

FOND POSTELÍ V SIETI NEMOCNIČNÝCH ZARIADENÍ Slovenskej republiky

1. časť



Štúdia z materiálov MZ SR, hodnotené údaje sú za rok 2005

Marec 2007

Nemocnice sú najdôležitejším článkom v hierarchii poskytovania zdravotnej starostlivosti (ZS). V štátoch západnej Európy spotrebujú 70 % rozpočtu zdravotníctva, 50% lekárskeho a 75 % ošetrovateľského personálu. Historické základy nemocničnej siete i posteľovej kapacity zohľadňovali požiadavku dostupnosti v súlade s dobovými technologickými a biomedicínskymi algoritmami diagnostiky a liečby a ekonomickými možnosťami systému.

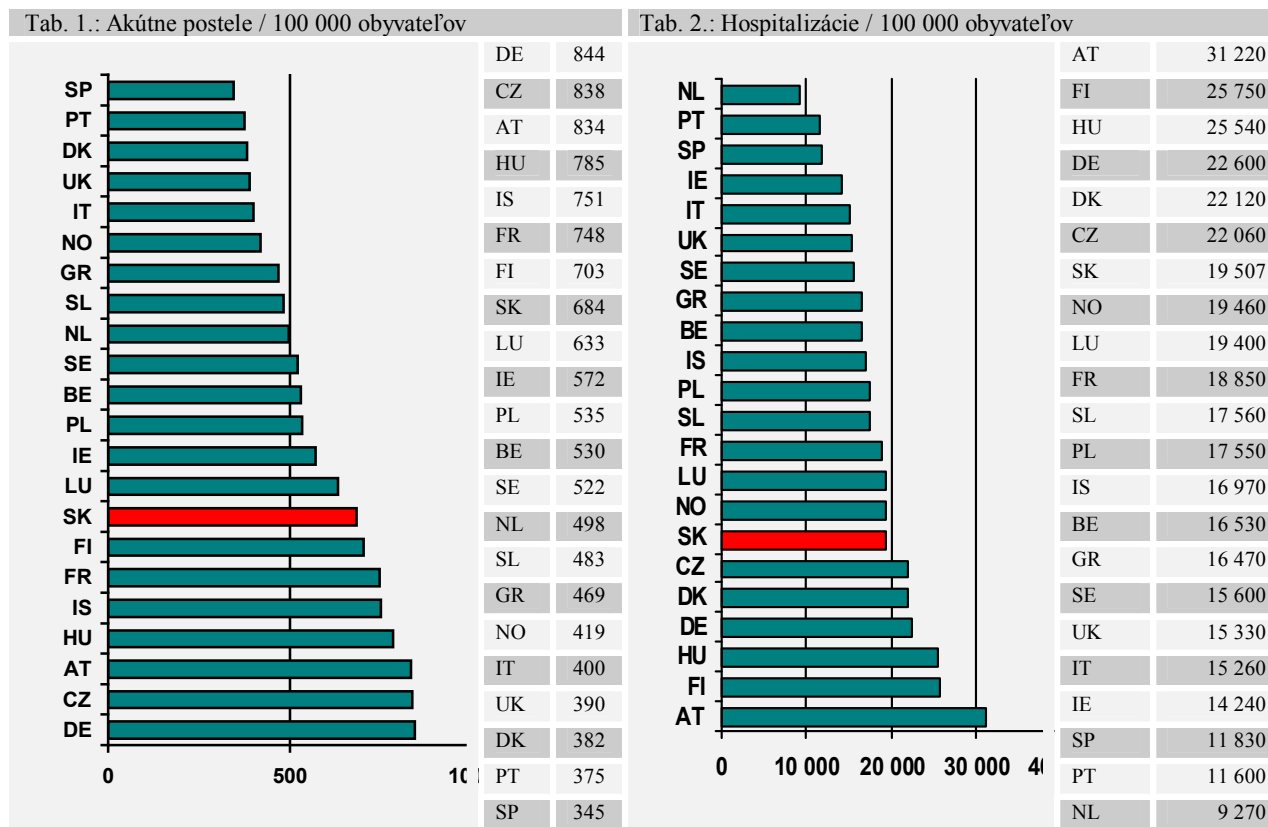
Medicínsky a technický vývoj v zdravotníctve viedol k nástupu veľkej techniky do procesných reťazcov so zvýšením kvality ZS, ale i jej ceny a filozofiu neziskovej solidárnosti začal ovplyvňovať komerčný biznis. Zdravotnícka technika skrátila čas diagnostiky a liečby a umožnila presun jednoduchých výkonov do ambulantnej zložky. Zmeny medicínskych algoritmov a ekonomická náročnosť technického zabezpečenia si vynútili reštrukturalizáciu nemocníc a typizáciu nemocničnej ZS s redukciou fondu akútnych postelí.

Vývojovým trendom je koncentrácia multidisciplinárnej ZS do územných nemocníc pre spád 100 000 – 500 000 obyvateľov, spojenie viac nemocníc pod jednu manažérsku štruktúru, tiež odčlenenie chronických lôžok z akútnych nemocníc. V blízkosti akútnych nemocníc vznikajú malé špecializované (monotematické) nemocnice a pracoviská jednotňovej chirurgickej liečby.

Vo väčšine štátov západnej Európy reštrukturalizácia siete nemocníc prebehla koncom minulého storočia. Skúsenosti potvrdzujú, že ľahšie sa redukujú posteľe ako nemocnice, že najväčším problémom sú malé lokálne nemocnice, schopné poskytovať iba ošetrovateľskú starostlivosť a drobné inštrumentálne výkony. Ich zrušenie naráža na odpor domácich politikov, ktorí považujú nemocnicu za zdroj pracovných príležitostí a prestíž mesta, pri väčších vzdialenostiach argumentujú zníženou dostupnosťou ZS. Pri hľadaní odpovede na otázku, koľko potrebujeme nemocníc a koľko postelí, sa musí zohľadniť :

- Socioekonomický stav populácie
- Incidencia a prevalencia ochorení
- Komplexnosť ZS
- Ekonomická a medicínska efektivita a rentabilita nepretržitej dostupnosti

Posteľový fond a prijatí pacienti – porovnanie s európskymi štátmi

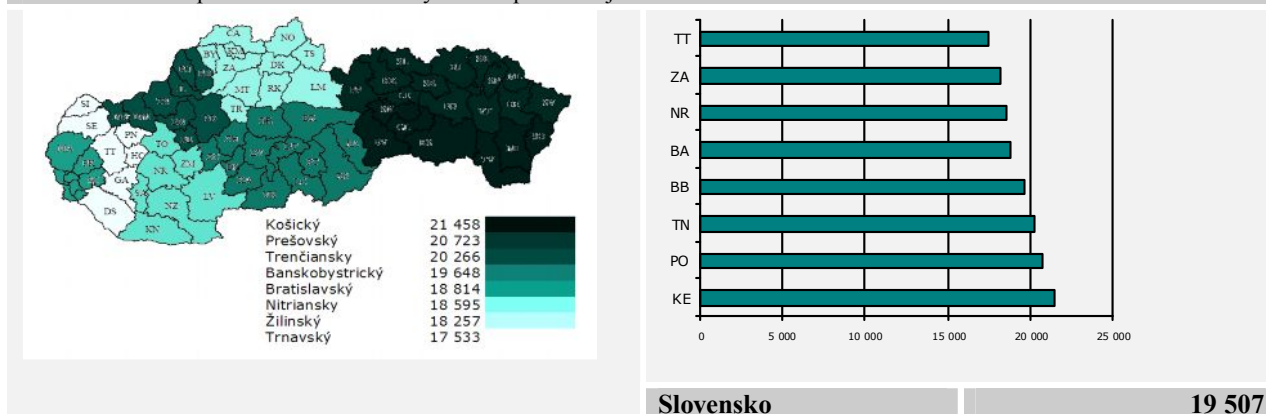


K 31. 12. 2005 bol na Slovensku posteľový fond v 148 zariadeniach 37 131 postelí, priemerne 689 postelí na 100 000 obyvateľov, za rok 2005 bolo vykázaných 995 939 hospitalizácií, priemerne 19 507

na 100 000 obyvateľov. Orientačné porovnanie s európskymi štátmi dokumentujú tabuľky 1 a 2.: Slovensko v počte postelí i v počte hospitalizácií na 100 000 obyvateľov sa nachádza blízko európskych priemerov. Podľa European Observatory on Health system and Policies veľké rozdiely medzi štátmi sú spôsobené rozdielnymi národnými kritériami na akútne a chronické lôžka. Údaje zo Slovenska sa týkajú celkového posteľového fondu, bez odpočítania chronických postelí.

Posteľový fond a prijatí pacienti – porovnanie podľa krajov a okresov

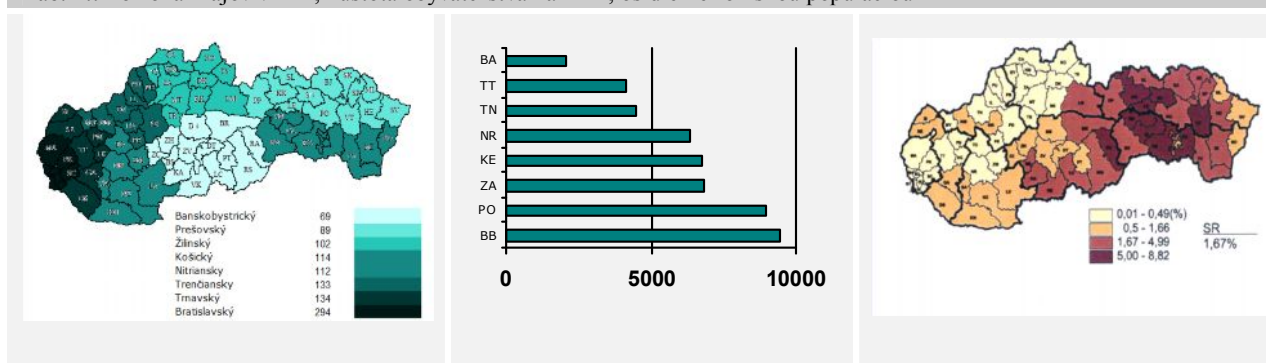
Tab. 3.: Počet hospitalizácií / 100 000 obyvateľov podľa krajov



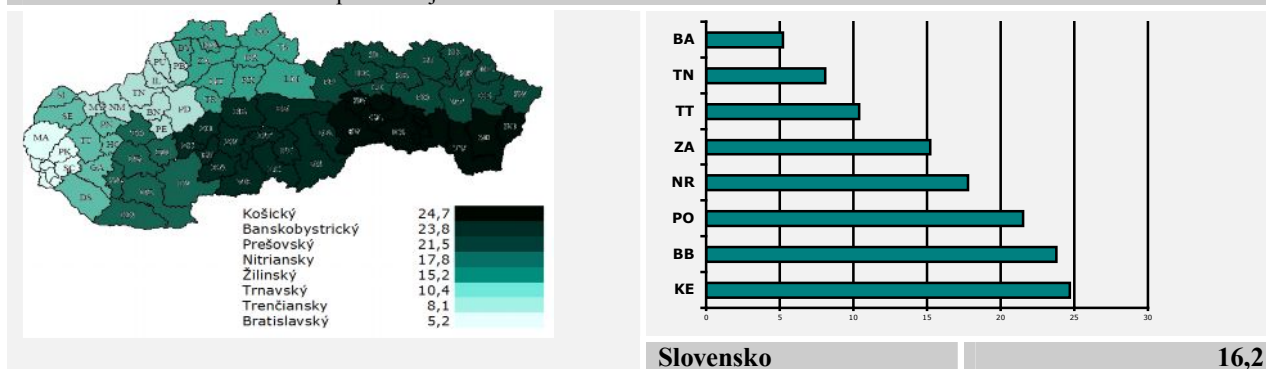
Najnižšia hospitalizovanosť je v trnavskom, žilinskom a nitrianskom kraji, najvyššia v košickom, prešovskom a trenčianskom kraji (tab. 3).

Pozn.: Hospitalizovanosť znamená počet hospitalizovaných zo 100 000 obyvateľov územia v hociktorom ústavnom zariadení.

Tab. 4.: Rozloha krajov v km², hustota obyvateľstva na km², osídlenie rómskou populáciou

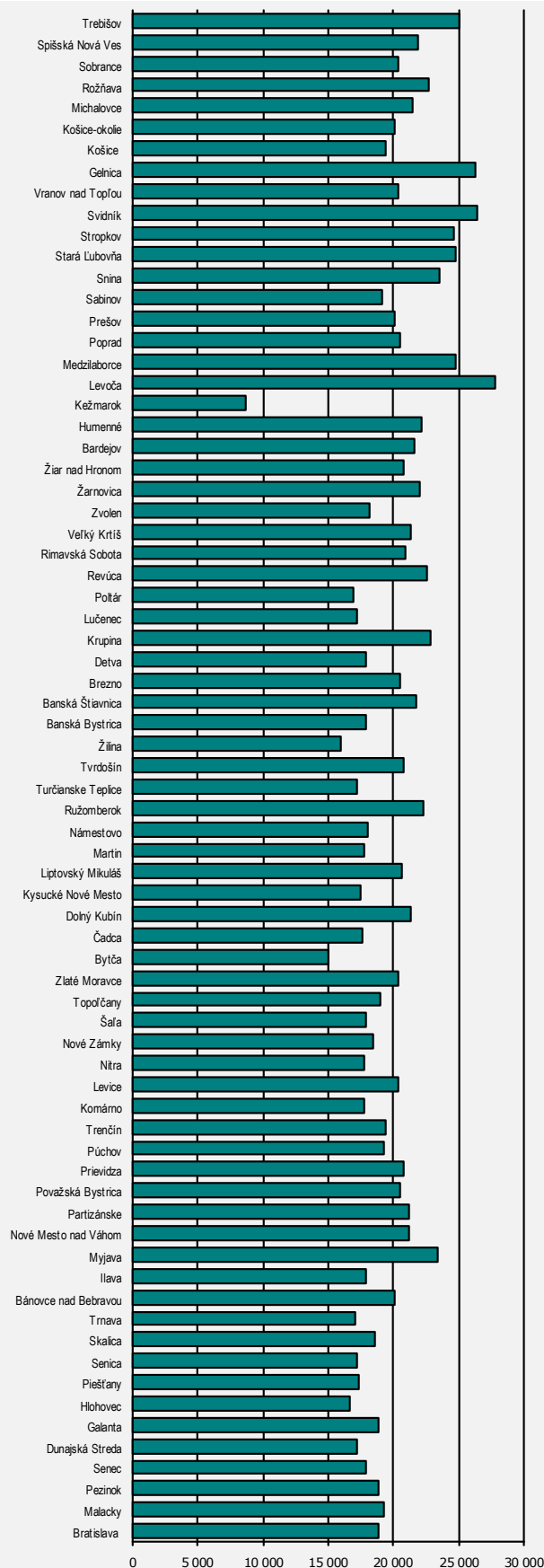


Tab. 5.: Miera nezamestnanosti podľa krajov



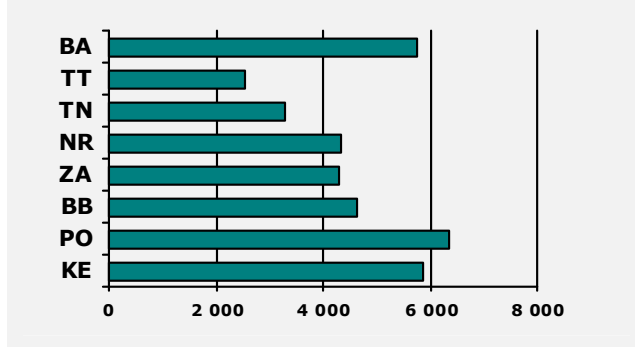
Tab. 6.: Počet hospitalizovaných z okresov / 100 000 obyvateľov

