



Městská část Praha 11

## **Generel zdravotnictví městské části Prahy 11**

Průběžná zpráva k 30.4. 2007

### **Návrh řešení polikliniky Opatovská**



# Obsah

1. Úvod .....	3
2. Shrnutí .....	4
3. Analytická část .....	5
3.1 Vztahové modely ve zdravotnictví .....	5
3.1.1 Klíčové vztahy mezi subjekty zdravotní péče .....	7
3.1.2 Vztahy lékaře k zdravotnickému zařízení .....	8
3.1.3 Vyhodnocení vztahových modelů - příležitosti pro samosprávu .....	8
3.2 Místní šetření mezi obyvateli M - P11 .....	9
3.2.1 Otázka 2 - zkušenosti se zdravotnickými službami .....	10
3.2.2 Otázka 7- názor na centralizaci zdravotnických služeb .....	10
3.2.3 Otázka 11- náměty, doporučení a výhrady ke stavu, kvalitě a nabídce zdravotnických služeb .....	11
3.2.4 Analýza zdravotnických odborností a zařízení .....	12
3.2.5 Stávající stav v zájmovém území .....	13
3.2.6 Predikce vývoje zdravotnických odborností .....	15
3.2.7 Demografická analýza obyvatel M - P11 .....	20
3.2.8 Stávající stav .....	20
3.2.9 Predikce demografického vývoje .....	21
3.2.10 časová dostupnost obyvatel do zdravotnických center JM I a JM II .....	23
3.3 Dotazníkový průzkum lékaře M - P11 .....	25
3.3.1 Poliklinika „Opatovská“ .....	26
3.3.2 Stávající stav .....	26
4. Návrh řešení Polikliniky „Opatovská“ .....	28
4.1.1 Kritéria variant .....	28
4.2 Varianty uspořádání služeb polikliniky .....	29
4.2.1 Varianta I. - uvolnění bytových jednotek na ulici Hviezdoslavova a Tererova .....	29
4.2.2 Varianta II - uvolnění bytových jednotek na ulici Hviezdoslavova a Tererova + soustředění OAL .....	30
4.2.3 Varianta III. - maximální soustředění PL a OAL .....	31
4.2.4 Dispoziční možnosti jednotlivých variant .....	33
4.2.5 Příležitosti a rizika jednotlivých variant .....	33
5. Přílohy .....	35
5.1 Seznam použité literatury .....	35
5.2 Seznam legislativních norem .....	35
5.3 Seznam použitých zkratk a pojmů .....	36

# 1. Úvod

Podkládaný materiál je průběžným výstupem projektu zaměřeného na vytvoření generelu (koncepte) zdravotnictví Městské části Prahy 11. Cílem tohoto materiálu je poskytnout průběžné informace zaměřené na Polikliniku Opatovská a pomoci tak při rozhodování o budoucích investicích alokovaných k tomuto zařízení.

Z logiky řešení projektu vyplývá, že zásadní rozhodnutí by se měla dít až po projednání generelu, jehož smyslem je uspořádání služeb, objektů a vazeb ve zdravotnictví vztažených k Městské části. Vzhledem k napjatým časovým termínům rozpracování investic se zde předbíhá sled logických kroků a proto doporučujeme tuto skutečnost brát v úvahu v dalším rozhodování.

Tato průběžná zpráva se soustředí na tyto okruhy problémů :

- jaké zdravotní odbornosti by se měly soustedit do polikliniky Opatovská
- jaké zdravotní odbornosti jsou v zájmových lokalitách Hvězdoslavova a Tererova
- jaké kapacitní nároky vyvolá přesun odborností z uvedených lokalit na polikliniku Opatovská

Návrh řešení odvozujeme z těchto provedených analýz a rozborů :

- analýza poskytovatelů zdravotnických služeb na zájmovém území Městské části Prahy 11
- analýza zdravotnických odborností ve zdravotnických zařízeních na území Městské části Prahy 11
- stávající využití prostor Polikliniky Opatovská 1763
- demografická analýza obyvatel Městské části Prahy 11
- analýza dopravní obslužnosti
- místní šetření obyvatel Městské části Prahy 11 o prioritách centralizace odborné ambulantní péče
- místní šetření vybraných poskytovatelů zdravotnických služeb na území Městské části Prahy 11

Výstup je formulován ve formě variantních návrhů s jejich posouzením a včasným vyhodnocením. Zpráva neřeší problematiku finanční ani z pohledu provedení navrhovaných změn.

## **Pracovní tým CS-PROJECT**

Ing. Jaromír Šída, vedoucí projektu

Ing. Petr Koltok, člen týmu

Ing. Petr Tomášek, člen týmu

## **Pracovní tým Newton Solutions Focused**

MUDr. Jan Mojžíš

Mgr. Petr Peniška

30. dubna 2007

## 2. Shrnutí

Vedením městské části Prahy 11 se rozhodlo zpracovat návrh generelu (koncepce) zdravotnictví v této městské části. Součástí však není úkol posoudit míru investic v objektu polikliniky Opatovská, která zde tvoří významný zdravotnický prvek. Je zřejmé, že toto posouzení předbývá generel, nicméně reálná situace si tento krok vyžaduje. Zároveň této předběžné zprávy je proto nutné brát s ohledem na takto definovaný stav.

