí zprávy o ošetření v rámci ZZS ZK), získávání dat o pacientovi z KNTB (informace o hospitalizaci, ambulantním ošetření) – bude rozšířeno na všechny kraje zřizované nemocnice.
- CarPC (komunikační a navigační systém, který přenáší a zobrazuje zásadní informace o pacientovi a místě zásahu, umožňuje komunikaci mezi posádkou a operačním střediskem,

avizování pacienta do spádové nemocnice – zatím funkční v KNTB a UH, bude rozšířeno do všech nemocnic).

- Digitální radiostanice Matra (slouží k hlasové komunikaci mezi operačním střediskem a výjezdovou skupinou a mezi jednotlivými složkami IZS).
- Analogová radiostanice Motorola (určeno pro záložní hlasovou komunikaci).

Vliv ZZS ZK na tvorbu sítě nemocnic a kvalitu zdravotní péče ve Zlínském kraji

Dostupnost cílového zdravotnického zařízení do 60 minut od vzniku příhody vyžadují zejména pacienti s těmito diagnózami (tzv. first hour quintet):

- a) náhlá zástava oběhu – centrum pro pacienty po srdeční zástavě s dostupnou PCI (KNTB)
- b) akutní infarkt myokardu – kardiocentrum s PCI (KNTB)
- c) akutní cévní mozková příhoda – iktová centra v UH a KNTB
- d) závažné trauma – traumacentrum (KNTB)
- e) závažná dušnost – interní JIP v rámci všech lůžkových zařízení poskytujících akutní lůžkovou péči

Kvalita služeb poskytovaných ZZS ZK v budoucnosti závisí na:

- a) náhradě lékařů odcházejících do starobního důchodu a zvyšování počtu kmenových lékařů
- b) kontinuálním a kvalitním vzdělávání zdravotnických pracovníků ZZS ZK
- c) zvýšení dostupnosti PNP a navazující péče – vznik základny LZS

II. Soulad se Strategií rozvoje Zlínského kraje 2009-2020 a Strategickou koncepcí zdravotnictví do roku 2020

Tato analýza dospívá k závěru, že základní souhrnné porovnatelné ukazatele měřící sektor zdravotnictví v regionu Zlínského kraje jsou v čase velmi stabilizované. To se týká jak personálních charakteristik (počtu lékařů a odborného lékařského personálu), včetně detailnější struktury jejich odborného zaměření, tak charakteristik základní lékařské infrastruktury (počtu nemocnic, lůžek a speciálních lékařských pracovišť). Stabilní je i vývoj relativních ukazatelů poměřujících míru pokrytí lékařské péče ve vztahu k pacientům.

Krajské nemocnice vznikly transformací dřívějších okresních nemocnic a historicky daná absence fakultní nemocnice ve Zlínském kraji vyvolává potřebu dotvořit v kraji centrum specializované a superspecializované péče. Dosavadní síť ambulantní zdravotní péče ve Zlínském kraji je v zásadě dostatečná, věkové složení lékařů je však nepříznivé a stále se zhoršující.

V zásadě stabilní jsou i údaje o vývoji pracovní neschopnosti, byť odhalují v řadě ohledů alarmující, negativní, ale známá zjištění, například i v mezikrajském porovnání jednu z nejvyšších dob trvání pracovní neschopnosti (jež je v České republice i tak dosti vysoká). Zarážející je i výše denního stavu práce neschopných. Ostatní hodnoty jsou v čase poměrně stabilizované; v souhrnu platí, že Zlínský kraj v jednotlivých ukazatelích pracovní neschopnosti vykazuje druhé nejhorší hodnoty v České republice.

Naproti tomu v různém mezikrajském porovnání hospitalizace v nemocnicích vypadá pozice Zlínského kraje podstatně příznivěji. Nejlépe vyhlíží průměrná ošetřovací doba ve dnech, která je právě ve Zlínském kraji nejnižší v celé České republice a svědčí o efektivnosti léčebného procesu v nemocnicích.

SRZK 2009 – 2020 shledává, že budoucí podoba sítě zdravotnických zařízení ve Zlínském kraji bude vždy výsledkem kompromisu mezi možnostmi moderní medicíny a možnostmi ekonomickými. Zároveň však nelze jen poukazovat na chybějící finanční prostředky, je nutno se také zamyslet nad tím, jak stávající prostředky efektivněji využít. S určitým nadhledem **bude nutno rozhodovat o koncentraci specializovaných medicínských technologií**, a to i vzhledem ke kvalitě poskytované zdravotní péče. Průvodním jevem **může být centralizace eventuálně dislokace některých pracovišť**. Superspecializovaná, ale také specializovaná péče by tedy měly být **soustředěny do center**, která mají dostatečný regionální záběr. **Tím se sice zvětší dojezdové vzdálenosti pro některé pacienty, ale stane se tak jednoznačně ve prospěch odborné kvality a bezpečnosti.** Současně dojde ke snížení potřebnosti lůžkového fondu a provozních nákladů na pacienta, ale zároveň i ke zvýšení nároků na investice poskytovatele zdravotní péče. Centralizaci zdravotní péče bude nutno přizpůsobit investiční záměry týkající se hlavně nákladné přístrojové techniky. **Zároveň je třeba si připustit, že pro některé superspecializované obory je Zlínský kraj „malý“.**

Priority rozvoje jednotlivých oborů nemocniční i ambulantní péče by měly pravidelně stanovovat a upravovat koncepční materiály zaměřené na oblast zdravotnictví, na jejichž vypracování by se měly podílet všechny zainteresované strany Zlínského kraje.