Okres	/100 000
Bratislava	18 847
Malacky	19 255
Pezinok	18 900
Senec	17 932
Dunajská Streda	17 177
Galanta	18 825
Hlohovec	16 683
Piešťany	17 334
Senica	17 261
Skalica	18 631
Trnava	17 014
Bánovce nad Bebravou	20 098
Ilava	17 870
Myjava	23 420
Nové Mesto nad Váhom	21 227
Partizánske	21 213
Považská Bystrica	20 500
Prievidza	20 830
Púchov	19 298
Trenčín	19 445
Komárno	17 684
Levice	20 329
Nitra	17 759
Nové Zámky	18 374
Šaľa	17 886
Topoľčany	18 935
Zlaté Moravce	20 314
Bytča	15 013
Čadca	17 607
Dolný Kubín	21 342
Kysucké Nové Mesto	17 506
Liptovský Mikuláš	20 677
Martin	17 772
Námestovo	18 059
Ružomberok	22 254
Turčianske Teplice	17 195
Žilina	20 782
Žilina	15 940
Banská Bystrica	17 940
Banská Štiavnica	21 719
Brezno	20 476
Detva	17 843
Krupina	22 814
Lučenec	17 176
Poltár	16 892
Revúca	22 595
Rimavská Sobota	20 955
Veľký Krtíš	21 349
Zvolen	18 216
Žarnovica	22 046
Žiar nad Hronom	20 844
Bardejov	21 661
Humenné	22 221
Kežmarok	8 707
Levoča	27 774
Medzilaborce	24 724
Poprad	20 490
Prešov	20 074
Sabinov	19 189
Snina	23 465
Stará Ľubovňa	24 725
Stropkov	24 595
Svidník	26 361
Vranov nad Topľou	20 303
Gelnica	26 290
Košice	19 423
Košice-okolie	20 077
Michalovce	21 513
Rožňava	22 656
Sobrance	20 411
Spišská Nová Ves	21 936
Trebišov	25 095

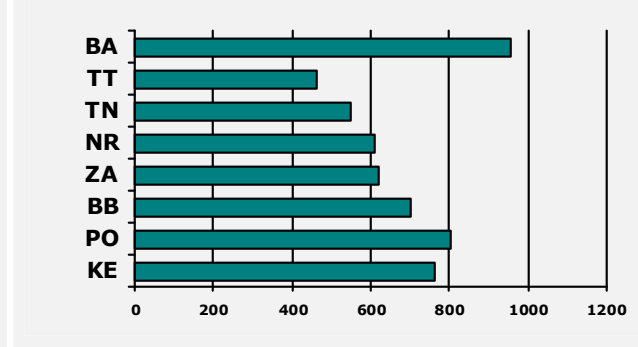


Tab. 4 až 6 dokumentujú, že vyššia hospitalizovanosť je v regiónoch s vyššou nezamestnanosťou, hospodársky menej prosperujúcich. Nepriaznivý socio ekonomický stav regiónu, nižšia vzdelanosť, sa premietajú do slabšieho zdravotného povedomia a vyššej morbidity obyvateľstva, členitý terén a slabo rozvinutá sieť dopravných komunikácií sťažuje životné podmienky najmä staršej populácii, zhoršuje dostupnosť ambulantnej ZS a tým zvyšuje hospitalizovanosť. Tieto vzťahy si vyžadujú hlbšie analýzy a sledovania.

Tab. 7.: Počet postelí v krajoch



Tab. 8.: Počet postelí / 100 000 obyv



Celkový počet postelí v nemocniciach dokumentujú tab. 7 a 8. Na posúdenie kvality posteľového fondu a na označenie nepotrebných postelí je potrebný rozbor podľa typu poskytovanej ZS.

Podľa WHO v súčasnosti sa rozlišuje akútna nemocničná starostlivosť, intermediárna doliečovacia a chronická dlhodobá nemocničná starostlivosť.

II. ČLENENIE NEMOCNIČNÉHO FONDU POSTELÍ PODĽA TYPU POSKYTOVANEJ ZS

SÚČASNÝ STAV

Na Slovensku dlhodobo chýba jasná koncepcia organizácie ZS s vymedzenou sieťou potrebných postelí, rovnako nie sú definované kritéria na označenie typu postelí. V nasledujúcej analýze súčasného posteľového fondu sa použilo členenie na :

1. Akútne posteľe
2. Posteľe pre intermediárnu a dlhodobú starostlivosť
3. Posteľe v monotematicky špecializovaných ústavoch s celoslovenskou pôsobnosťou
4. Iné

Kritéria členenia:

Medzi akútne posteľe sa zaradili všetky nemocničné posteľe v odboroch, v ktorých sa poskytuje ZS, ktorej odklad by znamenal riziko zhoršenia, prechodu do chronicity, vznik komplikácií, atď (576 / 2004 Z. z § 1, bod 3., 577 / 2004 Z.z. § 3, bod 2 a 3).

Medzi chronické posteľe sa zaradili posteľe pre ZS o dlhodobu chorých, paliatívnu, ošetrovateľskú a hospicnú ZS, geriatrické a gerontopsychiatrické posteľe, posteľe pre liečbu drogových závislostí a psychiatrické posteľe, u ktorých akutne posteľe sa nedajú odlíšiť. Medzi intermediárne posteľe sa zaradili doliečovacie a rehabilitačné posteľe.

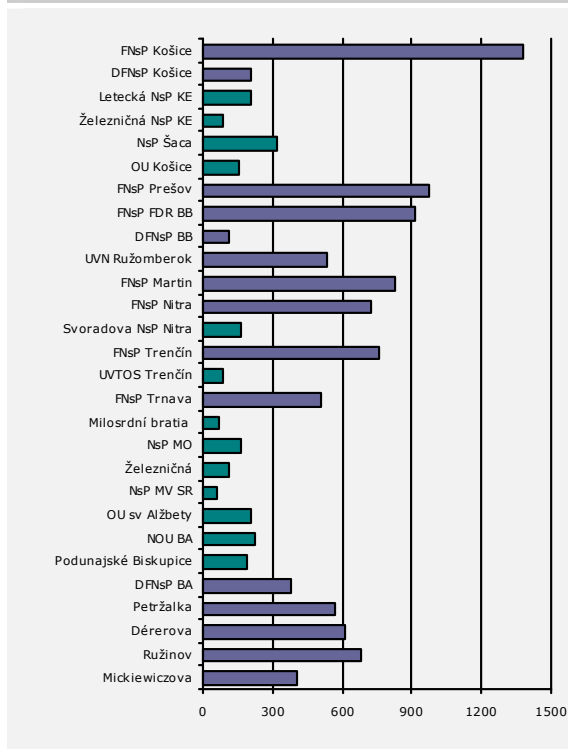
Posteľe špecializovaných ústavov predstavujú mixt akútnych, intermediárnych i chronických postelí.

Posteľe označené ako – iné – nespĺnili kritéria vymenovaných typov.

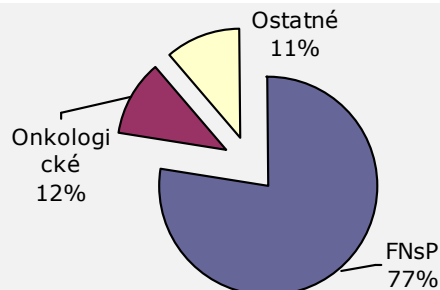
1. ROZBOR FONDU AKÚTNÝCH POSTELÍ

NEMOCNICE A VÝKONY PODĽA OKRESOV

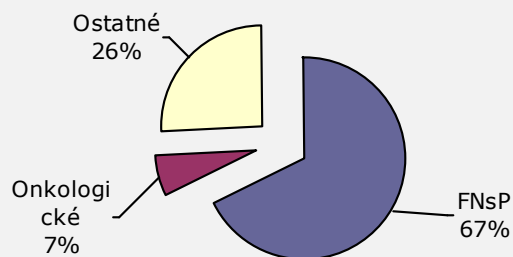
Tab. 9.: Akútne postele vo fakultných a rezortných nemocniciach *



Tab. 9 a.: Akútne postele v Bratislave



Tab. 9 b.: Akútne postele v Košiciach



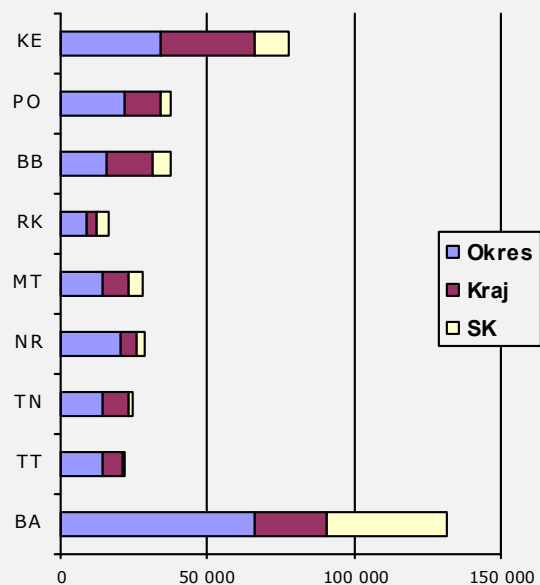
Tab. 9 dokumentuje fond akútnych postelí vo fakultných a rezortných nemocniciach. Nakoľko sú k dispozícii iba výkonové ukazovatele migrácie pacientov podľa okresov bez špecifikácie nemocnice, k príslušnému postelovému fondu sú priradené akútne postele všetkých nemocníc v okrese.

Tab. 10.: Rozbor hospitalizácií pacientov v nemocniciach vybraných okresoch

	Postele	Spolu	Okres	Kraj	Ostatné kraje
BA	3 654	131 790	65 864	24 965	40 961
TT	512	21 987	14 490	6 326	1 171
TN	846	24 212	14 531	8 560	1 121
NR	896	28 324	20 152	5 917	2 255
MT	829	27 886	14 219	8 718	4 949
RK	535	16 094	8 923	3 231	3 940
BB	1 023	37 181	15 892	15 477	5 812
PO	973	37 819	21 920	12 358	3 541
KE	2 357	78 022	33 859	32 126	12 037
SK	11 625	403 315	209 850	117 678	75 787

Tab. 10 a.: počet hospitalizácií na 1 posteli za rok

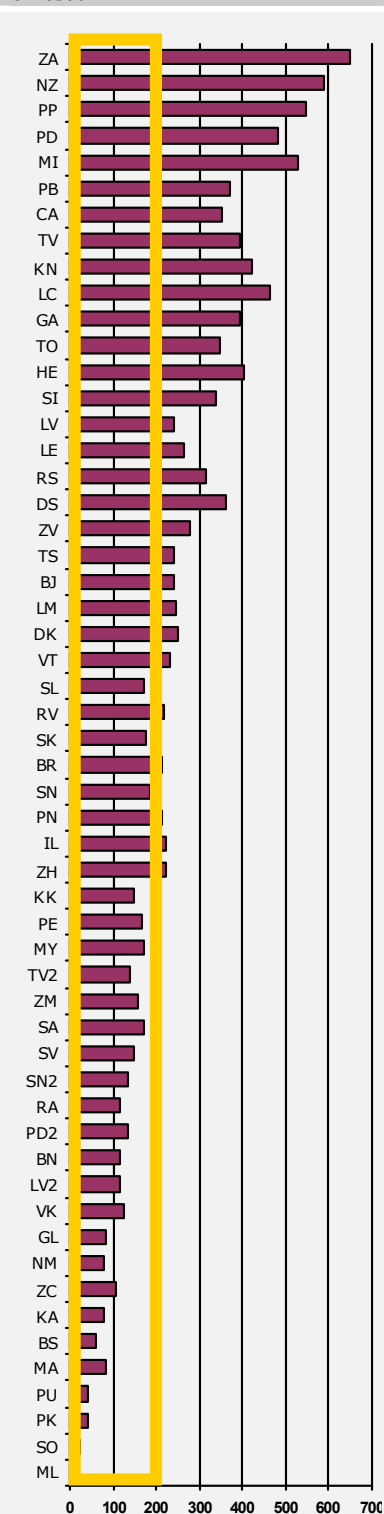
	Spolu	Okres	Kraj	Ostatné kraje
BA	36,1	18,0	6,8	11,2
TT	42,9	28,3	12,4	2,3
TN	28,6	17,2	10,1	1,3
NR	31,6	22,5	6,6	2,5
MT	33,6	17,2	10,5	6,0
RK	30,1	16,7	6,0	7,4
BB	36,3	15,5	15,1	5,7
PO	38,9	22,5	12,7	3,6
KE	33,1	14,4	13,6	5,1
SK	34,7	18,1	10,1	6,5



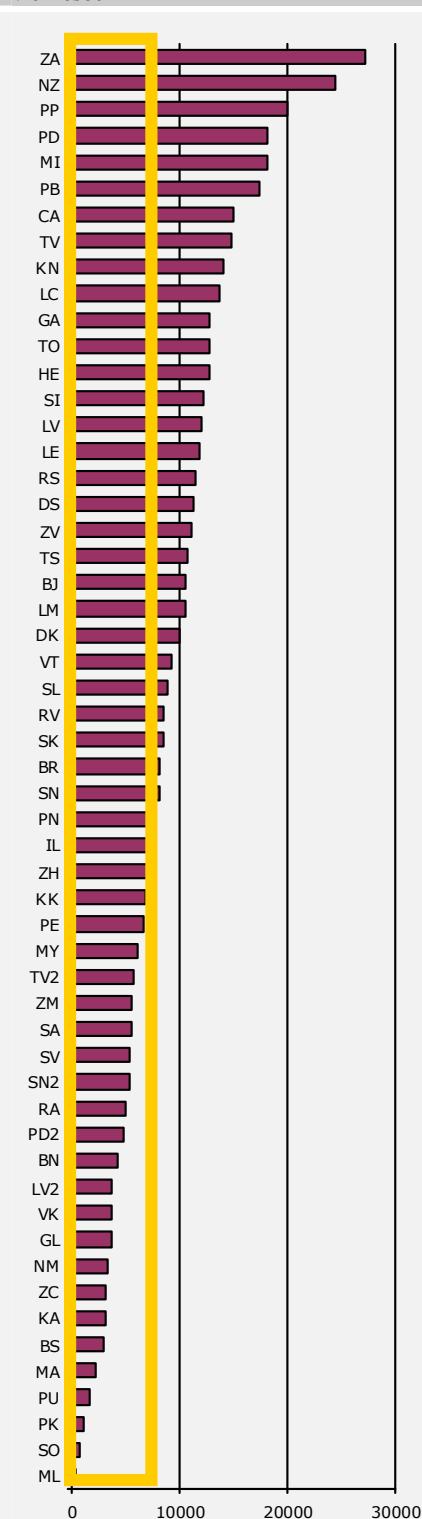
Tab. 10 dokumentuje, komu poskytujú ZS fakultné, rezortné a ostatné nemocnice vybraných okresov. Číže koľko hospitalizujú pacientov (podľa trvalého pobytu) z vlastného okresu, kraja a koľko pacientov z iných krajov.