Východiskem a zadáním pro návrh řešení bylo:

- optimální a hospodárné využití objektu polikliniky Opatovská
- efektivnější využití objektu v Hvězdoslavov a Tererov ulici
- možné využití kulturního domu v blízkosti polikliniky pro potřeby zdravotnictví

Provedená analýza potvrdila dlouho známé skutečnosti:

- lékařská péče je v zájmovém území roztroušená a v určitých místech se špatnou dostupností zdravotnické péče v Hvězdoslavov je již nevyhovující (špatný technický stav objektu),
- využitelnost prostor v poliklinice Opatovská neodpovídá obvyklému dělení jiných zdravotnických zařízení
- vysoká návštěvnost lékařů PL i OAL ve srovnání se zahraničím a nedostatečná komunikace mezi PL a OAL
- obvyklé nedostatky celého systému zdravotnictví - finanční náročnost, nízká míra spolupráce soukromých zdravotnických zařízení se správnými orgány území

Na druhou stranu se nepotvrdily úvahy o významném stárnutí populace a tudíž nutnosti strukturálních změn zdravotnické odbornosti. Za stavu dosažitelných informací nebylo možné posoudit další strukturální změny i když statistiky hovoří o nárůstu výkonů např. v oblasti péče o pacienty vyšetřené. Na která data však bude nutné ještě hlouběji analyzovat, což bude provedeno v generelu.

Uvedená zjištění nás vedou k variantám návrhu řešení polikliniky Opatovská založeným především na principu sdružování a centralizace:

- centralizovat zdravotnická zařízení z objektu Hvězdoslavovy a Tererovy a to jak praktických lékařů, tak zejména odborných ambulantních lékařů
- princip pochopitelně není sto procentní, ale přiměřeným daným vnitřním i finančním možnostem. Aplikací principu může dojít:
- posílení vazby mezi praktickými lékaři a odbornými specialisty ve prospěch zájmů pacientů
- snížení přechodů pacientů mezi jednotlivými specialisty
- efektivnější využití zdravotnické vybavenosti, která může sloužit více lékařům
- k uvolnění prostor v uvedených lokalitách a možnosti jejich výhodnějšího a potřebnějšího využití (sociální byty, malometrážní byty apod.)

Návrh však není realizovatelný bez investičních zásahů do objektu polikliniky Opatovská. Předpokládáme minimální stavební úpravy k uvedení polikliniky do „normativního“ stavu (obvyklý standard zdravotnických zařízení). To však v zásadě není konceptní změnou. K té by bylo zapotřebí realizovat přístavbu jednoho patra a jako ještě výhodnější se jeví ještě rozšíření polikliniky o prostory dnešního kulturního domu. Za této situace by již změna byla významná a systémová by pomohla k řešení zdravotnictví v městské části.

Uvedený návrh je však nutno sladit s celkovou koncepcí zdravotnictví, kterou zde tímto materiálem předbýváme.

Uvedené názory a tvrzení dokládáme následujícími kapitolami.

### 3. Analytická část

Analýzy můžeme sdružit do následujících hlavních směrů:

- Analýza vztahů ve zdravotnictví
- Místní šetření mezi obyvateli M P11 s cílem zjistit názorovou hladinu na situaci Opatovská a postoje obyvatel k jejímu řešení
- Analýza zdravotnických odborností a zařízení s cílem detailně ověřit odbornosti v lokalitě Hvězdoslavova, Tererova a Opatovská a parametry jejich zdravotnických zařízení
- Demografická analýza obyvatel M P11 zaměřená jednak na stávající strukturu obyvatel a dále na odhad vývoje v časovém horizontu 10 let
- Poslední analýza se zaměřila na analýzu dostupnosti polikliniky Opatovská vzhledem k geografické a dopravní situaci M P11
- Dotazníkový průzkum poskytovatelů na území M P11

#### 3.1 Vztahové modely ve zdravotnictví

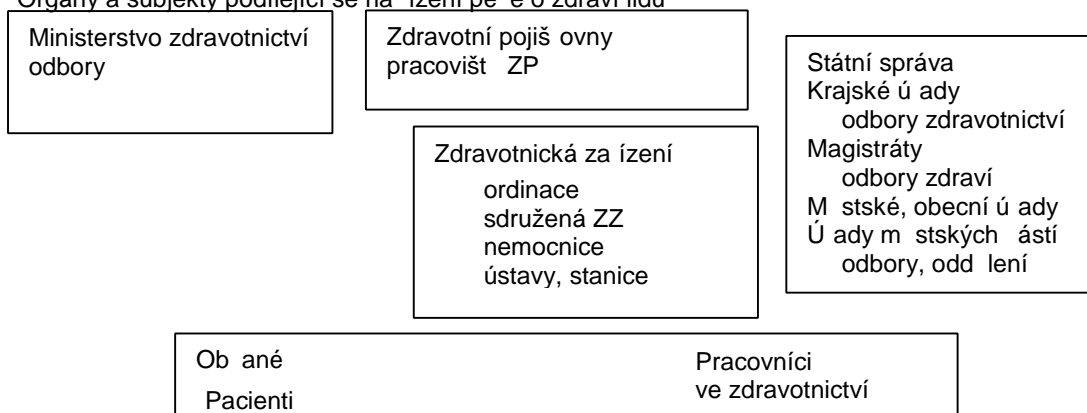
Systém zdravotnictví v České republice je v současné době značně komplikovaný a tudíž bez dkladných znalostí nepřehledný. Pro potřeby projektu je vhodné model systému zdravotnictví a některé vybrané složky a jejich vazby připomenout. Zaměříme se proto na následující oblasti:

- složky modelu zdravotní péče v ČR,
- model vztahů v rámci systému zdravotnictví,
- vztahy mezi pacienty a jejich lékaři – praktickými a odbornými,
- vztahy lékařů k zdravotnickým zařízením.

Dle zákonných norem ČR je lébní preventivní péče, kromě zařízení preventivní péče, odborných lébních ústavů, lékáren a zvláštních dtských zařízení poskytována zejména v zařízení ambulantní péče a ústavní péče. Ústavní péče je poskytována v nemocnicích a pro potřeby tohoto materiálu se jí dále nebudeme zabývat. Soustředíme se na ambulantní péči, která je poskytována na celém území M P11. Ambulantní péči lze poskytovat v samostatných ordinacích (fyzická osoba - lékař provozuje na základě splnění zákonných podmínek svou lékařskou praxi), nebo formou sdruženého ambulantního zařízení (historicky používaný termín poliklinika), t.j. zařízením, kde jsou provozovány ordinace ve větším počtu. Takovéto zařízení M P11 provozuje - SZZ Jižní město.