Celkový trend ve zdravotnictví ale nemůže ignorovat nepříznivý demografický vývoj, který předjímá zřetelné stárnutí obyvatelstva Zlínského kraje. Zdravotnický systém bude muset být nejpozději v horizontu roku 2020 tomuto vývoji přizpůsoben.

SRZK 2009 – 2020 ve své analytické části formuluje základní charakteristiky a očekávané trendy ve zdravotnictví Zlínského kraje:

- stabilní vývoj základních charakteristik zdravotnictví Zlínského kraje;
- efektivní průběh léčebného procesu, měřený nízkou ošetrovací dobou; negativem je i z celorepublikového pohledu vysoká úroveň pracovní neschopnosti;
- budoucí potřeba koncentrace specializovaných medicínských technologií doprovázená centralizací, eventuálně dislokací některých pracovišť;
- priority rozvoje jednotlivých oborů nemocniční i ambulantní péče by měly být stanovovány pravidelně a upravovány aktualizovaným Plánem rozvoje zdravotnických zařízení;
- zdravotnický systém bude muset být nejpozději v horizontu roku 2020 přizpůsoben očekávanému stárnutí populace.

Strategii rozvoje Zlínského kraje 2009 - 2020 jsou formulována zejména následující opatření týkající se oblastí zdravotnictví:

1. stanovit priority rozvoje nemocniční a ambulantní péče (rozvoj respektive útlum oborů),
2. integrovat nemocnice ve vlastnictví kraje (návaznost na zdravotnické řízení ve vazbě na lidské zdroje, zdravotnickou techniku a postupy, finanční zdroje),
3. modernizovat zdravotnickou infrastrukturu (přístrojové vybavení, vybavení informačními systémy),
4. řešit otázky relativně vysokého podílu praktických lékařů vyšších věkových skupin v populaci lékařů,
5. rozvíjet programy zaměřené na prevenci onemocnění

Zdravotnictví Zlínského kraje bude v roce 2020 tvořeno **hierarchicky uspořádaným** systémem zdravotnických zařízení. Tento systém bude efektivním způsobem poskytovat komplexní, kvalitní a dostupné zdravotní služby, jejichž hlavním výsledkem bude vždy spokojený pacient. Nejširší spektrum specializované zdravotní péče bude poskytovat Krajská nemocnice T. Bati, a. s.

Základem systému zdravotnických zařízení pak budou čtyři krajem založené nemocnice v okresních městech Zlínského kraje. Objekty nemocnic budou modernizovány formou monobloků v souladu s generelem nemocnic. Výhody plynoucí z této modernizace budou využity managementem nemocnic k **ekonomicky efektivnímu řízení na bázi společného lůžkového fondu interních a chirurgických oborů tam, kde je takový přístup ekonomicky a medicínsky výhodný.**

Základ systému zdravotnických zařízení bude doplněn plně funkční Zdravotnickou záchrannou službou Zlínského kraje v dnešním pojetí mobilní zdravotnické zařízení.

„V roce 2015 budou v systému zdravotnictví Zlínského kraje realizovány kroky nezbytné pro naplnění dlouhodobé vize rozvoje do roku 2020. Primárně se jedná o dokončení či zahájení výstavby monobloků v souladu s generely nemocnic (Centrální budova interních oborů Krajské nemocnice T. Bati, a. s., Centrální objekt Uherskohradištské nemocnice a. s., Interní pavilon Vsetínské nemocnice a. s., rekonstrukce západního křídla budovy A Kroměřížské nemocnice a. s.). Při zahájení provozu těchto monobloků bude management nemocnic sledovat ekonomicky efektivní a medicínsky opodstatněné řízení na bázi společného lůžkového fondu interních a chirurgických oborů. V roce 2015 budou dále naplněna dílčí, časově méně náročná opatření rozvoje jednotlivých oborů zdravotnictví.“

V návaznosti na vizi rozvoje zdravotnictví Zlínského kraje byly formulovány tři vzájemně provázané strategické cíle:

- 1. Zajistit optimální dostupnost zdravotních služeb občanům Zlínského kraje s východisky založenými na současném stavu**
- 2. Zvyšovat kvalitu zdravotních služeb poskytované občanům Zlínského kraje**
- 3. Zlepšovat ekonomické ukazatele poskytované zdravotních služeb**

Podstatou této varianty je vytvoření **hierarchického systému**, který je podobný systému zdravotnických zařízení v krajích s existencí fakultních nemocnic. V rámci tohoto modelu plní Krajská nemocnice T. Bati, a. s., funkci zdravotnického zařízení, které poskytuje vyšší stupeň specializované péče pro obyvatele spádového území celého Zlínského kraje a to v plné šíři všech medicínských oborů (analogie krajů s fakultní nemocnicí). Toto postavení Krajské nemocnice T. Bati, a. s., předurčuje její tradice, velikost, vybavení, spektrum poskytovaných služeb, geografické a administrativní uspořádání kraje. V rámci modelu medicínské hierarchizace poskytují další nemocnice založené Zlínským krajem základní péči v hlavních oborech.

Zásadní znaky navrženého modelu z hlediska legislativních, majetkových, ekonomických a personálních podmínek lze charakterizovat takto:

Model medicínské hierarchizace zachovává stávající podobu čtyř samostatných nemocnic. Z legislativního hlediska a z hlediska majetkových vztahů tak nevyžaduje navrhovaný model zásadních změn.

Z personálního hlediska je typickým znakem navrženého modelu koncentrace špičkových pracovníků v centrech specializované a superspecializované zdravotní péče Krajské nemocnice T. Bati, a. s.