Tab. 10 a dokumentuje ročný obrát pacientov na 1 posteli, čo je nepriamym ukazovateľom efektivity využitia posteľového fondu. Nadmerná kapacita postelí obrát pacientov na 1 posteli znižuje.

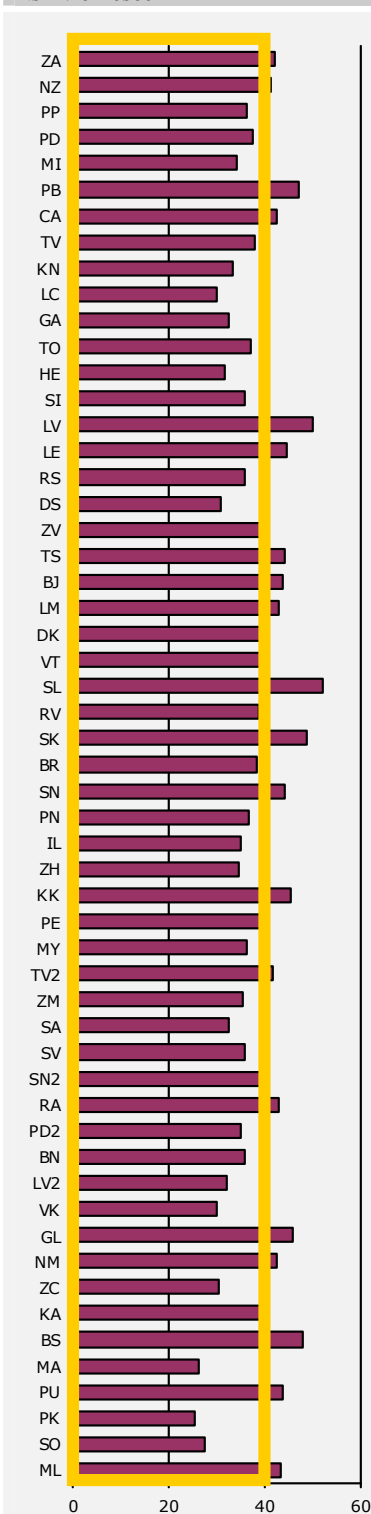
Tab. 11 a.: Počet postelí v NsP v okresoch



Tab. 11 b.: Počet hospitalizácií za rok v NsP v okresoch



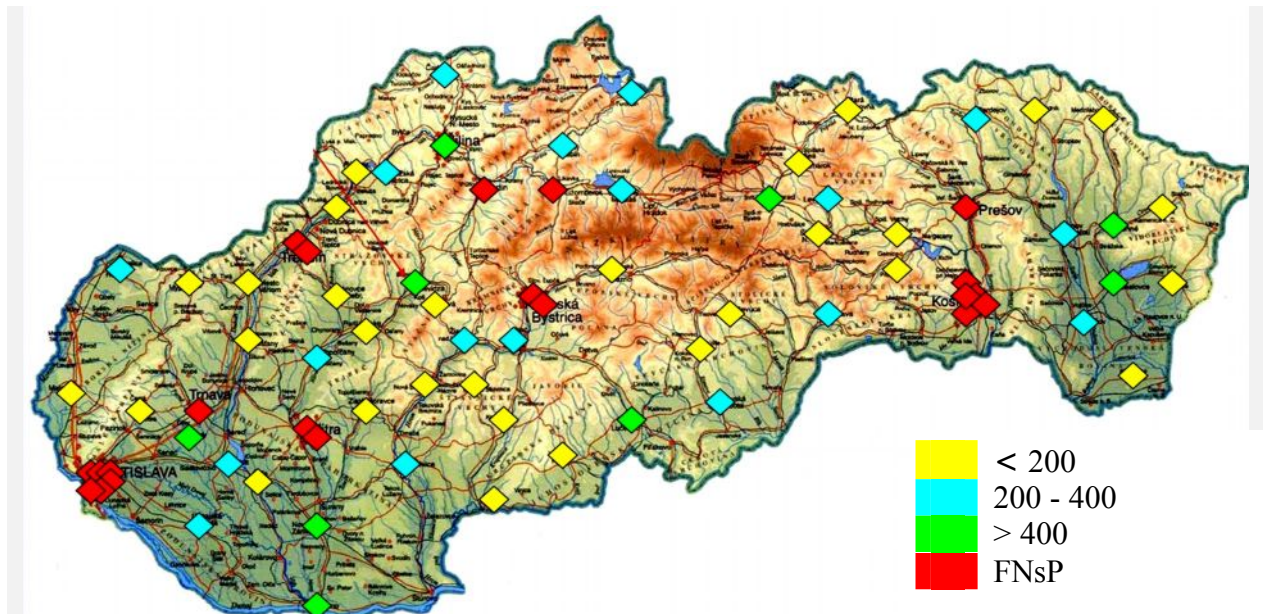
Tab. c.: Počet pacientov / posteľ / rok v NsP v okresoch



Tab. 11 dokumentuje hospitalizácie v ďalších 55 nemocniciach rôznej veľkosti. Podľa OECD a WHO, nemocnice poskytujúce akútnu ZS by mali mať aspoň 200 postelí (optimum 250 – 400 postelí), ročný počet prijatých pacientov minimálne 8 000, obrát pacientov / postel' a / rok cca 38 - 40. Malé nemocnice majú význam iba v špeciálnych geografických podmienkach. Uvedené odporúčenia vychádzajú z ekonomických ukazovateľov vyspelých štátov, kde i malé nemocnice ekonomicky si môžu dovoliť mať potrebný personál i technické vybavenie. Na Slovensku malé nemocnice nemajú žiadne technické vybavenie a s minimálnym množstvom personálu nedokážu zabezpečiť nepretržitú dostupnosť akútnej ZS v potrebnom rozsahu.

Efektívny obrát pacientov / postel'/ rok dosahuje iba 26 tzv. okresných nemocníc a 2 fakultné nemocnice. Tento stav je zakonzervovaný plošne pridelovanými výkonovými limitmi od poisťovní, ktoré znižujú efektívnu výkonnosť všetkých nemocníc.

Tab. 12.: Rozmiestnenie nemocníc na Slovensku



Tab. 12 dokumentuje hustú sieť nemocníc, ktorá si vyžaduje revíziu a nové usporiadanie.

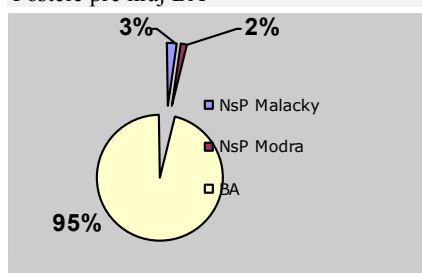
NEMOCNICE A VÝKONY PODĽA KRAJOV

Posudzovalo sa % postelí v jednotlivých nemocniciach z celkového fondu postelí v kraji a % hospitalizácií v jednotlivých nemocniciach, z celkového počtu hospitalizácií realizovaných v kraji. Podľa trvalého pobytu sa posudzovalo % hospitalizácií pacientov z okresu sídliacej nemocnice, z kraja a z iných krajov

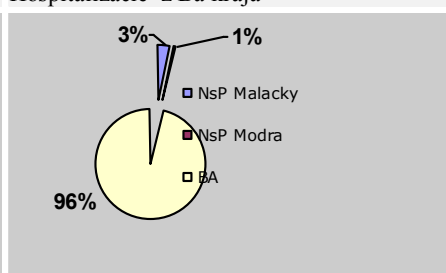
Tab. 13.: Bratislavský kraj

Nemocnica	Pacienti				Postele					
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP Malacky	3 004	141	3 145	578	3 723	68	3	71	13	84
NsP Modra	1 024	15	1 039	24	1 063	40	1	41	1	42
BA	65 864	24 965	90 829	40 961	131 790	1 827	692	2 518	1 136	3 654
Kraj BA	69 892	25 121	95 013	41 563	136 576	1935	696	2630	1150	3 780

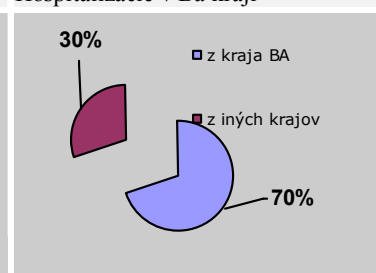
Postele pre kraj BA



Hospitalizácie z Ba kraja



Hospitalizácie v Ba kraji

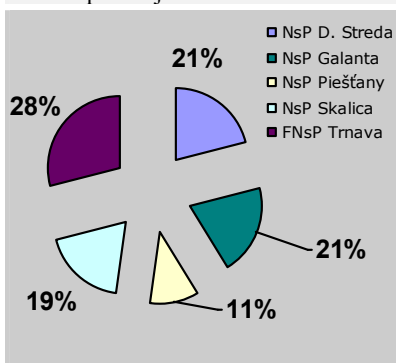


Bratislavské nemocnice zabezpečujú väčšinu hospitalizácií v kraji, 30 % hospitalizovaných pacientov je z iných krajov Slovenska. 30 % posteľového fondu je obsadzovaný pacientmi z iných krajov, z toho 39 % pacientov je z trnavského kraja, 17 % z trenčianskeho kraja a 22 % z nitrianskeho kraja. 22 % pacientov je z ostatných krajov.

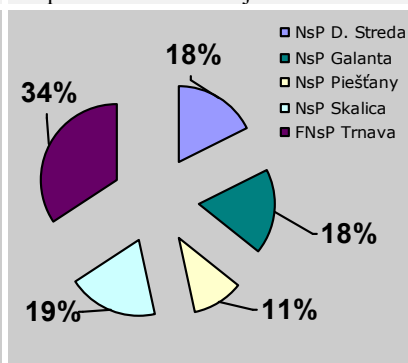
Tab. 14.: Trnavský kraj

Nemocnica	Pacienti				Postele					
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP D. Streda	10 580	132	10 712	443	11 155	344	4	348	14	362
NsP Galanta	10 645	444	11 089	1 570	12 659	332	14	346	49	395
NsP Piešťany	5 849	716	6 565	1 117	7 682	161	20	181	31	212
NsP Skalica	6 370	5 076	11 446	691	12 137	177	142	319	21	340
FNsP Tmava	14 490	6 326	20 816	1 171	21 987	338	147	485	27	512
Kraj TT	47 934	12 694	60 628	4 992	65 620	1352	327	1679	142	1 821

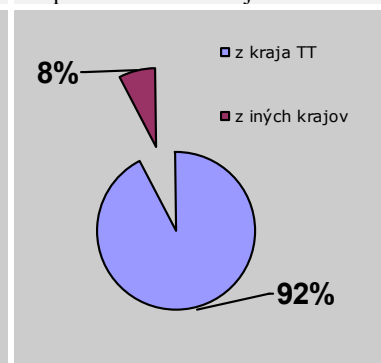
Postele pre kraj TT



Hospitalizácie z TT kraja



Hospitalizácie v TT kraji

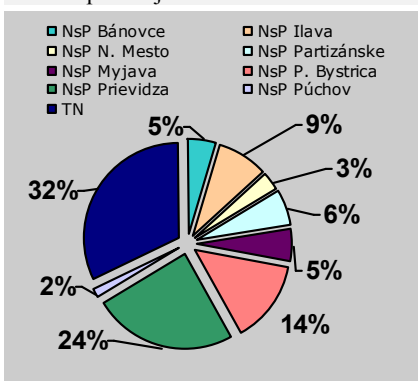


92 % posteľového fondu nemocníc trnavského kraja slúži pacientom z kraja, 8 % pacientov je z iných krajov, predovšetkým z bratislavského, trenčianskeho a nitrianskeho kraja. Trnavská fakultná nemocnica dosahuje najvyšší obrat pacientov / posteľ / rok.

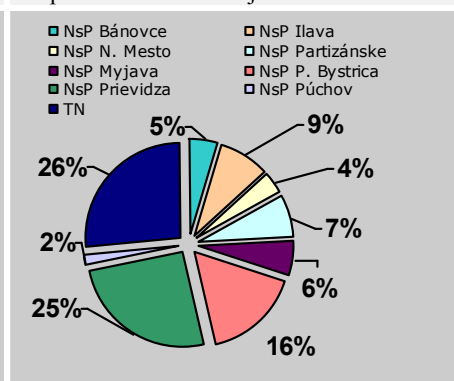
Tab. 15.: Trenčiansky kraj

Nemocnica	Pacienti				Postele					
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP Bánovce	3 921	212	4 133	73	4 206	110	6	116	2	118
NsP Ilava	5 462	2 054	7 516	123	7 639	160	60	220	4	222
NsP N. Mesto	3 211	108	3 319	88	3 407	75	3	78	2	80
NsP Partizánske	5 678	604	6 282	393	6 675	140	15	155	10	165
NsP Myjava	4 083	796	4 879	1 483	6 362	109	21	130	40	170
NsP P. Bystrica	9 524	4 281	13 805	862	14 667	241	108	349	22	370
NsP Prievidza	21 824	307	22 131	571	22 702	594	8	602	16	619
NsP Púchov	1 372	184	1 556	86	1 642	34	4	38	2	40
TN	14 531	8 560	23 091	1 121	24 212	508	299	807	39	846
Kraj TN	69 606	17 106	86 712	4 800	91 512	1 971	524	2 495	135	2 630

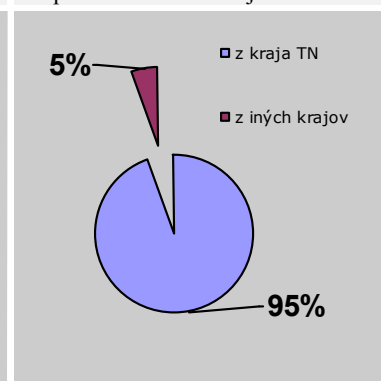
Postele pre kraj TN



Hospitalizácie z TN kraja



Hospitalizácie v TN kraji



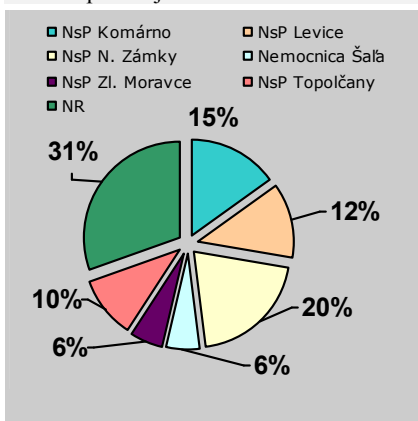
Roztrieštená sieť veľkého počtu malých nemocníc s najnižším obratom pacientov. FNŠP Trenčín disponuje s 32 % lôžkami v kraji, ale prispieva iba s 29 % výkonmi. Efektívnejšie využitie posteľových kapacít by sa dosiahlo zrušením akútnych lôžok v Handlovej, v Púchove, Bánovciach nad Bebravou, Novom meste nad Váhom a s priradením personálu i pacientov k Prievidzi, Považskej Bystrici, Partizánskému, Ilave a Myjave.