Současná forma sítě zdravotnických zařízení je výsledkem masivní decentralizace zdravotnictví začátkem 90.let. Poskytování péče bylo odděleno od financování, které bylo později převedeno do zdravotních pojišťoven (VZP a další zdravotní pojišťovny). Není podstatné se zabývat vznikem současného stavu, spíše se pokusíme popsat základní determinanty celkového stavu a motivací chování, které přispívají k pochopení a dále se pokusíme naznačit možnosti jak prostřednictvím spolupráce motivovat poskytovatele zdravotnických služeb ve prospěch pacienta - t.j. obyvatel M P11.

Orgány a subjekty podílející se na péči o zdraví lidu



## Ambulantní péče

Systém primární péče (PP) je tvořen sítí praktických lékařů (PL) pro dospělé a PL pro děti a dorost, terénními gynekology a stomatology.

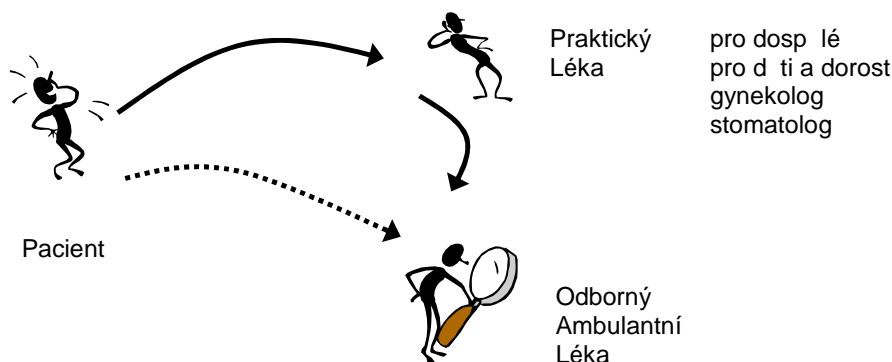
Sekundární péči reprezentuje na území M P11 odborná/specializovaná ambulantní péče poskytovaná odbornými ambulantními lékaři (OAL).

Mezi poskytovateli zdravotní péče existuje konkurenční vztah, a to nejenom mezi jednotlivými PL, ale díky přímému přístupu pacientů ke specialistům, také mezi PL a OAL, kteří soutěží o pacienty a zdroje. Stávající legislativa tento přístup umožňuje. Znamená to, že pacient si může v případě potíží vybrat, zda navštíví PL nebo navštíví OAL v samostatné ordinaci nebo navštíví OAL v nemocnici, které tuto službu také duplicitně nabízejí (celá sada lékařů pracujících v nemocnicích má otevřenou ještě svou odbornou ambulantní praxi).

V současnosti platí určitá restriktivní opatření přijatá VZP a MZ v r. 1997, které eliminují tyto konkurenční vazby. Konkrétně se jedná o způsob úhrady PL - tzv. KKV platby, t.j. úhrady za každého pacienta v evidenci lékaře, s tím že některé úkony jsou i nadále platbou za výkon (výkonová platba). Pro odborné ambulantní služby platí od r. 1998 výkonové platby s časovým limitem a stanoveným stropem úhrady od ZP - tzv. maximální úhrada, která se navyšuje každý rok o inflaci. Stomatologická péče je od r. 1997 hrazena podle zvláštního sazebníku. Výkony s použitím nadstandardních materiálů hradí pacient celé.

Z logiky věci vyplývá, že by PL měl sloužit jako první, eknme vstupní odborný konzultant v případě zdravotních potíží pacienta. PL by měl rozhodnout, zda si stav pacienta vyžádá další odborné lékařské vyšetření nebo ošetření, případně hospitalizaci v nemocnici nebo je schopen na základě indikace navrhnout léčbu. Skutečnost je taková, že velká část pacientů preferuje jako první návštěvu OAL. Jde o pokračování historického přístupu, kdy za socialistického zřízení byly ordinace PL velmi špatně vybaveny. Ve srovnání s rodinnými lékaři ve vyspělých evropských zemích jsou naši PL ještě stále hůře vybaveni. RTG, moderní laboratorní vybavení jsou spíše výjimkou, ale například sono, které je cenově dostupnější, je čím dále více součástí ordinací.

Pacient - praktický lékař - ambulantní specialista



Možná rizika vyplývající ze současného stavu:

- slabá informovanost pacientů ze strany ošetřujícího lékaře a tudíž vysoká závislost na závěrech ošetřujícího lékaře
- závislost pacienta na znalostech PL, kde je vhodný OAL
- chybná nebo nedostatečná komunikace mezi PL a OAL v případech kdy by PL byl schopen po konzultaci s OAL stanovit vhodnou léčbu bez návštěvy pacienta u OAL
- u některých OAL jsou dlouhé čekací lhůty, pokud by byla optimálně nastavena komunikace mezi PL a OAL, je možno předit pacienta k doléčení některých stavů již do kompetence PL
- pokud si pacient zvolí variantu návštěvy OAL bez konzultace s PL musí mít znalost, kde se tento OAL nachází - problém rozdělení zdravotnické péče na území M
- kvalita vybavení PL a OAL je závislá na „obchodních dovednostech“ lékaře