Navrhovaný model podle názoru zpracovatele vytváří předpoklady ekonomické optimalizace fungování zdravotnických zařízení založených Zlínským krajem, a to prostřednictvím optimalizace objemu a struktury poskytovaných služeb s návazností na restrukturalizaci lůžkového fondu, optimalizaci počtu a struktury zdravotnických pracovníků a optimalizaci přístrojového vybavení a jeho dislokace. Současně model zajišťuje dostatečnou dostupnost

péče pro všechny občany Zlínského kraje a současně dovoluje koncepční rozvoj potřebných specializovaných center.

Kvalitní a dostupná zdravotní péče tak bude zajištěna s důrazem na vysokou míru ekonomické efektivity a to plně v souladu s formulovanými strategickými cíli vize koncepce. Zdůrazněme však, že ekonomické vyčíslení modelu je v současnosti ovlivněno neznalostí dlouhodobých podmínek financování zdravotnictví v České republice. Současná podoba řízení nemocnic založených Zlínským krajem pak nevyžaduje legislativní a majetkové prohloubení integrace na bázi holdingového potenciální výhody takto vznikající lze řešit prostřednictvím rozhodnutí valných hromad jednotlivých nemocnic (viz rovněž příloha 2). Prosazení vůle vlastníka je možné i formou jednotného personálního propojení představenstev všech nemocnic.

V tomto kontextu vidíme hlavní výhodu modelu medicínské hierarchizace v posílení pozice Krajské nemocnice T. Bati, a. s., vzhledem k otázkám nových technologií a center vysoce specializované péče. **Fragmentace zdravotnických služeb může podle názoru zpracovatelského týmu představovat hrozbu poskytování tohoto druhu služeb na území Zlínského kraje a to mimo jiné ve vztahu jeho některých částí k fakultním nemocnicím v Olomouci (okres Kroměříž), Brně (okres Uherské Hradiště) a Ostravě (okres Vsetín).** Tuto hrozbu je nutné zohlednit tak, aby služby, které je opodstatněné zajistit a poskytovat ve Zlínském kraji, byly realizovány v nemocnicích založených Zlínským krajem. V tomto kontextu jde i o otázku ekonomických výsledků samotného Zlínského kraje.

Toto ovšem neznamená, že na území Zlínského kraje bude poskytováno kompletní spektrum zdravotnické péče. V případě některých superspecializovaných odborností (např. kardiologie, transplantace orgánů, léčba popálenin, hyperbaroxie, JIP pro HIV+ a další) bude zachována návaznost na fakultní nemocnice v Jihomoravském, Olomouckém či Moravskoslezském kraji. Zlínský kraj nebude usilovat o zajištění této superspecializované péče s ohledem na enormně vysoké požadavky personální a technické, a tím i finanční pro její zajištění.

KLÍČOVÉ KONCEPČNÍ ASPEKTY MODELU MEDICÍNSKÉ HIERARCHIZACE

Klíčovým koncepčním aspektem modelu medicínské hierarchizace je prvek utváření provázeného systému poskytování zdravotní péče ve Zlínském kraji se zohledněním myšlenky hierarchizace zdravotnických zařízení. V rámci navrženého modelu medicínské hierarchizace jsou proto klíčové následující principy:

- Zdravotnický systém Zlínského kraje nebude poskytovat kompletní spektrum zdravotnické péče. V případě některých superspecializovaných odborností (např. kardiologie, transplantace orgánů, léčba popálenin, hyperbaroxie, JIP pro HIV+, vyšší resuscitační péče pro děti a další) bude zachována návaznost na fakultní nemocnice v Jihomoravském, Olomouckém či Moravskoslezském kraji. Zlínský kraj nebude usilovat o zajištění této superspecializované péče s ohledem na enormně vysoké personální, technické i finanční požadavky pro její zajištění.

- V rámci jednotlivých odborností je v příloze č. 1 určeno krajské pracoviště stojící nejvýše v hierarchii a zajišťující tedy nejširší spektrum zdravotnických výkonů. Cílem modelu medicínské hierarchizace je zajištění zdravotní péče obyvatelům Zlínského kraje na území kraje, s výjimkou superspecializované péče poskytované v návaznosti

na předchozí bod. Nezbytnou podmínkou pro dosažení tohoto stavu je **spolupráce v rámci sítě zdravotnických zařízení s uznáním vedoucí role krajského pracoviště**, a to alespoň v rovině nemocnic založených Zlínským krajem. Míra spolupráce v některých odbornostech je již v současnosti na vysoké úrovni, zatímco v případech jiných není tato podmínka naplněna. Zlínský kraj bude proto usilovat o dosažení spolupráce mezi jím založenými nemocnicemi, a to na bázi **jasné specifikace zákroků, které budou prováděny výhradně na krajském pracovišti**. Důrazně doporučujeme zachovat **co nejširší spektrum realizovaných výkonů** v síti nemocnic založených Zlínským krajem. Toto doporučení se týká rovněž výkonů zdravotnického komplementu.

- Dostupnost zdravotní péče je jeden z hlavních stavebních kamenů vize této koncepce. Základní zdravotní péče proto musí zůstat zachována ve všech nemocnicích založených Zlínským krajem. **K diferenciaci nemocnic na bázi hierarchie pak dochází teprve u vybraných zákroků, kde s ohledem na jejich počet je koncentrace žádoucí jak z ekonomického hlediska, tak z hlediska zabezpečení kvality poskytované péče vzhledem ke kvalifikovanosti a zkušenostem zdravotnického personálu.**

- Stálý důraz na kvalitu a efektivitu vykazování pro DRG - podle současného stavu informací lze předpokládat zvyšování růstu významu DRG ve financování zdravotnictví. V kontextu tohoto předpokladu doporučujeme klást důraz jednak na kvalitu vykazování pro DRG, tj. dodržování pravidel MKN-10 a metodik VZP a Národního referenčního centra a jednak na efektivitu vykazování pro DRG ve směru opodstatněného příjmu. V tomto směru doporučujeme, aby se Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje zaměřil na hodnocení kvality vykazování pro DRG a současně aby využil dostupná data pro výkonnostní analýzy použitelné pro řízení nemocnic založených Zlínským krajem.