Pozn.: Lôžka a výkony nemocnice v Handlovej sú zarátané v NsP Prievidza.

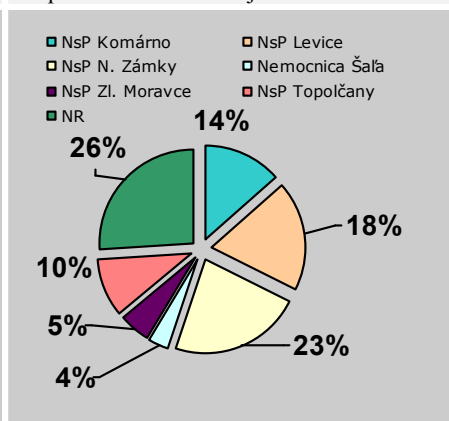
Tab. 16.: Nitriansky kraj

Nemocnica	Pacienti				Postele					
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP Komárno	11 887	1 762	13 649	396	14 045	360	53	413	10	423
NsP Levice	17 130	1 227	18 357	1 339	19 696	311	22	333	25	358
NsP N. Zámky	18 793	3 971	22 764	1 860	24 624	449	95	544	47	591
Nemocnica Šaľa	3 398	187	3 585	478	4 063	143	8	151	19	170
NsP Zl. Moravce	4 731	673	5 404	281	5 685	132	19	151	8	159
NsP Topoľčany	9 153	603	9 756	2 628	12 384	257	17	274	73	347
NR	20 152	5 917	26 069	2 255	28 324	636	187	823	73	896
Kraj NR	85 244	14 340	99 584	9 237	108 821	2288	401	2689	255	2 944

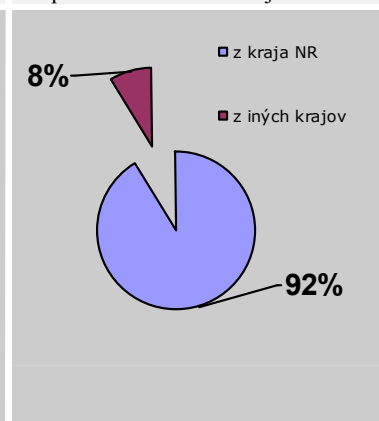
Postele pre kraj NR



Hospitalizácie z NR kraja



Hospitalizácie v NR kraji

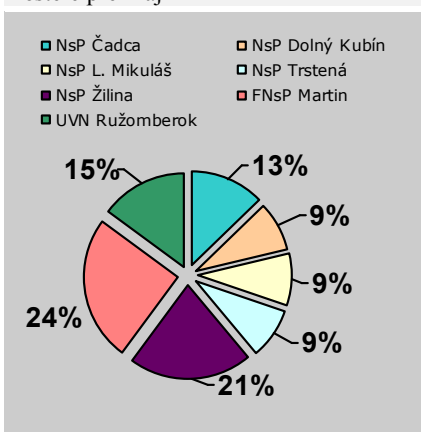


Nitriansky kraj je v skupine krajov s nízkym obratom pacientov / posteľ/ rok. 8 % hospitalizovaných pacientov je z iných krajov, predovšetkým z TN, ZA a BB. K zvýšeniu výkonnosti nemocníc by došlo zrušením akútnych lôžok v Šali a Šahách, otázna je i nemocnica v Zlatých Moravciach a Svoradova nemocnica v Nitre.

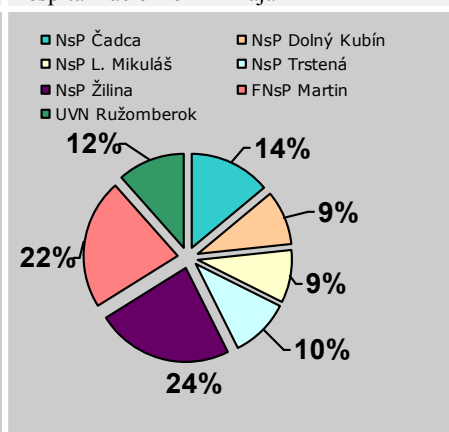
Tab. 17.: Žilinský kraj

Nemocnica	Pacienti					Postele				
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP Čadca	11 382	3 065	14 447	126	14 573	274	74	348	3	351
NsP Dolný Kubín	5 618	3 971	9 589	401	9 990	140	99	239	11	250
NsP L. Mikuláš	8 978	414	9 392	414	9 806	227	10	237	10	247
NsP Trstená	5 123	5 313	10 436	207	10 643	116	121	237	5	242
NsP Žilina	18 302	6 280	24 582	2 599	27 181	436	150	586	65	651
FNSP Martin	14 219	8 718	22 937	4 949	27 886	423	259	682	147	829
UVN Ružomberok	8 923	3 231	12 154	3 940	16 094	294	108	402	133	535
Kraj Žilina	72 545	30 992	103 537	12 636	116 173	1910	821	2731	374	3 105

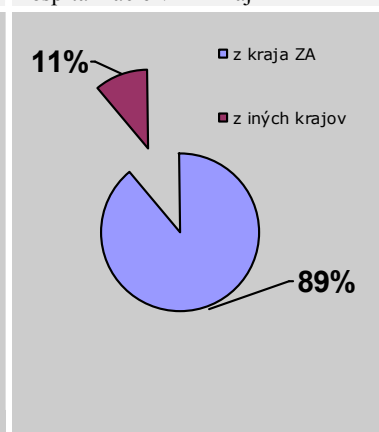
Postele pre kraj ZA



Hospitalizácie zo ZA kraja



Hospitalizácie v ZA kraji

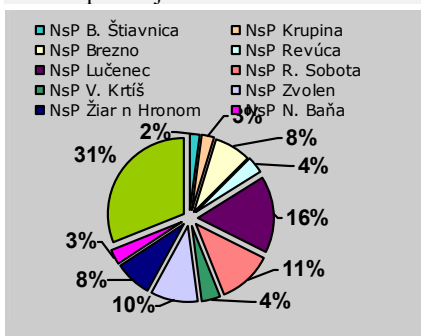


Najviac postelí pre žilinský kraj je vo FNSP Martin, najvýkonnejšou nemocnicou je NsP Žilina. Vyvážené usporiadanie nemocníc v kraji so slušnou výkonnosťou. Najnižší obrat pacientov / posteľ / rok je v UVN Ružomberok a FNSP Martin.

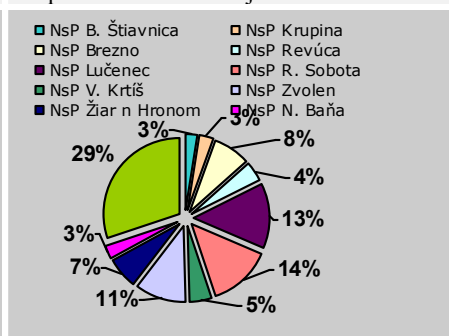
Tab. 18.: Banskobystrický kraj

Nemocnica	Pacienti					Postele				
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP B. Štiavnica	1 944	674	2 618	311	2 929	41	14	55	7	62
NsP Krupina	2 749	373	3 122	66	3 188	70	9	79	2	81
NsP Brezno	7 653	363	8 016	159	8 175	201	10	211	3	214
NsP Revúca	4 454	175	4 629	368	4 997	102	4	106	9	115
NsP Lučenec	9 663	4 370	14 033	166	14 199	314	142	456	6	462
NsP R. Sobota	11 716	2 289	14 005	214	14 219	260	51	311	6	317
NsP V. Krtíš	4 582	94	4 676	94	4 770	120	2	122	3	125
NsP Zvolen	6 742	4 307	11 049	272	11 321	168	107	275	5	280
NsP Žiar n Hr	5 808	1 280	7 088	276	7 364	175	39	214	8	222
NsP N. Baňa	2 653	45	2 698	507	3 205	88	1	89	17	106
BB	15 892	15 477	31 369	5 812	37 181	440	426	866	157	1 023
Kraj BB	73 856	29 447	103 303	8 245	111 548	1 979	805	2 784	223	3 007

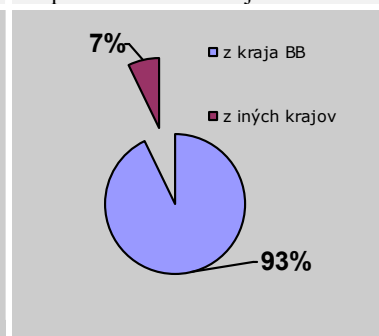
Postele pre kraj BB



Hospitalizácie z BB kraja



Hospitalizácie v BB kraji



Banskobystrický kraj je rozlohou dvojnásobne väčší ako nitriansky, trenčiansky, alebo trnavský kraj, 5 násobne väčší ako bratislavský kraj. Má najnižšiu hustotu obyvateľstva. Ústavnú ZS v Banskobystrickom kraji poskytuje 13 nemocníc, z toho polovica má posteľovú kapacitu okolo 100 alebo menej postelí, nedostatok personálu, chýba základné technické vybavenie. Efektívnejšie využitie posteľového fondu a skvalitnenie akútnej ZS by sa dosiahlo zrušením akútnych lôžok v Hnúšti, Krupine, Banskej Štiavnici a Novej Bani. Nemocnica vo V. Krtíši by sa mala dobudovať.

Pozn.: Postele a výkony z NsP Hnúšťa sú zanorené v NsP R. Sobota.

Tab. 19.: Prešovský kraj

Nemocnica	Pacienti					Postele *+ 149 postelí v Kežmarku				
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP Humenné	9 126	3 241	12 367	311	12 678	290	103	393	10	403
NsP Bardejov	9 452	492	9 944	136	10 080	228	12	240	3	243
NsP Levoča	6 619	1 090	7 709	4 065	11 774	148	25	173	92	265
NsP Medzilaborce	423	10	433	1	434	10	0	10	0	10
NsP Poprad	14 922	3 470	18 392	2 812	21 204	384	90	474	75	549
NsP Snina	4 973	314	5 287	51	5 338	140	9	149	1	150
NsP Svidník	4 827	3 384	8 211	285	8 496	100	70	170	5	175
NsP St.Lubovňa	8 317	507	8 824	92	8 916	160	10	170	2	172
NsP Vranov	8 959	103	9 062	174	9 236	226	3	229	4	233
FNsP Prešov	21 920	12 358	34 278	3 541	37 819	564	318	882	91	973
Kraj PO	89 538	24 969	114 507	11 468	125 975	2250	638	2890	283	*3 322

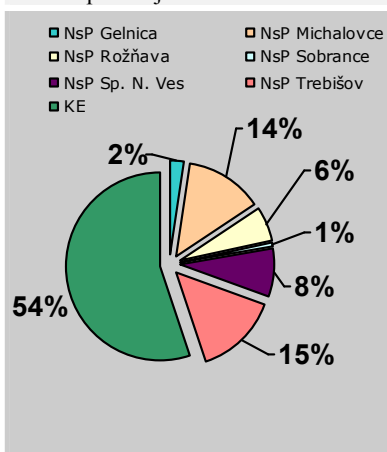
Postele pre kraj PO		Hospitalizácie z PO kraja		Hospitalizácie v PO kraji	

Prešovský kraj je rozlohou druhý najväčší kraj, s nízkou hustotou obyvateľstva a druhý najpočetnejší z hľadiska osídlenia rómskymi komunitami. Má cca o 200 000 obyvateľov viac, ako bratislavský, alebo trnavský kraj. Nemocničná sieť zohľadňuje regionálne geografické požiadavky. Menšie nemocnice dosahujú dobrý obrát pacientov na posteľ, okrem NsP Humenné, kde je potrebné optimalizovať posteľovú kapacitu, čiže redukovať postele, alebo zvýšiť obrát zrušením akútnych lôžok, s presunom pacientov do Humenného. FNsP Prešov a NsP Poprad v sieti majú vyššie percento lôžok, ako je % výkonov, avšak 10 % výkonov sú hospitalizácie pacientov z iných krajov. Akútne postele v NsP Medzilaborce by mali byť zrušené. V štatistických podkladoch chýbajú údaje o NsP Kežmarok, ktorá má 149 akútnych postelí a cca 6500 hospitalizácií ročne.