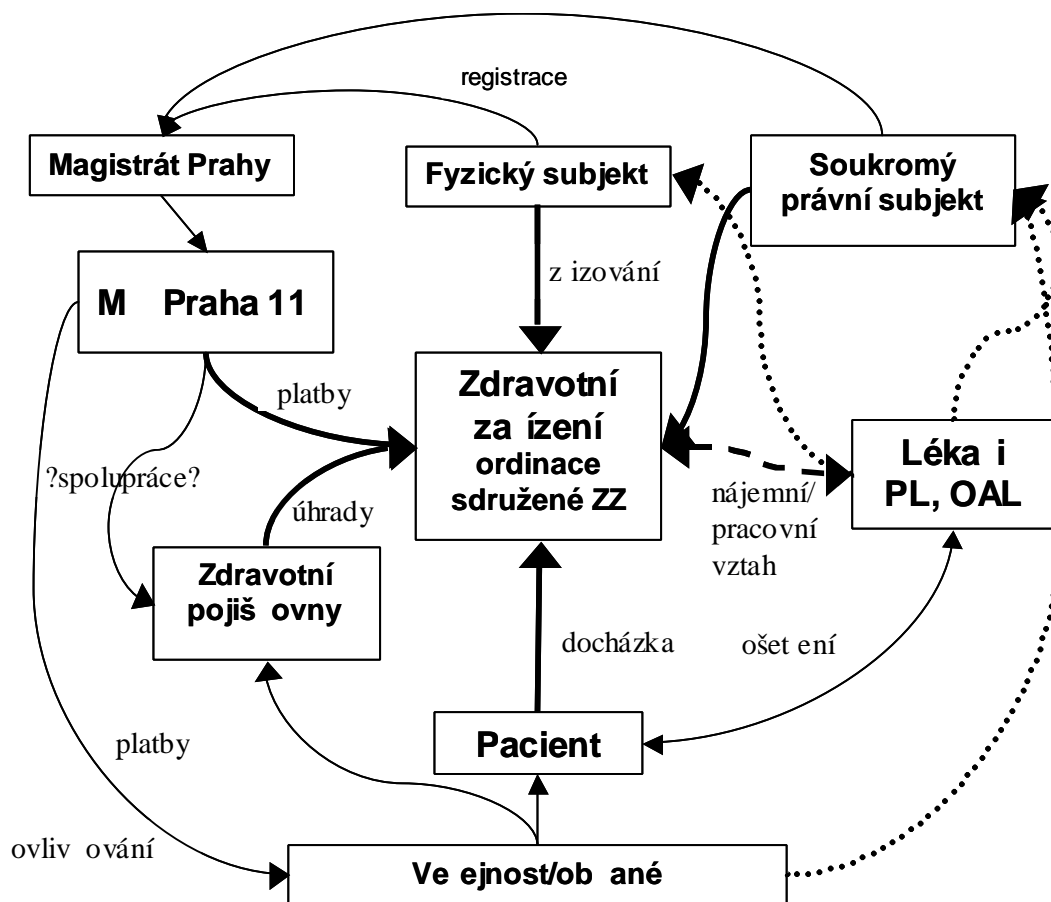
### 3.1.1 Klíčové vztahy mezi subjekty zdravotní péče

V systému zdravotnictví je zaangażováno množství subjektů s množstvím otevřených i skrytých vztahů. Pro potřeby tohoto materiálu a projektu zobrazujeme část těchto vztahů. Zobrazený model si nečiní nárok na úplnost a maximální přesnost, ale v základu postihuje vztahy, kterých se bude projekt dotýkat.

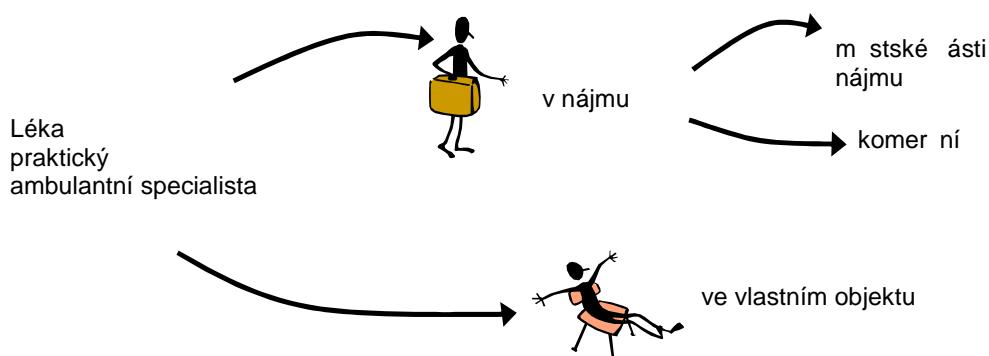
V zjednodušené formě model zobrazuje možnost zizovat soukromá a státní zdravotnická zařízení. Lékaři jsou v zdravotnickém zařízení buď v **nájemním, vlastnickém nebo pracovním právním vztahu**. Zdravotnická zařízení jsou financována zdravotními pojišťovnami nebo zizovatelem. Lékaři poskytují pacientům zdravotní ošetření a potěbnou péči.

Skutečné vztahy však mají řadu problémových míst z hlediska ovlivnění zdravotní péče na daném území.

**Současná legislativa** neumožňuje samosprávě významně zasahovat do struktury a rozmístění ani kvality zdravotnických zařízení, pokud takovéto zařízení samospráva přímo neprovozuje. Samospráva totiž nemá žádný přímý vztah s lékaři nebo provozovatelem zdravotnického zařízení. Většina ambulantních lékařů tj. PL a OAL pracuje dnes na soukromé bázi jako smluvní partneři zdravotních pojišťoven.