- Přejít k elektronickým, centralizovaným a sdruženým nákupům jako nadstavba modelu medicínské hierarchizace - jedním z moderních trendů řízení zdravotnických zařízení je přechod k novým metodám nákupů, které v sobě skrývají potenciál generovat úspory na bázi konkurence. Legislativně je v tomto případě potřeba postupovat v souladu se zákonem o zadávání veřejných zakázek. Současně doporučujeme zhodnotit možnosti zavedení konceptu centrálně koordinovaných elektronických nákupů, a to v rámci následujícího postupu. Primárně bude zaveden prvek **plánování nákupů pro definované časové období**. Součástí tohoto postupu se může stát rovněž prvek **centralizovaných pozitivních listů a dlouhodobých kontraktů**.

- Úspory spojené s redukcí počtu lůžek/oddělení, a to výhledově na bázi vytváření společného lůžkového fondu nemocnic založených Zlínským krajem. Společný (spojen) lůžkový fond představuje nástroj, který sleduje cíl optimalizovat počty lůžek a podporovat jejich efektivní využití, a to za předpokladu zachování dostupnosti zdravotní péče. V současnosti je péče poskytovaná na oddělení ve více oborech (společný lůžkový fond) definována vyhláškami MZ ČR o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. Utváření společného lůžkového fondu v nemocnicích sleduje i podmínky a postup Všeobecné zdravotní pojišťovny pro promítnutí tohoto způsobu lůžkové péče do konkrétního smluvního vztahu. V tomto směru je společný lůžkový fond chápán jako spojení různých odborností (oborů) pod jeden primariát, přičemž se rozlišují dva typy primariátu – primariát **chirurgických oborů** (cévní chirurgie,

gynekologie a porodnictví, hrudní chirurgie, chirurgie, kardiochirurgie, neurochirurgie, oftalmologie, orální a maxilofaciální chirurgie, ortopedie, otorinolaryngologie, plastická chirurgie, popáleninová medicína, traumatologie, urologie a příslušné obory, ve kterých je poskytována péče dětem) a

primariát **interních oborů** (angiologie, diabetologie a endokrinologie, gastroenterologie, geriatrie, hematologie a transfuzní lékařství, kardiologie, klinická onkologie, nefrologie, neurologie, pneumologie a ftizeologie, pracovní lékařství, radiační onkologie, revmatologie, vnitřní lékařství a příslušné obory, ve kterých je poskytována péče dětem).

Hlavní znaky společného lůžkového fondu pak lze charakterizovat následujícím způsobem:

- Nasmlouvaný počet lůžek pro jednotlivé odbornosti v rámci primariátu je orientační, přičemž celkový nasmlouvaný počet lůžek primariátu je nepřekročitelný. Lůžka intenzivní péče jsou v rámci primariátu nasmlouvána jako **multioborová jednotka intenzivní péče**.
- Vedoucí lékař pro každou nasmlouvanou odbornost musí mít specializovanou způsobilost v dané odbornosti. Personální zajištění lékařským a nelékařským personálem je následně společné pro celý primariát společného lůžkového fondu a odpovídá požadavkům pro personální zajištění dle příslušné vyhlášky. Pohotovostní služba se zajišťuje společně pro všechny odbornosti v rámci primariátu společného lůžkového fondu.

Možnost realizace konceptu společného lůžkového fondu je podmíněna i prostorovým uspořádáním existujících objektů nemocnic. Předpokladem pro realizaci společného lůžkového fondu tak je výstavba moderních pavilonů na bázi monobloku. Obecně tak utváření společného lůžkového fondu spojujeme s řešením prostorových problémů prostřednictvím naplnění generelu nemocnic na bázi monobloků chirurgických a interních oborů.

Kroměřížská nemocnice a. s.

vnitřní lékařství + neurologie + plicní = společný lůžkový fond interních oborů
chirurgie + ortopedie + urologie = společný lůžkový fond chirurgických oborů

Uherskohradištská nemocnice a. s.

vnitřní lékařství + plicní + neurologie = společný lůžkový fond interních oborů
chirurgie + ortopedie + urologie = společný lůžkový fond chirurgických oborů

Vsetínská nemocnice a. s.

vnitřní lékařství + neurologie + plicní = společný lůžkový fond interních oborů
chirurgie + ortopedie = společný lůžkový fond chirurgických oborů

- Vytváření Krajského zdravotnického informačního systému - komplexnost relací v rámci navrženého modelu medicínské hierarchizace (tj. hierarchie sítě zdravotnických zařízení, otázka centrálních nákupů) klade vysoké nároky na komunikaci mezi jednotlivými aktéry celého konceptu v čele se Zlínským krajem. S ohledem na tuto skutečnost považujeme za jeden z klíčových předpokladů fungování modelu medicínské hierarchizace funkční informační

system propojující klíčové aktéry jednotlivými SW, propojené integrační platformou, včetně PACS.