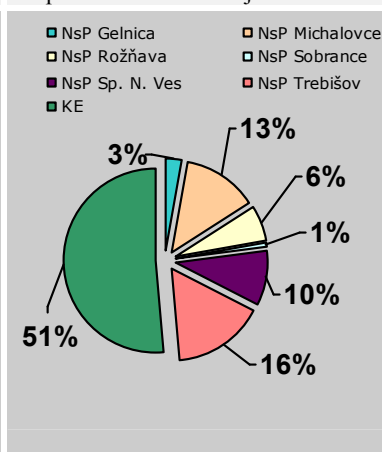
Tab. 20.: Košický kraj

Nemocnica	Pacienti					Postele				
	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu	Okres	Kraj	Spolu	Iné kraje	Spolu
NsP Gelnica	3 560	84	3 644	90	3 734	78	2	80	2	82
NsP Michalovce	14 006	2 845	16 851	1 169	18 020	412	83	495	33	528
NsP Rožňava	7 823	117	7 940	605	8 545	202	3	205	15	220
NsP Sobrance	664	20	684	2	686	24	1	25	0	25
NsP Sp. N. Ves	11 467	1 200	12 667	797	13 464	264	28	292	28	320
NsP Trebišov	18 115	2 607	20 722	428	21 150	458	66	524	8	532
KE	33 859	32 126	65 985	12 037	78 022	1 014	971	1 985	372	2 357
Kraj KE	89 494	38 999	128 493	15 128	143 621	2 452	1 154	3 606	458	4 064

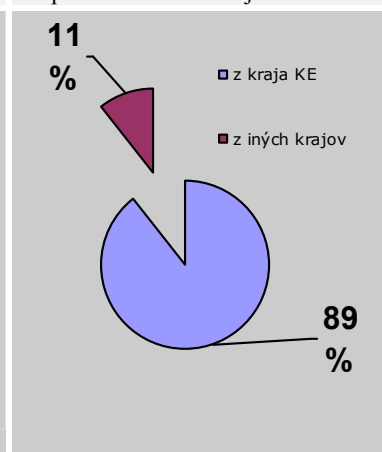
Postele pre kraj KE



Hospitalizácie z KE kraja



Hospitalizácie v KE kraji



54 % postelového fondu košického kraja je v Košiciach, košické nemocnice urobia 50 % výkonov v kraji, čo predstavuje 85 % výkonov nemocnice, 15 % výkonov sú hospitalizácie pacientov z iných krajov. Menšie % výkonov k % vykazovaným posteliam má NsP Michalovce, kde je vhodná optimalizácia kapacity postelí, menší obrát pacientov je v NsP v Kráľovskom Chľmci (postele a výkony sú na grafe prirátané NsP Trebišov), ktorá môže splynúť s NsP Trebišov a postupne zaniknúť. V Sobranciach by akútne postele mali byť zrušené. V rámci okresu sú výkony a postele NsP Krompachy priradené k NsP Sp. Nová Ves, v praxi by mali nemocnice splynúť, resp. jedna z nich zaniknúť.

SUMÁRNE – AKÚTNE POSTELE

Tab. 21.: Absolútny počet akútnych postelí a počet postelí a výkonov na 100 000 obyvateľov

	Akútne postele	Hospitalizácie	Postele/100 000	Hospitaliz. / 100 000	Pac/posteľ/rok
Slovensko	24 673	899 846	458	16 718	36
BA	3 780	136 576	630	22 752	36
TT	1 821	65 620	330	11 874	36
TN	2 630	91 512	437	15 208	35
NR	2 944	108 821	415	15 340	37
ZA	3 105	116 173	448	16 744	37
BB	3 007	111 548	456	16 933	37
PO	3 322	125 975	417	15 829	38
KE	4 064	143 621	528	18 649	35

Tab. 22.: Krajské akútne postele a výkony

	Spolu		/100 000 obyvateľov		Spolu		Pac/posteľ/rok
	Výkony pre kraj	Postele pre kraj	Výkony pre kraj	Postele pre kraj	Výkony pre iné kraje	Postele pre iné kraje	
Slovensko	791 777	21 504	14 710	400	108 069	3020	36
BA	95 013	2 630	15 828	438	41 563	1150	36
TT	60 628	1 679	10 971	304	4 992	142	36
TN	86 712	2 495	14 411	415	4 800	135	35
NR	99 584	2 689	14 038	379	9 237	255	37
ZA	103 537	2 731	14 923	394	12 636	374	37
BB	103 303	2 784	15 682	423	8 245	223	37
PO	114 507	3 039	14 388	382	11 468	283	38
KE	128 493	3 606	16 685	468	15 128	458	35

Tab. 21 dokumentuje, že na Slovensku je v nemocniciach 24 673 akútnych postelí, 458 postelí / 100 000 obyvateľov (bez akútnych psychiatrických postelí). Najviac postelí je v bratislavskom kraji, potom v košickom a banskobystrickom kraji.

Tab. 22 dokumentuje, že pre vlastný kraj nemocnice využívajú 21 504 postelí, 400 postelí / 100 000 obyvateľov, 3020 postelí sa využíva na poskytovanie ZS pacientom z iných krajov. Najviac postelí pre lokálne potreby kraja je v košickom kraji, potom bratislavskom a banskobystrickom kraji.

Najviac výkonov pre iné kraje poskytuje bratislavský kraj, potom košický a žilinský kraj. Bratislavský kraj poskytuje ZS pacientom prevážne z trnavského, trenčianskeho a nitrianskeho kraja. Košický kraj poskytuje ZS najviac pacientom z prešovského kraja, potom žilinského kraja. Žilinský kraj poskytuje ZS najviac pacientom z nitrianskeho, trenčianskeho a banskobystrického kraja. U ostatných krajov je migrácia pacientov vzájomne vyvážená.

Relatívne nižší obrat pacientov na 1 posteľ za rok v košickom kraji pri najvyššom počte krajských výkonov svedčí o rezervách v kapacite postelí, v trenčianskom kraji môže ísť o dôsledok migrácie trenčianskych pacientov do BA.

III. POSTEĽOVÁ KAPACITA ODBORNÝCH ÚSTAVOV S CELOSLOVENSKOU PÔSOBNOSŤOU

Odborné ústavy so subtypom akútnych postelí

Tab. 23.: Ústavy srdcovo cievnych chorôb

Ústav	Postele	Pac	Obložnosť	Pac/posteľ
UKVCH BA	238	6 537	63	27
Detské kardiocentrum BA	47	1 049	54	22
SUSCH BB	80	3 167	71	40
VUSCH KE	136	4 667	57	34
Spolu	501	15 420		31

Tab. 24.: Ostatné odborné ústavy

Ústav	Postele	Pac	Obložnosť	Pac/posteľ
VURCH PIEŠŤANY	110	2 003	82	18
Diabetes - Lubochňa	115	1 759	66	15
Endokrinológia - Lubochňa	75	1 488	68	20
TAPCH Vyšné Hágy	400	5 910	68	15
Spolu	700	11 160		16

Tab. 23 dokumentuje rezervy v efektívnom využití existujúcich posteľových kapacít ústavov srdcovo cievnych chorôb. Odstránením limitov a zvýšením obratu pacientov sa dosiahne skrátenie čakacej doby na výkon a skvalitnenie liečby. Rovnako sa musí zvýšiť využitie kapacít ostatných ústavov.

Odborné ústavy so subtypom chronických postelí

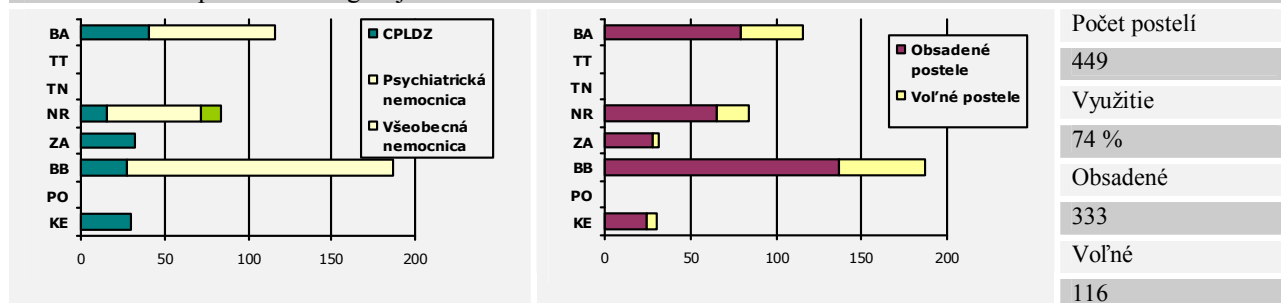
Tab. 25.: Liečebne pľúcnych a kožných ochorení

Ústavy	Postele	Pac	Obložnosť	Obsadené	Voľné
Nová Polianka	172	1 765	56	96	76
Nový Smokovec	275	1 725	32	88	187
Tatranská Kotlina	180	1 136	33	60	120
Tatranská Polianka	256	1 218	23	59	197
Dolný Smokovec - D	290	3 023	53	154	136
Kvetnica	181	2 096	60	107	74
Detský liečebný ústav Trávnica	50	297	34	17	33
Psychiatrický ústav Muráň	40	69	29	12	28
Spolu	1 444	11 329		593	851

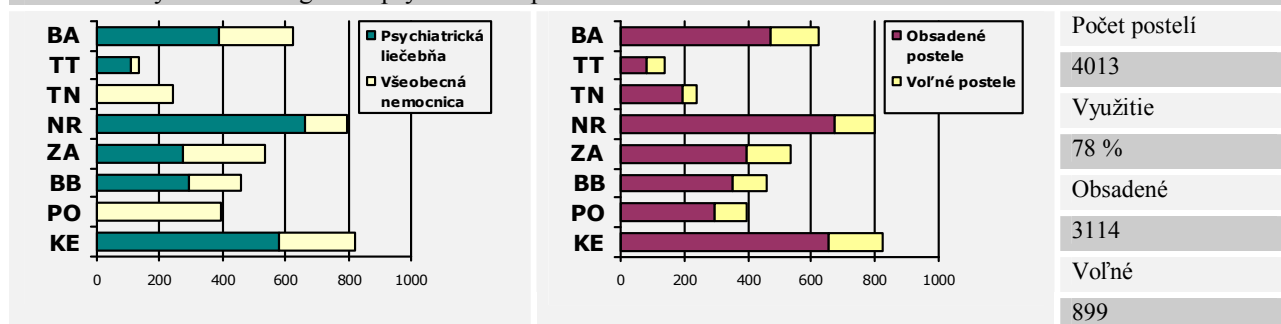
Liečebne pľúcnych a kožných ochorení nie je možné zaraďovať medzi akútne nemocničné postele. Tab. 25 dokumentuje ich naddimenzovanú posteľovú kapacitu, s nízkou využiteľnosťou. Cca 500 postelí je možné uvoľniť pre turistické pobyty.

IV. POSTELE PRE DLHODOBÚ A INTERMEDIÁRNU NEMOCNIČNÚ ZS

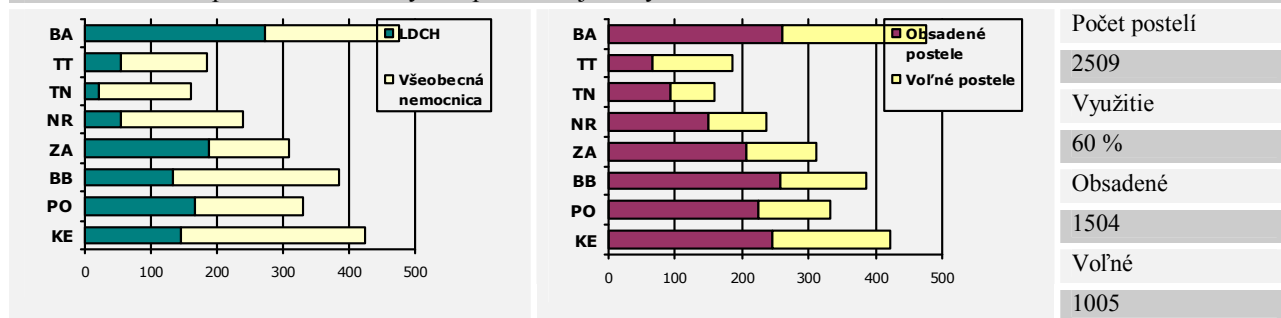
Tab.26.:Postele pre liečbu drogovej závislosti



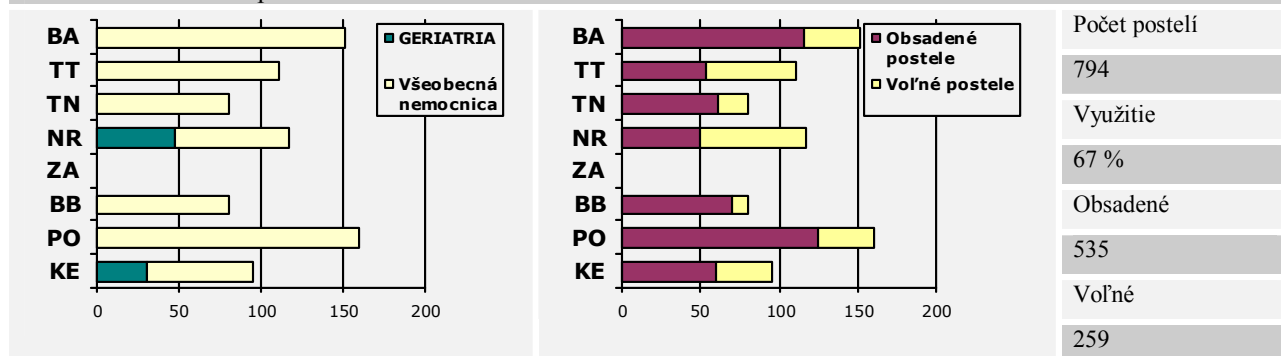
Tab. 27.: Psychiatrické a gerontopsychiatrické postele



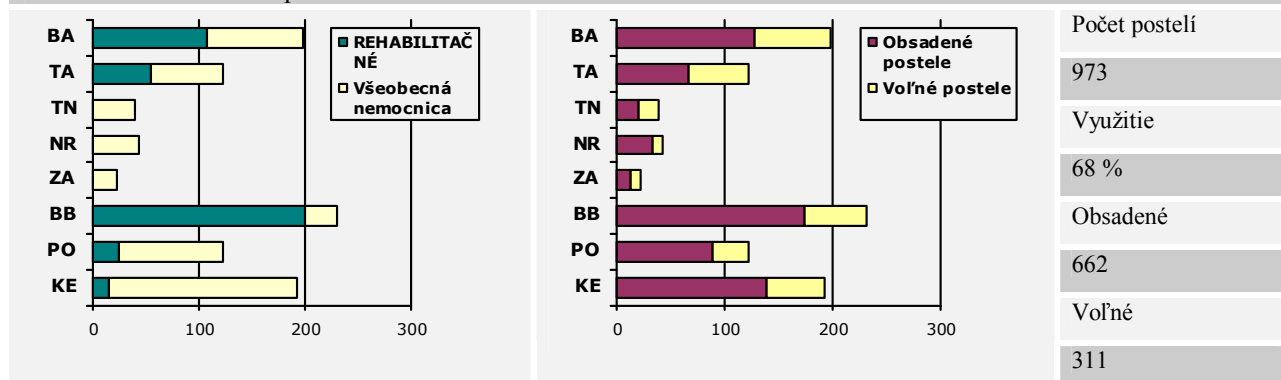
Tab. 28.: Postele pre dlhodobu chorých a paliatívnej liečby