### 3.1.2 Vztahy lékaře k zdravotnickému zařízení



Pouze v jediném případě může mít jiný vztah samospráva s lékařem vykonávajícím činnost jako fyzická osoba. Jde o vztah nájemní nebo podnájemní, t.j. samospráva pronajímá prostory, ve kterých PL a OAL provozují svou praxi. Pro většinu ambulantních lékařů - zejména provozujících praxi jako fyzická osoba - mohou být náklady spojené s nájmem prostor, ev. náklad na kolaudaci nebytových prostor na zdravotnické zařízení podstatnou položkou ovlivňující jejich hospodaření.

### 3.1.3 Vyhodnocení vztahových modelů - příležitosti pro samosprávu

Pokud chce samospráva za souhlasné legislativy ovlivňovat poskytovatele ambulantní péče s cílem zajistit kvalitativní změny pro své obce, musí hledat možnosti pro dosažení svých záměrů. Na základě provedených rozborů rozebereme vhodné možnosti pro eliminaci některých zmínovaných rizik, která vyplývají z modelu soukromé poskytování - veřejné financování a vztah popsaných v této kapitole t.j. tržní chování PL a OAL v rámci regulace státní správy (MZ).

V této souvislosti je nutné připomenout, že zdravotnictví v ČR samo o sobě vykazuje řadu systémových chyb a hledá svou koncepci. Účad problém se kterými se MÚP11 v oblasti zdravotnictví potýká je proto nad rámec jejich možností.

#### Možnosti pro ovlivňování poskytovatelů zdravotnických služeb samosprávou

Možností, jak motivovat soukromé poskytovatele ambulantních zdravotnických služeb, kteří jsou financováni ze zdrojů veřejného financování ke komunikaci se samosprávou, je poskytovat jim „určité ekonomické výhody“. Velikost těchto „výhod“ je motivuje nejen ke komunikaci, ale také k realizaci určitých opatření, které jdou nad rámec zákona, i opatření zdravotních pojišťoven nebo alespoň k dodržování těchto opatření (posun ordinace do pozdějších odpoledních hodin, vyřizování stížností a námětů pacientů, ...).

Jednou z variant je provozovat sdružené zdravotnické zařízení a v těchto prostorách jim pronajímat ordinace. V ideálním případě je pak vhodné kombinovat soukromé poskytovatele zdravotnických služeb s provozováním zdravotnických služeb, kde jsou lékaři v pracovní-právním vztahu k samosprávě nebo subjektu jí řízeném. Ekonomika takového sdruženého zdravotnického zařízení bude daleko efektivnější, t.j. nákladově méně náročná. Pak je schopna MÚP poskytovat „v tšití úlevy“ na nájemném a službách s tím spojených. Navíc při určité „centralizaci“ více PL a OAL lze spojit s lepší finanční návratností v případě poskytování nákladnějšího společného moderního přístroje, i vybavení, které by bylo pro lepší diagnostiku některých frekventovaných diagnóz.

Centralizace ordinací je vhodné doplnit provozováním lékárny (čím větší centralizace, tím větší poptávka po lécích), která je zisková a tento zisk lze použít na pokrytí dalších ztrát spojených s provozem zdravotnického zařízení.

Centralizací PL a OAL by došlo k eliminaci některých dále zmínovaných rizik, a jde o vzájemnou lepší informovanost mezi PL a OAL a současně by byla větší příležitost k navázání neformálních vztahů mezi



PL a OAL a tím k možnému utlumení konkurenčních vztahů, které mají nepříznivý vliv na komfort pacientů.

Pro detailnější pohled na uvedenou problematiku se provedla řada následujících analytických šetření. Tato šetření byla prováděna pro potřeby tvorby návrhu generelu zdravotnictví dané oblasti, ale řada jejich výstupů je použitelná i pro průběžnou zprávu.

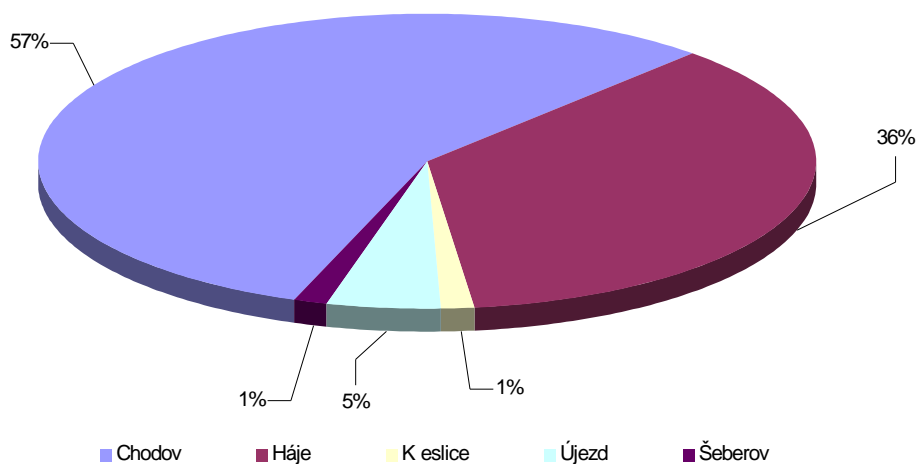
### 3.2 Místní šetření mezi obyvateli M P11

Pro účely zpracování generelu zdravotnictví bylo do projektu zahrnuto také místní šetření mezi veřejností. Místní šetření proběhlo na Praze 11 formou dotazníkového šetření.

Osloveno bylo celkem 300 respondentů, procedura jejich výběru nesla charakteristiky *kvótního výběru* (vzorek byl sestaven s ohledem na vybrané demografické ukazatele a jejich strukturu v základní populaci – zohledněna byla struktura obyvatel Prahy 11 dle pohlaví, věkových skupin a bydliště). S ohledem na záměr šetření bylo pro srovnání zvoleno šest strategických lokalit. Byly to jednak stanice metra Háje, Opatov a Chodov – důvodem tohoto kroku byla snaha získat „topograficky lenitý vzorek“ (tedy názor obyvatel všech obvodů městské části) - a dále vstupní haly obou městských poliklinik (SZZ JM I., SZZ JM II) – k tomuto nás vedl záměr získat názor faktických klientů zdravotnických služeb.