ZAJIŠTĚNÍ KVALITY PROCESNÍHO ŘÍZENÍ A POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Otázky kvality procesního řízení a kvality poskytování zdravotní péče patří k významným aspektům koncepčního řízení zdravotnických zařízení. Hlavní nástroje v tomto směru zahrnují certifikaci zdravotnických zařízení podle **normy ISO 9001:2008** na jedné straně a akreditaci **Spojené akreditační komise (dále jen SAK)** na straně druhé. Zatímco certifikace podle ISO 9001:2008 klade důraz na procesní řízení, akreditace SAK se soustřeďuje na oblast poskytování zdravotní péče. Pro laboratoře NASKL a HACCAP kuchyně. Nemocnice nemají jednotně. Tato skutečnost ukazuje na absenci krajského strategického postupu v otázkách kvality procesního řízení a poskytování zdravotní péče. V kontextu této skutečnosti doporučujeme následující kroky:

Zlínský kraj deklaruje krajský koncepční přístup v oblasti zajištění kvality procesního řízení a poskytování zdravotní péče a bude sledovat postup naplnění tohoto přístupu. V rámci koncepčního přístupu bude primárně preferována certifikace ISO 9001:2008, pro systém řízení a nezdravotnické provozy. V případě laboratorních pracovišť doporučujeme akreditaci ISO 15189 u všech nemocnic založených Zlínským krajem. Nemocnice založené Zlínským krajem budou současně usilovat o dosažení požadavků akreditace SAK, aby v případě zohlednění této akreditace při financování zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven byly připraveny k rychlé formalizaci celého procesu do podoby akreditace.

VARIANTA MEDICÍNSKÉ HIERARCHIZACE – HOLDING

V rámci modelu medicínské hierarchizace je možné uvažovat i o vyšším stupni integrace vlastnických a majetkových vztahů ve formě koncernu (holdingu). V tomto ohledu je však třeba si uvědomit, že i současné uspořádání čtyř nemocnic vlastněných Zlínským krajem, holdingovou strukturu naplňuje. K faktickému naplňování holdingu dospělo personálním provázáním členů představenstva jednotlivých zdravotnických zařízení. Dalším řešením a vytvořením samostatné akciové společnosti, která by vykonávala definované služby pro nemocnice, jakožto samostatné akciové společnosti formou mateřské společnosti jako ovládající nebo dceřiné, spolupracující.

Návrh holdingové organizační struktury nemocnic založených Zlínským krajem:

Představenstvo: 3 členné (A+B+C)

KNTB, a. s.

Představenstvo:

5 členné

(A+B+C+Z1+Z2)

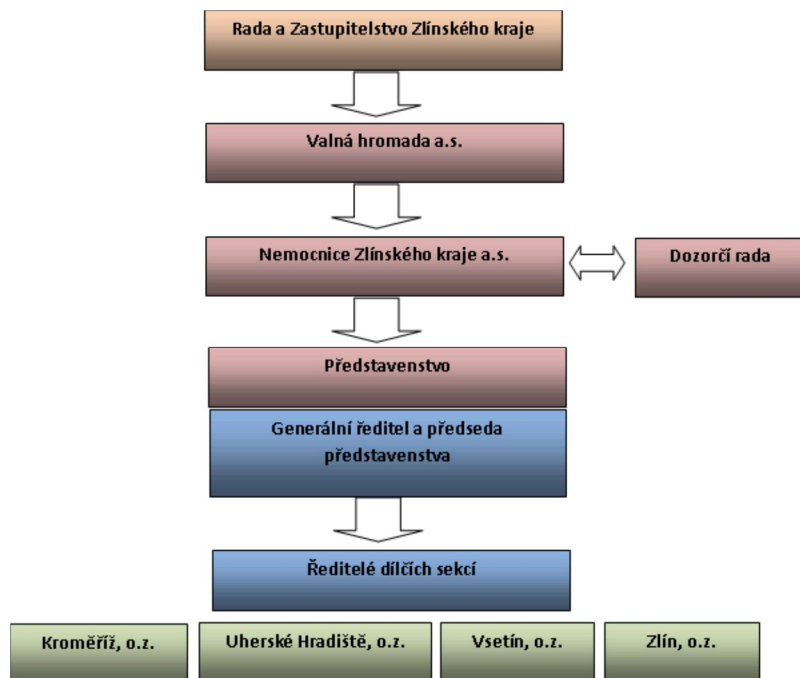
UHN a. s.

Představenstvo:

5 členné

(A+B+C+U1+U2)

KMN a. s.
Představenstvo:
5 členné
(A+B+C+K1+K2)
VSN a. s.
Představenstvo:
5 členné
(A+B+C+V1+V2)



III. Návrh koncepce pro nemocnice založené Zlínským krajem na období 2018 – 2020

Doplnění strategie.

	KNTB	KMN	UHN	VSN	Celkem
počet akutních lůžek	774	366	486	259	1885
počet ošetrovatelských lůžek	164	20	123	85	392
počet lékařů	317,05	115,69	172,439	89,33	694,509
počet nelékařů	1403,998	494,11	904,103	425,14	3227,351
počet THP	169,837	50,17	86,972	42,46	349,439
počet dělníků	258,774	95,33	206,36	47,01	607,474
počet obyvatel na lůžko	225				

Zadání kraje:

- Vzájemně si nekonkurující krajské nemocnice
- Spolupracující ve všech oblastech zdravotních i nezdravotních
- Ekonomická provozní stabilita nemocnic
- Revize generelů nemocnic
- Koncepce řízení nemocnic a jejich struktury
- Koncepce uspořádání odborné péče v krajských nemocnicích
- Dlouhodobá stabilita