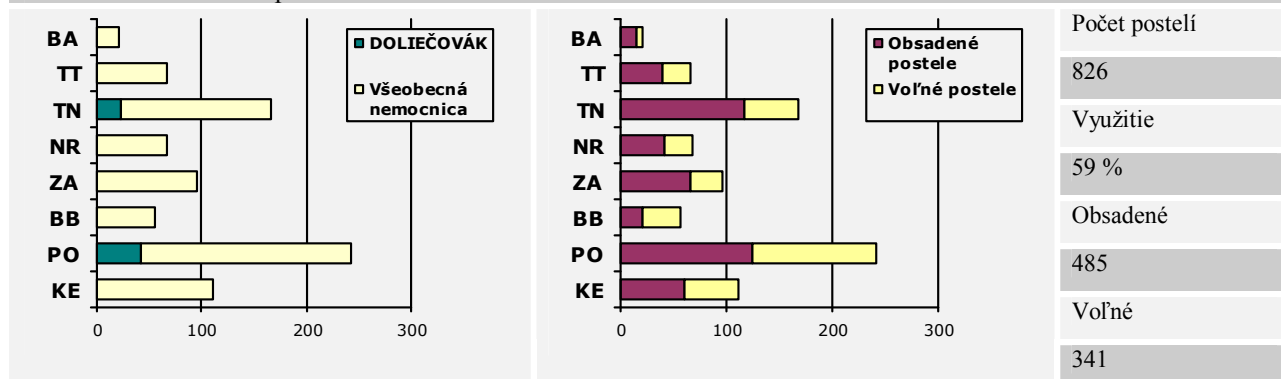
Tab. 29.: Geriatrické postele



Tab. 30.: Rehabilitačné postele



Tab. 31.: Doliečovací postele



Tab. 26 – 31 dokumentujú:
 nerovnomerné rozdelenie chronických lôžok medzi kraji
 nízku využiteľnosť existujúceho posteľového fondu
 živelnosť a nekoncepcnosť organizácie dlhodobej nemocničnej ZS

SUMÁRNE – CHRONICKÉ POSTELE

Tab. 32.: Chronické postele a ich využiteľnosť podľa krajov

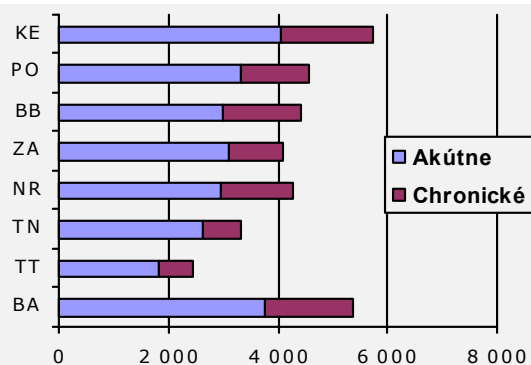
Kraj	Počet				/ 100 000 obyvateľov		
	Spolu	Obsadené	Voľné	Obložnosť	Spolu	Obsadené	Voľné
SK	9 564	6633	2931	69	178	124	54
BA	1586	1066	520	67	264	178	86
TT	622	308	314	50	113	56	57
TN	686	484	202	71	114	80	34
NR	1347	1012	335	75	190	143	47
ZA	998	708	290	71	144	102	42
BB	1400	1015	385	72	213	155	58
PO	1249	859	390	69	157	108	49
KE	1676	1181	495	70	218	154	64

Chýba jasný odborný profil oddelení. Oddelenia pre dlhodobo chorých, doliečovacie oddelenia, geriatrické oddelenia sa vzájomne neodlišujú. Často plnia úlohu sociálnej starostlivosti, chýbajú jednotky pre dlhodobú ventiláciu pre apalické stavy, ktoré blokujú miesta OAIM. Chýba definovanie psychiatrických postelí s vymedzením akútnych psychiatrických oddelení.

SUMÁRNE – AKÚTNE A CHRONICKÉ POSTELE

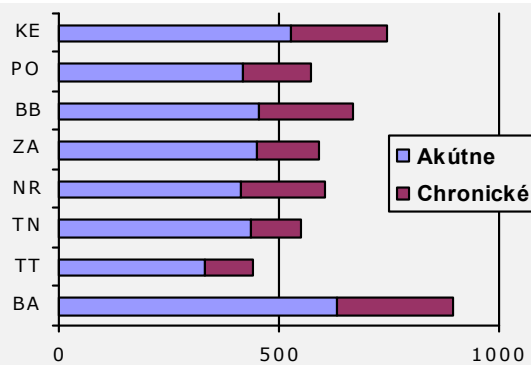
Tab. 33.: Akútne a chronické postele v krajoch – celkový počet

Kraj	Akútne	Chronické	Spolu
SK	24 673	9 564	34 237
BA	3 780	1586	5 366
TT	1 821	622	2 443
TN	2 630	686	3 316
NR	2 944	1347	4 291
ZA	3 105	998	4 103
BB	3 007	1400	4 407
PO	3 322	1249	4 571
KE	4 064	1676	5 740



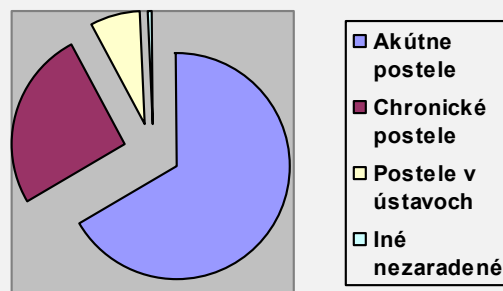
Tab. 34.: Akútne a chronické postele v krajoch na 100 obyvateľov

Kraj	Akútne	Chronické	Spolu
SK	458	178	636
BA	630	264	894
TT	330	113	443
TN	437	114	551
NR	415	190	605
ZA	448	144	592
BB	456	213	669
PO	417	157	574
KE	528	218	746



Tab. 35.: Posteľový fond spolu

Pracovisko	Postele
Akútne postele	24 673
Chronické postele	9 563
Postele v ústavoch	2 645
Iné nezaradené	250
Medline	63
Zdravie Púchov	40
Ophtal Zvolen	8
Mineral Prešov	6
Špecializ. nefrol. nem. Ke	8
Kardiologické odd. inde	84



V. DISKUSIA A ZÁVERY 1. ČASTI

Metodika:

V tejto štúdii boli použité dáta z r 2005, publikované MZ pri navrhovanej redukcii postelí v nemocničných zariadeniach na Slovensku. Dokumentujú nevyváženosť počtu i štruktúry postelí v krajiach s veľkou migráciou pacientov medzi krajinami. Každá deviata hospitalizácia sa realizuje v inom kraji, ako v miestnom podľa trvalého bydliska. Pracoviská s chronickými lôžkami vznikali podľa výšky úhrad poisťovňami a nie podľa reálnych potrieb, napr. oddelenia pre dlhodobu chorých v nemocniciach sa využívajú na doliečenie pacientov, dokonca i na diagnostiku a liečbu akútnych stavov.

V štúdii sa použili kritéria triedenia posteľového fondu nemocničných i ostatných lôžkových zariadení tak, aby sa čo najviac priblížili filozofii skutočného pohybu pacientov v praktickom živote.

Získané výsledky potvrdzujú nevyhnutnosť stanovenia kritérií typizácie postelí jednotných a záväzných pre všetkých, ktorí budú rozhodovať o štruktúre a kapacite potrebnej (minimálnej) siete. Ide o medicínske kritéria, zohľadňujúce medicínsku „technológiu“ poskytovania ZS, frekvenciu výkonov, z ktorej vyplýva ekonomická efektivita a rentabilita. Musí byť jasné, čo ktoré pracovisko môže, má a teda musí poskytovať. Ignoráciou tohto pravidla sa bude konzervovať súčasný stav, kedy to, čo je na papieri, nekoreluje so skutočnosťou.

V medzinárodných štatistikách zameraných na hodnotenie fondu akútnych postelí sa upozorňuje na nejednotnosť triediacich kritérií, uplatňovaných na národnej úrovni. V tabuľke 1 a 2 sú zachytené údaje o počte akútnych postelí v európskych štátoch i počte realizovaných hospitalizácií. Tab. 36 dokumentuje vzťah obratu pacientov na 1 posteli s počtom postelí. Číslo s Dánska a Nórska potvrdzujú dobrú organizáciu definovanej posteľovej siete.

Tab. 36.: Počet postelí / 100 000 obyvateľov a ročný obrat pacientov na 1 posteli

Obrat	34	31	58	39	38	46	35	36	19	30	31	33	25	31	29	37	25	23	33	37	26	27
Lôžka	345	375	382	390	400	419	469	483	498	522	530	535	572	633	684	703	748	751	785	834	838	844
Štát	SP	PT	DK	UK	IT	NO	GR	SL	NL	SE	BE	PL	IE	LU	SK	FI	FR	IS	HU	AT	CZ	DE

V tab. 36 dokumentované čísla zo Slovenska potvrdzujú zaradenie údajov o celom posteľovom fonde, vrátane chronických postelí. Reálny ročný obrat pacientov na 1 akútnej posteli u nás je 35 – 37 pacientov, optimálnou hodnotou je cca 40 pac/posteľ/rok. Ak nechceme zvýšiť absolútny počet výkonov, tak potrebný obrat je možné dosiahnuť redukciami fondu akútnych postelí o 10 %, čo je cca 2 500 postelí.

Skúsenosti zo sveta potvrdzujú, že ekonomická efektivita a rentabilita nemocnice sa dosahuje pri počte lôžok 250 – 450. Nízke úhrady ZS toto pásmo posúvajú vyššie. U nás malé nemocnice si nemôžu dovoliť potrebné technické vybavenie a potrebné spektrum špecializácií, aby splnili kritéria akútnych lôžok s nepretržite dostupnou potrebou ZS. Tab. 37 dokumentuje reálnu úroveň financovania slovenského zdravotníctva, od ktorej sú odvodené nízke ceny výkonov, ktoré nútia

poskytovateľov produkovať veľa (zbytočných) lacných výkonov, ktoré nie sú náročné na personál a nepotrebuje technické vybavenie.

Preto za pomerne vysokými absolútnymi číslami o frekvencii akútnych výkonov sa skrývajú sociálne a ošetrovateľské hospitalizácie, kým vo frekvencii špecializovaných a multidisciplinárnych výkonoch nedosahujeme ani úroveň polovičných hodnôt vyspelých štátov.

Preto zámer redukcie posteľových kapacít musí byť súčasťou komplexnej reformy štruktúry siete zdravotníckych zariadení. S jasne vymedzeným medicínskym záberom jednotlivých pracovísk. K tomu sú potrebné koncepcie odborov a minimálne normatívy potrebného technického vybavenia.

Štúdia dokumentuje nejasnosti v otázkach

- triedenia psychiatrických postelí na akútne a chronické (dlhodobé)
- triedenia pleumologických postelí na akútne, chronické a sanatórne (typu kúpeľného pobytu)
- umiestnenia doliečovacích oddelení a oddelení pre dlhodobu chorých (doliečovacie oddelenia by logicky mali byť skôr v nemocniciach a liečebne pre dlhodobu chorých mimo, v praxi je to naopak)
- jednotného zaradenia pracovísk JIS medzi samostatné oddelenia (v materiáli figuruje niekoľko samostatných oddelení JIS v menších nemocniciach, kým JIS veľkých kliník, kde sa sústreďujú najťažší pacienti, samostatné nie sú, čo je dôležité z hľadiska ekonomickej kontroly)
- zjednotenia kritérií rozdielu medzi novorodeneckým a neonatologickým oddelením
- zjednotenia výkazníctva pri existencii samostatných onkologických, alebo rádioterapeutických oddelení a oddelení, ktoré sú kombinované (vtedy jedno z uvedených pracovísk sa zo štatistiky stratí)
- modernizácie a aktualizácie metodiky zberu a vyhodnocovania dát, kde sa miešajú akútne a chronické oddelenia, ktoré majú iný pohyb pacientov, personálne zabezpečenie atd

Plošná redukcia postelí iba zvýši nerentabilitu prevádzkovania mnohých nemocníc , s ďalším poklesom špecializovanej, multidisciplinárnej a finančne náročnej ZS a s ďalšou expanziou jednoduchých výkonov. Ak chceme zachovať, alebo zvýšiť výkový potenciál nemocníc, tak je potrebné z dvoch živorciach urobiť jednu. V štúdii sú dôkazy, že v kraji s menším počtom nemocníc je kvalita nemocničnej ZS vyššia, pacienti nemej cirkulujú medzi nemocnicami.

Nemocnice, v ktorých lôžka nedosahujú kritéria akútnych postelí a nie sú majoritnými poskytovateľmi v sieti

Tab. 37.: Nemocnice a počet postelí

NsP Malacky	84	NsP V. Krtíš*	125
NsP Modra	42	NsP N. Baňa	114
NsP Bánovce	168	NsP Medzilaborce	50
NsP N. Mesto nad Váhom	120	NsP Snina	170
NsP Handlová	145	NsP Sobrance	75
Nemocnica Zdravie Púchov	40	NsP Kežmarok**	179
NsP Šahy	118	Krompachy	198
Nemocnica Šaľa	190	NsP K. Chlmec	168
NsP B. Štiavnica	88	NsP Hnúšťa	102
NsP Krupina	93	NsP Púchov	62

Spolu 2331 postelí

* treba zvážiť dobudovanie

**neboli kompletne údaje

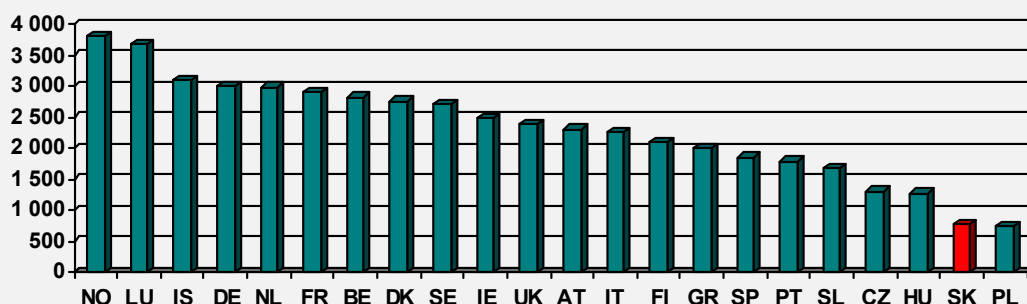
Vážnou otázkou sú tzv. rezortné nemocnice (cca 450 postelí) v BA a KE, v konkurencii dostupných vysokošpecializovaných služieb poskytovaných FNSP ich existencia je neopodstatnená. Ak v minulosti poskytovali výhody, možno vo vyššom komforte, dnes znevýhodňujú pacientov, ktorí môžu získať komplexné služby vo fakultných nemocniciach.

Ďalšou otázkou sú pneumologické a ftizeologické ústavy v Tatrách, s nízkou obložnosťou, tam sa dá eliminovať cca 500 postelí bez zmeny dostupnosti ich služieb.