K závěrečnému hodnocení bylo odevzdáno celkem **289 platných dotazníků**. Šetření se zúčastnilo **150 žen (52% respondentů)** a **139 mužů (48% respondentů)**. Dotázaných ve věkové skupině **do 15 let** bylo **33 (11,4%)**, **od 15 do 59 let** **202 (69,9%)** a **od 60 let** **52 (18% z celkového počtu respondentů)**. Všichni respondenti jsou obyvateli městské části Praha 11. Struktura vzorku dle přesného místa bydliště je znázorněna na následujícím grafu.

Respondenti dle místa bydliště



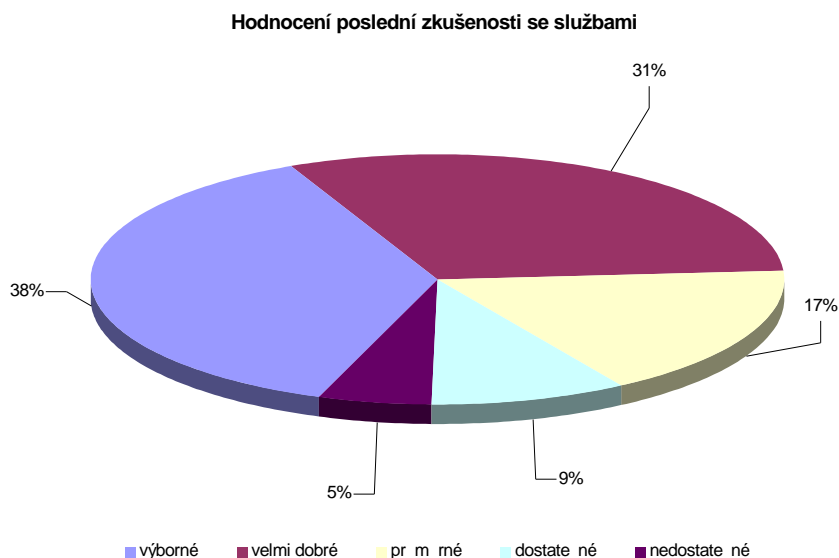
Dotazník obsahoval celkem 14 otázek (včetně 11 otázek identifikačních). Jeho prostřednictvím jsme získali názor respondentů na kvalitu zdravotnických služeb poskytovaných na Praze 11, názor na nabídku těchto služeb. Dále jsme se zaměřili na zmapování lokality využívání zdravotnických služeb

(v míst bydlíšť , mimo Prahu 11), dotazovali jsme se na optimální ordinaci hodiny ve zdravotnických zařízeních, zmapována byla také míra informovanosti respondentů v rozličných oblastech souvisejících se zdravotnictvím. Respondenti mohli dále možnost volby, dle vlastního rozvážení, zmínit jakoukoliv podmínku, doporučení i námět týkající se zdravotnických služeb na Praze 11.

Pro potřeby příložené zprávy jsme vybrali otázky: 2, 7 a 11, které se svým zaměřením vztahovaly k danému tématu.

### 3.2.1 Otázka 2 – zkušenosti se zdravotnickými službami

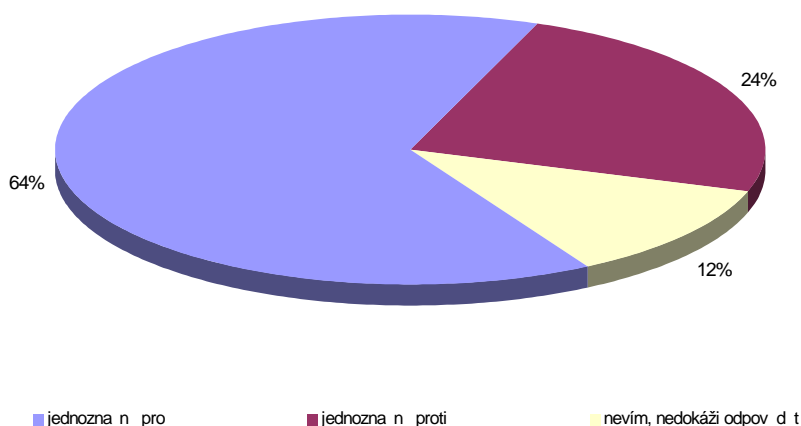
Otázka souvisela s kvalitou poskytovaných zdravotnických služeb. V otázce . 2, se respondenti vyjádřili ke své poslední zkušenosti se zdravotnickými službami. Tak jako 70% respondentů (68,4%) zvolilo za svou odpověď možnosti 1 - výborné a 2 - velmi dobré. Naopak, jako nedostatečné vnímalo poskytované služby 5,2% oslovených respondentů. Podrobné údaje o odpovědích jsou znázorněny v následujícím grafu.



### 3.2.2 Otázka 7- názor na centralizaci zdravotnických služeb

V otázce .7 byl zjištěn **názor respondentů** na jeden ze záměrů zpracovávané koncepce, totiž **na případnou centralizaci zdravotnických služeb** do jedné budovy (poliklinika Opatovská). Otázka byla formulována takto: „V současné době je zvažována koncepce, kde budou všichni specializovaní ambulantní lékaři (oční, ušní, ortopéd,...) pod jednou střechou v blízké vzdálenosti od metra (ul. Opatovská). Mohu se zeptat na Váš názor, co si o tom myslíte?“

### Názor na centralizaci zdravotnických služeb



Na výběr mohli respondenti z těchto odpovědí: *jednoznačně pro – výborný nápad, jednoznačně proti – nechal bych vše při starém a nevím, nedokážu odpovědět*. Distribuce jednotlivých odpovědí je znázorněna v následujícím grafu.