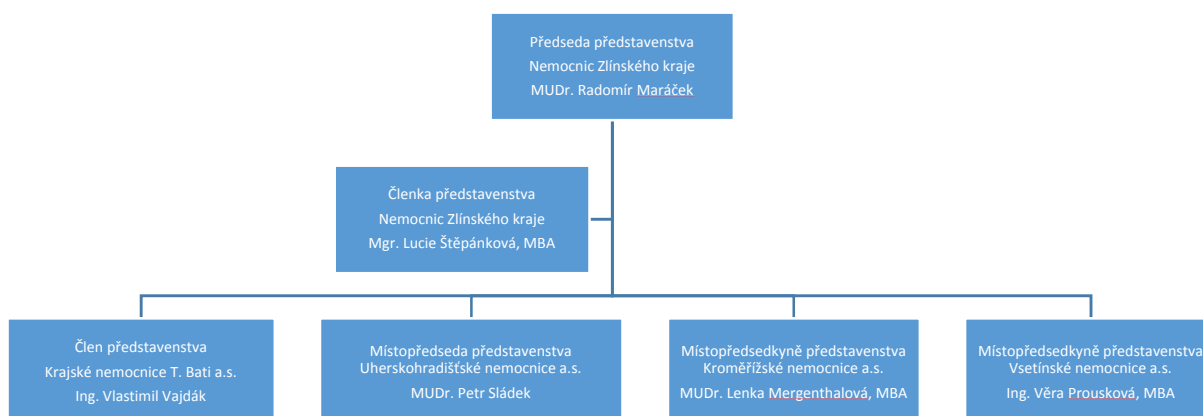
Vzájemná spolupráce:

- Personál (zaměstnanci pracující pro všechny 4 nemocnice...)
- Zdravotnický materiál a léky (sdružené nákupy, pozitivní listy...)
- Služby (praní, úklid, údržba....)
- Benefity pro zaměstnance
- Nákupy technologií
- IT

Organizační struktura:

- Personální koncern
- Holding – jedno představenstvo
- IČO
 - odštěpné závody
 - organizační jednotka
- IČZ
 - čtyři
 - jedna

Personální holding – koncern



Možné alternativy uspořádání

1. čtyři samostatné akciové společnosti s 3 - 5členným představenstvem (4x IČO a 4x IČZ)
2. jedna akciová společnost jako matka s 5členným představenstvem a čtyři samostatné dceřiné akciové společnosti s 1 - 3členným představenstvem (5x IČO a 4x IČZ)
3. jedna akciová společnost s 5členným představenstvem a čtyři odštěpné závody (1x IČO a 4x IČZ)
4. jedna akciová společnost s 5členným představenstvem jako jedna organizační jednotka (1x IČO a 4x IČZ)
5. jedna akciová společnost s 5členným představenstvem jako jedna organizační jednotka s jedním IČZ – jedna nemocnice na 4 místech (1x IČO a 1 IČZ)

Čtyři samostatné akciové společnosti

A: Výhody:

- Možné jednotné řízení nemocnic, snížení vzájemné konkurence v případě personálního koncernu
- Společná výběrová řízení na dodávky materiálů, léků a služby
- Jednotné jednání se zdravotními pojišťovkami, ale s rozdílnými parametry a možnostmi
- Přesun - překlad pacientů je nová hospitalizace

B: Nevýhody:

- Složitější sjednocení SW ve všech 4 nemocnicích – NIS, ekonomika, personál, potraviny atd.
- Přesun odborností mezi zařízeními je špatně předpokládán, nutná změna registrace a smluv se ZP, zrušení lůžek znamená redukci v platbě od ZP
- Každá samostatně vyúčtovává zdravotní péče a její řízení dle parametrů úhradové vyhlášky - v jedné navýšení produkce neuhrazeno, ve druhé nenaplnění produkce s krácením úhrady
- Je mezi nimi účtována indukovaná péče
- Obtížnější přesun personálu – musí mít smlouvy s každou nemocnicí a tudíž souhlasit
- Různé mzdové ohodnocení, samostatné kolektivní smlouvy, za určitých okolností výhoda
- Manažeři s úvazky ve všech nemocnicích – 4x pracovní smlouva, obtížnější motivace
- Čtyřikrát nezdravotnický personál (účetní, personální atd.)

Jedna mateřská akciová společnost a čtyři dceřiné společnosti:

A: Výhody:

- Jednotné řízení přes matku jedním představenstvem a manažery
- Logické by bylo zřízení i servisních organizací - nákup, úklid atd.,
- Jednotné jednání se zdravotními pojišťovkami, ale s rozdílnými parametry nemocnic
- Založení nové akciové společnosti nebude časově náročné

B: Nevýhody:

- Každá je samostatný právní subjekt se zásadou hospodaření ve prospěch společnosti s možným řešením přes ovládací smlouvu
- Přesun odborností mezi zařízeními je špatně předpokládán s dopadem do úhrad ZP
- Každá samostatně vyúčtovává zdravotní péči, její řízení dle parametrů úhradové vyhlášky
- Je mezi nimi účtována indukovaná péče
- Obtížný přesun personálu, pracovní smlouva s každou nemocnicí
- Různé mzdové ohodnocení, zřejmě každá nemocnice má svou kolektivní smlouvu
- Stanovení financí z dceřiných společností do matky přes ovládací smlouvu, pokud současně nebude servisní organizací, bude mít příjem z marže prodeje
- Nutnost určitého přeúčtování mezi nemocnicemi

Jedna akciová společnost s odštěpnými závody:

Výhody:

- Jednotnější řízení
- Jednotné řízení nákupu zdravotních služeb, materiálu, služeb atd.
- Jednoduché zřizování ambulancí a společné dopravy pacientů do všech nemocnic
- Jednodušší řízení po právní stránce
- Menší ztráta identity nemocnic

B: Nevýhody:

- Složitější sjednocení mzdové politiky, jedna kolektivní smlouva
- Použití personálu ve všech nemocnicích nepůjde bez samostatných smluv
- Bude mezi nemocnicemi indukovaná péče, nelze ji optimalizovat
- Obtížný přesun odborností
- Různé hodnoty ztrátovosti, závazků a pohledávek před fúzí , možná výhoda
- Nejdlejší a nejsložitější realizace i díky nejednotnosti v oblasti vlastnictví majetku (nemocnice/kraj)

Jedna a.s. jako organizační jednotka:

Výhody:

- Jednotné řízení společnosti
- Jednotné řízení nákupu zdravotních služeb, materiálu, služeb atd.
- Sjednocení mzdové politiky, jedna Kolektivní smlouva
- Použití personálu ve všech nemocnicích bez smluv
- Jednodušší zřizování ambulancí a společné dopravy pacientů do všech nemocnic
- Nejjednodušší řízení po právní stránce

B: Nevýhody:

- Obtížné přesuny oddělení a zřizování ambulancí
- Bude indukovaná péče mezi nemocnicemi
- Potencionální ztráta identity jednotlivých nemocnic, lze řešit ponecháním názvu a určením
- Různé hodnoty zrátočnosti, závazků a pohledávek před fúzí
- Nejdělsí a nejsložitější realizace i díky nejednotnosti v oblasti vlastnictví majetku (nemocnice/kraj)

Jedna akciová společnost s jedním IČZ

Výhody:

- Jednotné řízení nákupu zdravotních služeb, materiálu, služeb atd.
- Přesuny výkonů a odborností mezi nemocnicemi bez dopadu do úhrad nebo spíše naopak. Celkový součet unicitních rodných čísel bude vyšší než po fúzi (některé se budou objevovat ve více nemocnicích) a bude potřeba stanovit nové parametry úhrad. V roce 2018 se bude dojednávat nová rámcová smlouva. Nový subjekt by mohl mít rok 2019 jako referenční období s možností stanovit základní sazbu na odpovídající úroveň. Vznikne velký subjekt.
- Sjednocení mzdové politiky, jedna kolektivní smlouva
- Využití personálu ve všech nemocnicích bez smluv
- Mezi nemocnicemi nebude indukovaná péče, lze ji optimalizovat
- Jednoduché zřizování ambulancí a společné dopravy pacientů do všech nemocnic
- Nejjednodušší řízení po právní stránce
- Jednodušší možnost vzdělávání lékařů – pracoviště v menších nemocnicích se stanou akreditovaným pracovištěm dle nejvyššího pracoviště
- Zachování odborností a výkonů bude v kompetenci managementu nemocnice a ne zdravotních pojišťoven a odborných společností

B: Nevýhody:

- Potencionální ztráta identity jednotlivých nemocnic, lze řešit ponecháním názvu a určením
- Různé hodnoty ztrátovosti, závazků a pohledávek před fúzí, nejdelší a nejsložitější realizace i díky nejednotnosti v oblasti vlastnictví majetku (nemocnice/kraj)

Ekonomické předpoklady:

- Optimalizace lékařského a nelékařského personálu
- Redukce nezdravotnického personálu
 - Ekonomicko – účetní
 - Personálně – právní
 - Provozně – technické
 - IT (vzhledem k značnému plánovanému rozvoji možný i nárůst)
- Optimalizace odborné struktury nemocnic včetně velikosti plochy pro poskytování zdravotní péče
- Rozšíření počtu ambulancí v nemocnicích a mimo ně
- Jedna dopravní služba
- Optimalizace laboratoří (HTO a OKB) za předpokladu ponechání základních vyšetření v jednotlivých nemocnicích, ostatní sváženo do laboratoří KNTB a při zhodnocení ekonomické nevýhodnosti zpracování mimo holding na základě poptávkového řízení

Základní rysy možného směřování krajského zdravotnictví a jednotlivých nemocnic

- Důraz na vysokou kvalitu poskytované zdravotní péče z pohledu počtu výkonů směřující k charakteru „center excellence“ za současného snížení nákladů v koncentraci technologií, personálu a využití prostor (sály, JIP).
 - Koncentrace akutní péče do KNTB – traumatologie, krvácivé stavy, kardiologie, neurologie
 - Koncentrace onkologie, onkochirurgie, hematologie, genetiky do KNTB
 - Koncentrace dle počtu výkonů v oboru ORL, ortopedie, neurochirurgie, stomatochirurgie, plastická chirurgie, laboratorní medicína, mikrobiologie, transfúzní lékařství, infekce
 - Jednodenní chirurgie a plánovaná chirurgie
 - Koncentrace dětské chirurgie do KNTB s rozvojem dětské intenzivní péče
- Akreditace systémem SAK popisující kvalitu v souladu s legislativou

- Vytvoření hierarchizace u ostatních oborů s centrálním odborným řízením a jasným nastavením výkonů s odpovídajícím personálním, technologickým a prostorovým zajištěním
- Společné lůžkové fondy chirurgické, interní a i intenzivní péče
- Maximální realizace zdravotní péče v krajských nemocnicích s výjimkou superspecializované péče, pro kterou je počet výkonů v kraji nedostačující
- Obhájení všech center specializované péče
- Rozšíření o komplexní neurologické centrum s rozvojem intervenční radiologie a cévní chirurgie a pneumoonkocentra
- Rozšíření kardiologického centra
- Umožnění lékařům odborný růst dle schopností a vůle v hierarchicky odborně vyšších pracovištích.
- Spolupodílení lékařů na UPS v KNTB s předpokládaným omezením v ostatních nemocnicích
- Rozvoj diagnostických metod ve všech nemocnicích
- Rozvoj rehabilitace a doléčování zejména v nemocnicích mimo KNTB
- Rozvoj geriatrické a paliativní péče v nemocnicích mimo KNTB