Poslednou otázkou sú rôzne liečebne psychiatrické, gerontologické, LDCH, pre dlhodobu chorých, hospice. Nevyváženosť medzi kraji v otázke počtu takýchto postelí potvrdzuje, že pracoviská vznikali chaoticky, bez ohľadu na reálne potreby. V tejto dobe asi nie je účelné ich kapacitu rozširovať, skôr sa

dá urobiť denne aktualizovaná dátová banka voľných miest s možnosťou umiestniť pacienta kdekoľvek na Slovensku.

Tab. 38.: Financovanie ZS v dolároch v prepočte na osobu za rok (údaje Svetovej banky z r. 2003)



Zámer redukcie posteľových kapacít musí byť súčasťou komplexnej reformy štruktúry siete zdravotníckych zariadení, s jasne vymedzeným medicínskym záberom jednotlivých pracovísk. K tomu sú potrebné koncepcie odborov a minimálne normatívy potrebného technického vybavenia.

Žiadne z navrhovaných opatrení nie je spojené s očakávanou úsporou, ale rozumná reštrukturalizácia a modernizácia siete spojená s podporou nepretržitého vzdelávania, môže zlepšiť odbornú úroveň a kvalitu poskytovanej ZS a efektívnejšie využitie finančných prostriedkov.

V Banskej Bystrici
23. 3. 007

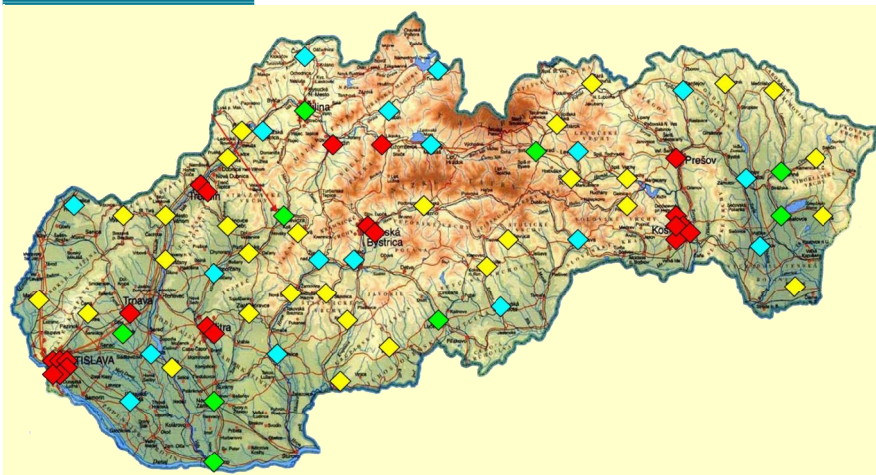
MUDr. Voleková Mária



FOND POSTELÍ V SIETI NEMOCNIČNÝCH ZARIADENÍ Slovenskej republiky

2. časť

SEBESTAČNOSŤ OKRESOV V POSKYTOVANÍ NEMOCNIČNEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI



**Štúdia z materiálov MZ SR, hodnotené údaje sú za rok
2005**

Marec 2007

Návrhy redukcie počtu nemocníc sú spojené s kontraverznou reakciou zdravotníkov, pacientov i politikov, ktorí síce myšlienku redukcie podporujú, ale nesmie sa dotknúť ich domácej nemocnice. Politici argumentujú znížením dostupnosti nemocničnej ZS, pacienti sa boja o svoje zdravie, zdravotníci o prácu.

Vo vyspelých zdravotníckych systémoch reštrukturalizácia postelí spojená s redukciou nemocníc prebehla už pred 15 - 20 rokmi a my ak chceme mať nemocničnú ZS na porovnateľnej úrovni, musíme nastaviť odborné prostredie primerané technológiám a algoritmom medicínskych procesov súčasnej doby.

Hlavnou zásadou je, aby pacienti v čo najkratšom čase bola poskytnutá potrebná ZS. Kompletná a nie iba čiastočná, originálna a nie modifikovaná obmedzenými technickými možnosťami, pracovnou dobou, postrádaním špecialistov. Nemocnice historicky vznikli preto, aby pacient pod jednou strechou bol vyriešený kompletne. To chce koncentráciu kvalitnej techniky a skúseného personálu. K dosiahnutiu prevádzkovej rentability a výkonovej rutiny sa vyžaduje istá frekvencia pacientov, resp. výkonov, preto pri plánovaní nemocničnej siete sa musí kalkulovať zo spádovou oblasťou.

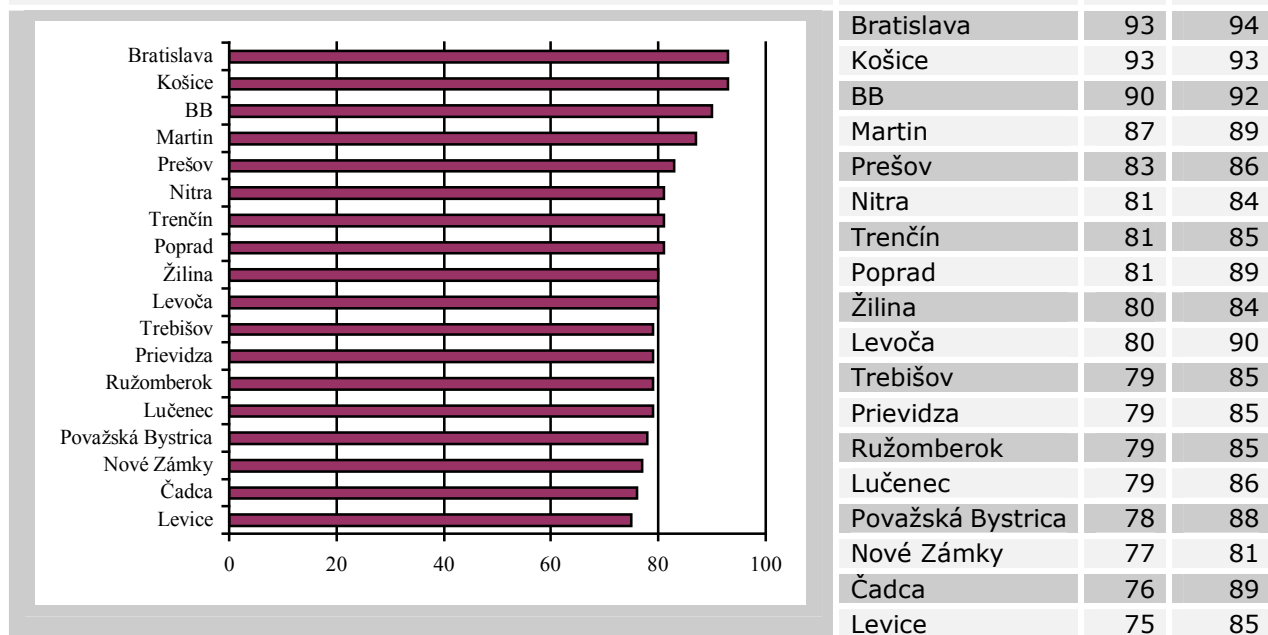
Súčasná sieť nemocníc na Slovensku sa vyznačuje roztrieštenosťou, nevyváženou výkonnosťou, s expanziou jednoduchých výkonov a útlmom typickej nemocničnej multidisciplinárnej a intenzívnej starostlivosti. Skoro každý okres má nejakú nemocnicu, ale to nezaručuje dostupnosť potrebného spektra nemocničných výkonov.

Zahraničné štatistiky zamerané na incidenciu ochorení a frekvenciu jednotlivých algoritmov potrebnej liečby dokladujú, že 15 % klinických stavov si vyžaduje multidisciplinárnu ZS, koncentrovanú v nemocniciach vyššieho typu, zvyšné spektrum pacientov by mali vyriešiť územné všeobecné nemocnice. Tie u nás neposkytujú potrebné spektrum výkonov, takže pacienti migrujú medzi nemocnicami, oneskoruje sa čas účinných výkonov, zvyšujú sa zbytočné náklady.

Lobistické kruhy malých nemocníc zdôrazňujú ich význam pre domáce obyvateľstvo, zrušenie tej ktorej nemocnice prirovnávajú katastrofe. Vážnosť takýchto prehlásení sa dá preveriť jednoduchou analýzou % sebestačnosti okresov v nemocničnej starostlivosti, poskytovanej v ich nemocnici, ktorá dokumentuje, aké % pacientov z okresu je hospitalizovaných vo vlastnej územnej nemocnici a v akom % sa hospitalizácie musia realizovať inde.

Nemocnice vyššieho typu by mali poskytovať také spektrum výkonov, ktoré zaistí sebestačnosť okresu aspoň na 90 %, územné nemocnice (okresné) aspoň na 75 %. Nasledujúce tabuľky a grafy dokumentujú % sebestačnosti, ktoré zaisťujú okresné nemocnice jednak v celom rozsahu nemocničnej ZS (%N), jednak v rozsahu ZS poskytovanej na existujúcich oddeleniach nemocnice (%O).

Graf. 1.: % hospitalizácií pacientov z okresov vo vlastnej NsP

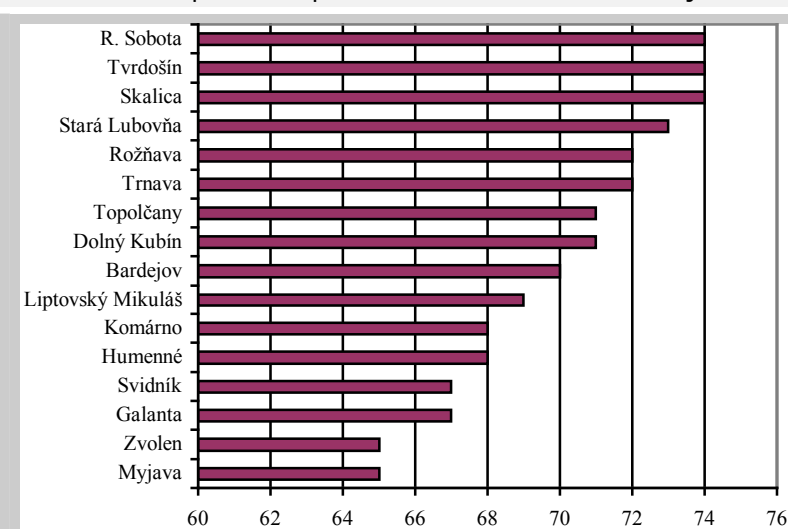


% N – sebestačnosť v celom rozsahu nemocničnej ZS

% O – sebestačnosť v rozsahu ZS poskytovanej na klinických oddeleniach nemocnice

Graf. 1 dokumentuje poradie nemocníc, v ktorých sa realizuje 75 % a viac hospitalizácií pacientov z príslušného okresu, čo znamená, že menej ako 25 % hospitalizácií sa musí realizovať inde. Kritéria nemocníc vyššieho typu rozsahom nemocničnej starostlivosti dosahujú iba fakultné nemocnice v Bratislave, Košiciach a Banskej Bystrici, približuje sa k nim Martin. Ostatné nemocnice dosahujú štandardný výkon územnej nemocnice okresného typu.

Graf.2.: % hospitalizácií pacientov z okresov vo vlastnej NsP



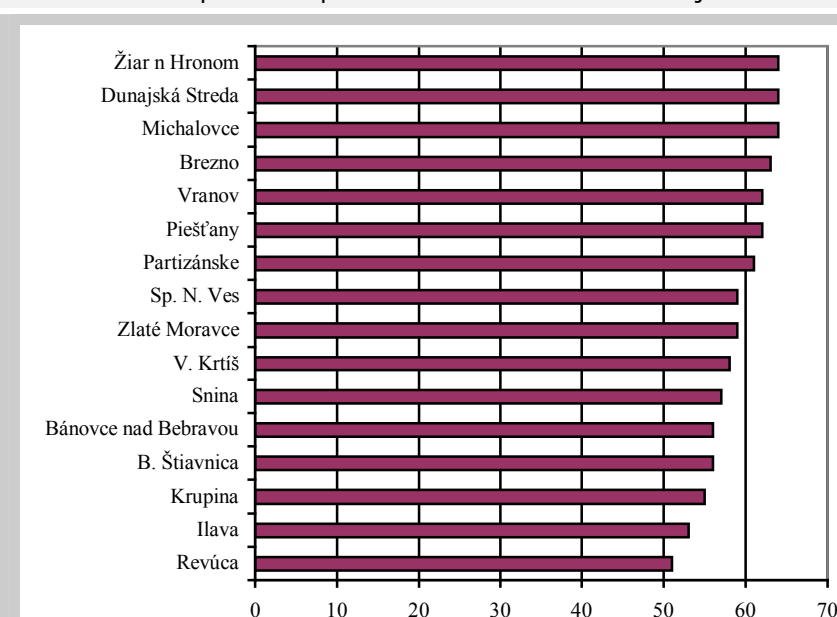
Okres	%N	% O
Skalica	74	86
Tvrdošín	74	88
R. Sobota	74	84
Stará Lubovňa	73	90
Trnava	72	78
Rožňava	72	86
Dolný Kubín	71	88
Topolčany	71	82
Bardejov	70	87
Liptovský Mikuláš	69	80
Humenné	68	81
Komárno	68	80
Galanta	67	77
Svidník	67	83
Myjava	65	84
Zvolen	65	77

% N – sebestačnosť v celom rozsahu nemocničnej ZS

% O – sebestačnosť v rozsahu ZS poskytovanej na klinických oddeleniach nemocnice

Na grafe 2 sú nemocnice, v ktorých sa realizuje 65 – 74 % hospitalizácií. Tu je predpoklad, že pri redukcii počtu nemocníc zvýši sa koncentrácia výkonov potrebná pre dosiahnutie rentability širšieho spektra služieb a vyššej sebestačnosť okresu.