Z grafu je zřejmé **jednoznačná podpora** ve většině pro záměr **sjednotit** roztroušená **zdravotnická zařízení** do jedné dostupné budovy. Toto stanovisko je nezávislé na pohlaví i v jednotlivých skupinách respondentů (pouze nejmladší dotazovaní – do 14 let – asi je volili neutrální odpověď).

### 3.2.3 Otázka 11- náměty, doporučení a výhrady ke stavu, kvalitě a nabídce zdravotnických služeb

Otázka 11 zjišťovala názor respondentů nepřímo. Šlo o otázku otevřenou, v níž mohli respondenti možnost vyjádřit svůj názor volně, bez předcházející kategorizace. Byla formulována takto: „Máte nějaké konkrétní náměty, doporučení i výhrady ke stavu, kvalitě a nabídce zdravotnických služeb na Praze 11?“

Možnost jakkoli se vyjádřit k tématu šetření využilo **61 respondentů** (21,1%). Ve většině případů vznášeli respondenti kritické připomínky. Jednotlivé odpovědi jsme klasifikovali a dle četnosti se adily do následující tabulky.

Otázka 11 - náměty, doporučení, výhrady - typy odpovědí.	frekvence
malá návštěvnost lékaře, arogance, špatný přístup	8
vysoké doplatky na léky, ceny léků	7
zařízení jsou na různých místech - rozestě - lepší by bylo centralizovat	7
špatná informovanost pro pacienty - o nemocnici, aktuálních věcech, způsobů léčby	6
nekvalifikovaná péče (chybné diagnózy, neví jaké léky předepsat)	6
dlouhá čekací doba u praktických lékařů	4
chybí pohotovost	3
odmítání pacientů z jiných městských částí	3
špatný stav polikliniky Opatovská - zrekonstruovat	2
profesionální služby, spokojenost se službami	2
kontrola vyšetřování lékaře za vykonané úkony, zákroky	2
menší čekací doby u lékaře	1

chybí zubní pohotovost	1
MUDr. Jelínek je neschopný nerozumí tomu, co dává	1
probudit radní	1
chybí bazén pro veřejnost	1
na dětském odd. je spojená místnost pro nemocné/zdravé děti (prevence, poradna)	1
dlouhá lhůta pro objednání u specialist	1
plácí příjemné sestřičky	1
časově nedostupné služby	1
chybí zubní	1
povýšenost soukromých odborných lékařů (maximální zisk/minimální péče)	1
špatná péče v nemocnici Kr	1
chybí pohotovostní lékárna	1
chybí prodejna zdravotnických potřeb, pomůcek	1
málo specializovaných ambulancí	1
rychlá záchranná služba je moc pomalá	1
chybí bezbariérové přístupy	1
každá lékárna má jiné ceny	1

Mimo témata, jejichž řešení není schopen zadavatel ovlivnit (*vysoké ceny léků, každá lékárna má jiné ceny, chybí bazén pro veřejnost* apod.) se v odpovědích objevují náměty, které přímo souvisí s připravovanými koncepcemi vedení M.

Z provedeného místního šetření mezi obyvateli M je patrné, že obyvatelstvo ve velké většině podporuje centralizaci odborné ambulantní péče bez ohledu na věk a pohlaví (s výjimkou mladých občanů do 14 let). Nepřímo lze vysledovat ještě další zjištění, jako je slabá informovanost občanů (např. k pohotovosti, nemocnici, tvorbě generelu,...), určitá nespokojenost s kvalitou a kapacitami lůžkami u lékaře, i nevyhovující stav polikliniky Opatovská. Na tyto problematiky byly zaměřeny ještě další otázky šetření, které budou podrobněji rozvedeny v samotném generelu.

### 3.2.4 Analýza zdravotnických odborností a zařízení

Analýza této oblasti je v tuto chvíli zaměřená především pro potřeby řešení polikliniky Opatovská. Proto se bude kapitola v novat pouze tématu průběžné zprávy – vyhledat potenciální příležitosti pro případnou centralizaci poskytovatel zdravotnické péče. V kapitole nekomentujeme aktuální stav a neprovádíme závěry z historických trendů s výjimkou omezené predikce poptávky, nebo ostatní bude předmětem generelu.

Kapitola se z výše uvedeného vnuje popisu portfolia zdravotnických služeb poskytovaných na území M P11 z pohledu:

- odborností, t.j. pestrosti nabídky
- poskytovatel (právníkové osoby, fyzické osoby)
- vztahu poskytovatel ke zdravotnickému zařízení (prostorám, kde je činnost vykonávána)

Ve druhé části kapitoly (3.3.2.) popisujeme historický vývoj poptávky po vybraných zdravotnických službách, tak jak byly zaznamenány ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Bohužel jsme do dnešního dne nedostali všechna data od VZP, kterou jsme ve stejném časovém okamžiku jako ÚZIS požádali, abychom mohli uvedené údaje mezi sebou porovnat. Předpokládáme, že tato data budou k dispozici pro zpracování generelu.

### 3.2.5 Stávající stav v zájmovém území

Pro popis stávajícího stavu všech ambulantních lékařů (t.j. PL a OAL) jsme použili několik analytických výstupů, pomocí nichž budeme jednoduše schopni popsat stávající stav.

Jako první uvádíme tabulku - Pohled ambulantních úvazků dle odborností na vybraných územích hl. města Prahy, tak, jak jsou evidovány VZP. V tabulce jsou uvedeny úvazky lékařů po jednotlivých odbornostech.

Úvazkem se rozumí počet 8hodinové pracovní doby, na kterou má lékař podepsanou smlouvu se zdravotními pojišťovnami. Znamená to, že pokud má lékař například 2 odbornosti a každou na 0,5 úvazku, teoreticky by měl 4 hodiny vynášet každé odbornosti.