Krajská nemocnice T. Bati, a. s. - akutní nemocnice (kardiologie, traumatologie, onkochirurgie a centra specializované péče)

- Zrušení lůžkového infekčního oddělení, ponechání ambulance, některé dg na interním nebo kožním oddělení
- Využití prostor po infekčním lůžkovém oddělení pro plicní oddělení – rozvoj spánkové laboratoře, speciální vyšetřovací metody
- Obhájení všech center specializované péče
- Traumacentrum – koncentrace do KNTB, všechna traumata řešena zde nebo konzultována zde před překladem do jiného traumacentra
- Urgentní příjem s observací, koncentrace akutní péče
- Rozvoj intervenční radiologie
- Komplexní cerebrovaskulární centrum
- Pneumoonkocentrum
- Spojení ARO a OIP
- Spojení nukleární medicíny a zobrazovacích metod
- Spojení chirurgie a plastické chirurgie
- Řešení lůžkové fondu ortopedie, traumatologie, stomatochirurgie, cévní chirurgie, plastická chirurgie
- Chirurgie, urologie, gynekologie – koncentrace onkochirurgie a akutní péče, plánovaná péče přesunuta do ostatních nemocnic
- Onkologie s vlastními ambulancemi v ostatních nemocnicích
- Centralizace laboratorních metod - sjednocení technologií, jednotné vedení, kontrola nad vzorky odcházejícími mimo holding
- Rozvoj dětské intenzivní péče
- Základní dětská chirurgie – jediná v kraji

Uherskohradištská nemocnice a. s. - elektivní chirurgie a základní interní obory

- Dobudování monobloku interních oborů – interna, neurologie, plicní
- Rozvoj geriatry a ošetrovatelské péče
- Společný fond chirurgických oborů zaměřený na plánované výkony a základní péči ve všech oborech – zrušení lůžkového fondu ORL a traumatologie
- Lůžková RHB rozšíření
- Ošetrovatelská lůžka, sociální lůžka
- Diagnostika, doléčování
- Centrální příjem pro příchozí
- Spojení nukleární medicíny a zobrazovacích metod

Kroměřížská nemocnice a. s. – ambulantní, diagnostická, plánovaná péče, doléčovací, rehabilitační

- Porodnice – domácí, přátelská, nadstandardní
- Neonatologie řízena s KNTB
- Dětského lůžkové oddělení nebo ambulance se stacionářem
- Zrušení lůžek očního oddělení
- Společný lůžkový fond interních oborů – interna, neurologie, plicní
- Společný lůžkový fond chirurgických oborů – urologie, chirurgie, ortopedie, gynekologie
- Vybudování objektu ambulancí s MR
- Rehabilitační lůžka
- Jednodenní chirurgie
- Geriatrie, ošetrovatelská lůžka, paliativní péče
- Spojení ARO a JIP a emergency
- Centrální příjem pro příchozí

Vsetínská nemocnice a. s. - základní chirurgie a interna, diagnostika, plánované výkony, jednoduché akutní výkony, doléčovací, rehabilitační

- Dobudování bloku interních oborů – interna, plicní, neurologie
- Ošetrovatelská lůžka, geriatry
- Přehodnocení velikosti pavilonu pro chirurgické obory se společným lůžkovým fondem pro chirurgii, ortopedii, gynekologii a urologii - jednodenní chirurgie
- Dětské oddělení lůžkové nebo ambulance se stacionářem a neonatologií z KNTB
- Ambulantní blok s MR, obměna CT- poliklinika
- Spojení ARO a chir. JIP a emergency jako součást chirurgického monobloku
- Centrální příjem pro příchozí

Předpokládáme, že systém úhrady v systému DRG bude zachován a bude naopak posilován princip „peníze za pacientem“ tedy za vyřešenou diagnózou. Bude proto nutné zabránit odlivů pacientů mimo kraj ve výkonech, které zde mohou být realizovány. Cílem je vytvořit kvalitní zdravotnický odborný systém, ve kterém bude prováděna většina výkonů na vysoké odborné úrovni a v dostatečném počtu, který umožní erudici, minimum komplikací, dobrou pověst a odpovídající úhradu od zdravotních pojišťoven. Předpokládá se maximální využití

kvalifikovaného personálu, technologií a prostor a tím snížení nákladů na péči a možnost navýšení osobních nákladů. Koncentrace péče bude zajištěna dobrou informovaností občanů kraje a u akutních stavů ZZS, která dnes slouží jako mobilní zdravotnické zařízení a je schopna přivést pacienta do nejvhodnějšího zařízení, kde mu bude poskytnuta péče s náležitou odbornou erudicí a úrovní. Hierarchický systém bude znamenat koncentraci většiny akutní a náročné péče do KNTB. Ostatní nemocnice budou realizovat zejména diagnostiku, plánovanou péči a doléčování. Každá nemocnice, mimo KNTB, bude mít postaven klíčový obor, ve kterém bude vynikat. U akutních stavů KNTB. Ostatní stavy budou přijaty na centrální příjmy ostatních nemocnic a dle stavu realizovány tam, nebo transportovány do KNTB nebo do superspecializovaného centra mimo kraj (většinou FN).

V prvním pololetí se bude realizovat odborná diskuze s leadry jednotlivých oborů nemocnic, specialistů mimo kraj a odborníků na systémy zdravotní péče v jiných zemích. Rozhodnutí budou podkladem k jednání se zdravotními pojišťovnami na nastavení odborné hierarchie a úrovní při dojednávání rámcové smlouvy a úhradových podmínek na další