Graf. 3.: % hospitalizácií pacientov z okresov vo vlastnej NsP

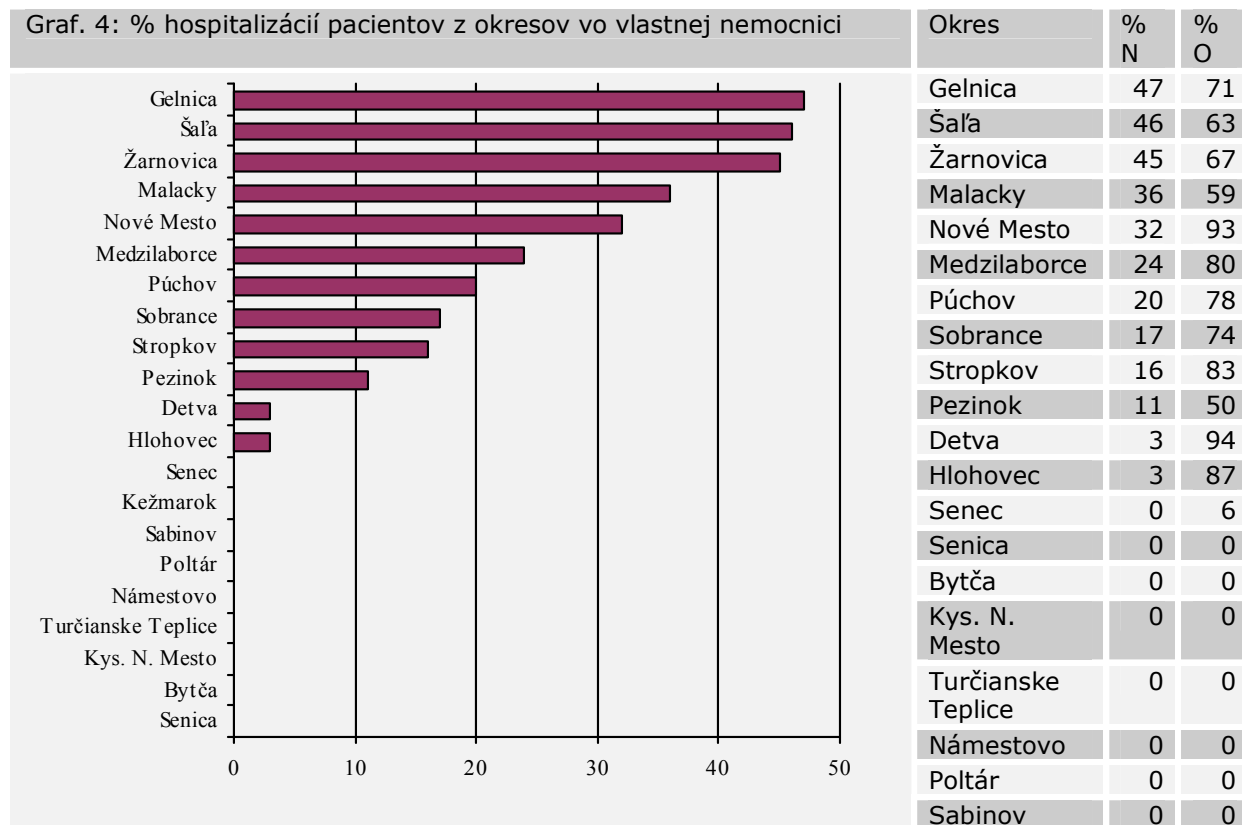


Okres	% N	% O
Žiar n Hronom	64	79
Dunajská Streda	64	81
Michalovce	64	71
Brezno	63	80
Piešťany	62	80
Vranov	62	83
Partizánske	61	80
Zlaté Moravce	59	80
Sp. N. Ves	59	85
V. Krtíš	58	75
Snina	57	88
B. Štiavnica	56	83
Bánovce nad Bebravou	56	80
Krupina	55	81
Ilava	53	81
Revúca	51	67

% N – sebestačnosť v celom rozsahu nemocničnej ZS

% O – sebestačnosť v rozsahu ZS poskytovanej na klinických oddeleniach nemocnice

Ďalšou skupinou sú nemocnice, ktoré poskytujú ZS v značne obmedzenom rozsahu. 36 – 49 % hospitalizácií sa realizuje v nemocniciach v iných okresoch. U týchto nemocníc je potrebná analýza dôvodov obmedzenej výkonnosti a individuálne posúdenie ich dôležitosti v sieti.



% N – sebestačnosť v celom rozsahu nemocničnej ZS

% O – sebestačnosť v rozsahu ZS poskytovanej na klinických oddeleniach nemocnice

V poslednej skupine (graf 4) sú nemocnice, ktoré zabezpečujú menej ako 50 % hospitalizácií okresu, čiže viac ako polovica sa realizuje v iných okresoch. **Nejde teda o majoritných poskytovateľov, naopak príslušný okres je závislý na poskytovateľoch nemocničnej starostlivosti z iných okresov.**

Iným ukazovateľom postavenia nemocnice v sieti je sebestačnosť v existujúcich klinických odboroch nemocnice, pri ktorej sa porovnáva % hospitalizácií obyvateľov okresu v územnej nemocnici, alebo v tom istom klinickom odbore inde.

V okresnej nemocnici by sa malo vyriešiť 85 % prípadov, 15 % klinických stavov si vyžaduje riešenie na vyššom pracovisku.

Niektoré nemocnice sú schopné zabezpečiť na svojich oddeleniach požadované spektrum výkonov a dosahujú vysoké % sebestačnosti v prevádzkovaných odboroch (% O). U týchto nemocníc nižšie % celkovej sebestačnosti je podmienené obmedzeným počtom oddelení. V rámci budovania novej siete je treba posúdiť užitočnosť dobudovania potrebných pracovísk, čím sa dosiahne štandardná sebestačnosť územnej (okresnej) nemocnice v sieti.

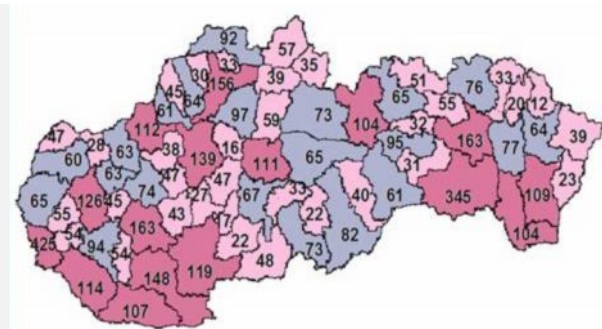
Nemocnice, ktoré nezaistujú potrebnú sebestačnosť ani v rozsahu poskytovania ZS existujúcich klinických oddelení, nemôžu byť zaradené do minimálnej siete nemocníc ako štandardné nemocnice okresného typu. V rámci hodnotenia špecifických potrieb regiónu a finančných možností, môžu existovať ako doplnok, môžu byť privatizované, financované z iných zdrojov, alebo transformované na iné inštitúcie.

V použitej databáze nie sú hospitalizácie rozčlenené podľa nemocníc, ale iba podľa okresov, preto v okresoch, kde sú 2 a viac nemocníc, hodnotené ukazovatele sú sumárne. Ide o Prievidzu (Handlová), Rimavskú Sobotu (Hnúšťa), Levice (Šahy), Sp. N. Ves (Krompachy). V materiáli chýbali údaje z okresu Kežmarok.

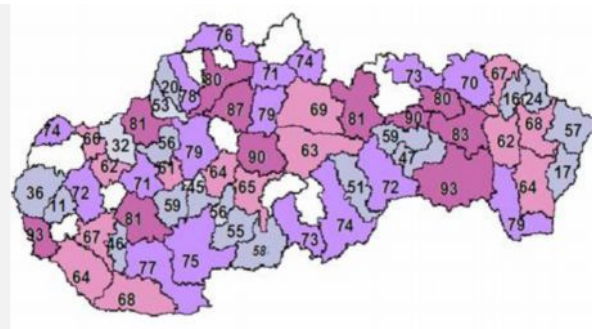
GEOGRAFICKÉ A DEMOGRAFICKÉ ASPEKTY HODNOTENIA SIETE NEMOCNÍC

Vysoké investície do zakúpenia a obnovy tzv. veľkej techniky a vysoké náklady na multidisciplinárnu nemocničnú starostlivosť sú spojené s trendom stanovenia takej spádovej oblasti nemocnice, ktorá zabezpečí dostatočnú frekvenciu pacientov, potrebnú pre rentabilitu investícií a efektívne využitie ľudských zdrojov. Územné členenie Slovenska na okresy je značne nevyvážené. Existujú okresy s počtom obyvateľov nad 100 000 i okresy s počtom obyvateľov 12 000. Analýzy WHO i zahraničné ekonomické štúdie potvrdzujú, že na rentabilnú prevádzku štandardnej územnej nemocnice je potrebný región so 100 až 500 tisíc obyvateľmi, pre nemocnicu vyššieho typu 800 tisíc - až milión.

Mapa 1.: Okresy podľa počtu obyvateľov (v tisícoch)

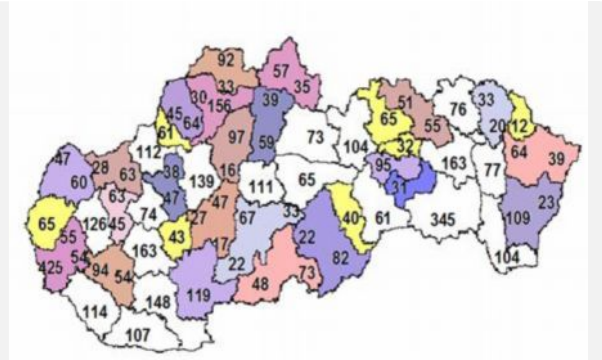


Mapa 2.: Sebestačnosť okresov v nemocničnej ZS v %

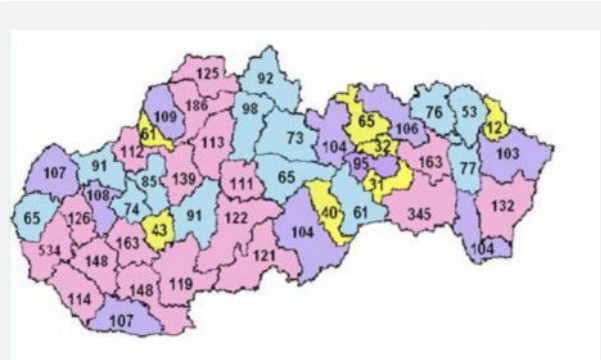


Mapy 1 a 2 dokumentujú situáciu na Slovensku, keď skoro v každom okrese sa prevádzkuje nejaká nemocnica a tá je schopná zaistiť rozsah nemocničnej starostlivosti väčšinou úmerne počtu obyvateľov. Takto formovaná nemocničná sieť je ekonomicky nerentabilná, medicínsky neefektívna a nezaručuje rovnakú dostupnosť porovnateľnej nemocničnej starostlivosti všetkým obyvateľom, čo potvrdzuje vysoký stupeň migrácie pacientov medzi okresmi a krajinami.

Mapa 3.: Navrhované členenie Slovenska na regióny, v ktorých 2 – 3 okresy tvoria spád pre jednu spoločnú nemocnicu



Mapa 4.: Nové členenie spádových oblastí pre nemocnice



Na mapách 3 a 4 je dokumentovaný návrh nového usporiadania minimálnej siete štandardných nemocníc, schopných zabezpečiť potrebnú nemocničnú starostlivosť a znížiť tak migráciu pacientov. Zďaleka nepredstavuje ideálny stav, ale iba nevyhnutný **prvý krok** budovania nového systému, ktorého základným článkom bude štandardne vybavená územná nemocnica pre cca 100 000 obyvateľov. Prvý krok zohľadňuje súčasný demografický i geografický stav, kedy v niektorých (umelo vytvorených) okresoch nie sú vybudované potrebné cestné komunikácie, takže pri zrušení lokálnej nemocnice by sa zhoršila dostupnosť ZS. Tieto prípady si vyžadujú individuálne a predovšetkým komplexné riešenie, prekračujúce rámec rezortu zdravotníctva, ktoré musí byť zamerané celkový rozvoj regiónu. Oblasti s vyšším počtom obyvateľov môžu mať satelitné usporiadanie viacerých nemocníc s jednotným riadením a odborným programom.

Príprava na nové postavenie nemocníc v sieti a zabezpečenie prevádzky postupným vyprázdnením tých, ktoré majú zaniknúť, si vyžaduje realizačný projekt, ktorý vypracujú manažmenty príslušných nemocníc.

Projekt by mal obsahovať:

Predpokladaný obrat pacientov a k tomu priradený postelový fond (odchýľka +/- 5 %)
Potrebné personálne zabezpečenie
Nové väzby s externými partnermi z primárnej sféry a ŠAS
Primerané zabezpečenie dopravnou a záchrannou službou
Spôsob vyporiadania existujúcich záväzkov
Ekonomické kalkulácie potrebné pre nové zmluvy so zdravotnými poisťovňami
Časový harmonogram realizácie

ZÁVERY 2. ČASTI

Súčasný stav je charakteristický

1. nadmerným počtom nemocničných postelí v nadmernom počte nemocníc
2. expanziou jednoduchých (lacných) výkonov a útlmom typickej nemocničnej multidisciplinárnej ZS
3. vysokou migráciou pacientov
4. nízkou efektívnosťou, rentabilitou i odbornou stagnáciou mnohých nemocníc

Príčinou je absencia odborne definovaných štandardných parametrov siete, ako je požadované minimálne

1. spektrum výkonov
2. vybavenie
3. spádová oblasť zabezpečujúca potrebnú koncentráciu pacientov

V návrhu nového usporiadania siete je základným článkom územná nemocnica, pre región cca 100 tisíc obyvateľov, schopná zabezpečiť minimálne 75 % zo spektra výkonov. Tu je treba začať. Vrátiť potrebné špecializácie a špecialistov do nemocnice, pripraviť tímy. Minoritní poskytovatelia nedosahujúci kritéria definovaných parametrov siete, do siete nepatria. Môžu byť ekonomicky rentabilní, efektívni, plniť indikátory kvality, ale z hľadiska efektivity a rentability siete nevyhovujú (Oni môžu si z definovaného rozsahu výkonov vyberať, nemocnice v sieti ich musia zabezpečiť v celom rozsahu). **SIEŤ MUSÍ GARANTOVAŤ POTREBNÉ SPEKTRUM VÝKONOV!!!**

Zvýšená sebestačnosť štandardných územných nemocníc zracionalí kvantitatívne i kvalitatívne pohyb pacientov do nemocníc vyššieho typu, vzniknú podmienky pre odbúranie prebytočných postelí i nemocníc vyššieho typu. Územné nemocnice musia byť schopné stiahnuť svojich pacientov späť do regiónu.

Odbúrajú sa náklady na prevádzkovanie prebytočných objektov.

Odbúrajú sa náklady na duplicitné hospitalizácie.

Odbúrajú sa náklady na zbytočné komplikácie zdravotného stavu pacientov, ktoré vznikali zložitým pohybom pacientov v kritickom stave na pracovisko schopné stav riešiť.

Zvýši sa dostupnosť komplexnej nemocničnej ZS pre všetkých, ktorí ju potrebujú.

Nové usporiadanie nemocničnej siete je najdôležitejšou zmenou, cez ktorú zdravotnícky systém musí prejsť. Sieť nemocníc koncipovaná v 50 tých rokoch minulého storočia už súčasným potrebám zdravotnej starostlivosti nevyhovuje.

Všetci sme pochopili nevyhnutosť stavať diaľnice. I za cenu odklonu tradičných dopravných trás, na ktoré sme si zvykli. Súčasnú snahu o ponechanie v novej sieti nemocnice s obmedzeným rozsahom starostlivosti možno prirovnať snahám do úsekov diaľnice zakomponovať miestne cestné komunikácie.

23. 3. 2007

MUDr. Voleková Mária