Pro srovnání uvádíme stav pouze ve vybraných městských částech, které jsou podobné Městské části Praha 11 buď podle počtu obyvatel nebo jde o tzv. okrajovou část hl. města Prahy, t.j. přímo sousedící se Středočeským krajem. V této tabulce nejsou zachyceni lékaři, kteří vykonávají lékařskou praxi na území Městské části Praha 11 a nemají smlouvu se zdravotními pojišťovnami (nejsou součástí tabulky). Z dostupných zdrojů jsme nebyli schopni zjistit, kolik % je takových z celkového množství (PL, nebo OAL) za každou odbornost.

Ve zvláštním případě Praha 11 jsou 3 sloupce, na rozdíl od ostatních částí. Je to proto, že oficiálně vykazuje Městská část Praha 11 počet obyvatel dle posledního sčítání lidu 2001 86 tis., ale pro reálný stav je potřeba připočítat také studenty bydlící v SŽ kolejištích - 5tis.. Proto v tabulce uvádíme porovnání normativu vydaného MZK z července 1997 k oběma počtům obyvatel. V tabulce jsou některé řádky, kde chybí čísla normativu, jde o odbornosti, pro které normativ nebyl stanoven, ale tyto odbornosti se dle údajů VZP na Městské části Praha 11 vyskytují.



Tabulka popisuje stav k 10.4.2006, jelikož nemáme doposud aktuální data od VZP, ale pro účel této kapitoly je dle našeho názoru dostačující. VZP ve skutečnosti neuzavírá nové smlouvy, které by znamenaly celkové navýšení úvazků dle jednotlivých odborností, proto nečekáváme nijak dramatické změny k současnosti.

Z tabulky lze vysledovat odbornosti, kterých se „nedostává“ pacientům na M P 11 v dostatečném množství:

- **PL pro dospělou věk** - situace je nejhorší ze všech vybraných částí Prahy, podstav je cca 34% oproti normativu
- **PL zubařská** - situace je opět nejhorší ze všech vybraných částí Prahy, podstav je cca 20%

Další odbornosti, které jsou „poddimenzované“ oproti ostatním městským částem, ale ve srovnání s normativem nejsou významně menší:

- oční, TBC a respirační nemoci, revmatologie

Ostatní odbornosti, které vykazují podstav, ale ve srovnání s ostatními vybranými částmi je na tom M lépe:

- PL pro děti a dorost

Na M jsou ale také odbornosti, které jsou zastoupeny oproti ostatním částem „nadstandardně lépe“:

- kardiologie, neurochirurgie, pediatrie, psychiatrie, chirurgie, gynekologie, ortopedie, rehabilitace, logopedie

V těsnosti těchto oblastí vykonávají privátní specializovaná pracoviště - právnické osoby, které mají sídlo na M .

Uvedené srovnání je zapotřebí vnímat v širších souvislostech. M P11 je součástí zdravotnické péče hl. Prahy. Pacient má právo si vybrat lékaře a to praktického a toho se využívá. Nejistili jsme v jaké míře, ale při porovnávání stávajících stavů s normativy je třeba zvažovat i tuto skutečnost. Pacienti proto mohou mít své PL mimo M například v místních pracovištích, například v domovních bydlech apod.

### 3.2.6 Predikce vývoje zdravotnických odborností

Trh je charakteristický existující poptávkou a nabídkou. Dá se říci, že na neregulovaných trzích se nabídka i poptávka chovají „racionálně“. Kupující si hlídá svoji peněženku a váží, kolik mu toho ještě stojí za to nakoupit. Prodávající si je v domě, za co se mu prodávat vyplatí a za co již nikoli.

Trh poskytované zdravotní péče je trhem regulovaným. Ale nejen to. Na rozdíl od „běžného“ trhu zde platí velmi kuriózní pravidla. Prodávající – v tomto případě poskytovatelé zdravotní péče – jsou za svoji práci placeni z peněz vybraných v rámci zdravotního pojištění. Kupující, tedy pacienti za toto zdravotní pojištění platí, avšak tato platba je zcela nezávislá na jim poskytnuté zdravotní péči.

Poptávka po zdravotních službách, se v takovém systému dá lenit na poptávku potřebnou a poptávku „nepotřebnou“. Pojmeme nepotřebnou poptávku máme na mysli tu část poptávky, která je vyvolaná jinou potřebou než potřebou zdravotní péče, například má zdravotní základ, nicméně ten je natolik banální, že nevyžaduje lékařský kontakt.

V následujícím textu uvedeme některé údaje, na základě nichž se pokusíme velmi lehce nastínit faktory vývoje množství poskytované zdravotní péče. Je však třeba mít na paměti, že data z nichž vycházíme (jako například podíl ošetření dle odborností) mají vždy vztah k poptávce po zdravotních službách, která je jak bylo zmíněno dvojího charakteru. Toto je jeden z důvodů, proč neexistuje přímý plně korelovaný vztah mezi množstvím poskytované péče a zdravotních potřeb obyvatelstva.

Logika tvorby sítí zdravotnických zařízení by měla vycházet z následujícího logického řetězce:

Geodemografická struktura populace a její prognóza zdravotní stav jsou asny a předpokládaný potřeby zdravotní péče aktuální a předpokládané adekvátní síť zdravotnických zařízení v souladu s nimi a ve výhledu

Zásahy státní správy v posledních letech se bohužel spíše nesly v duchu pokrytí nároků stávající sítě zdravotnických služeb, místo aby byla síť budována s ohledem na skutečné potřeby zdravotní péče.

### **Poptávka po zdravotnických službách**

Vývoj poptávky po zdravotnických službách je v souladu s principu financování – t.j. z veřejných zdrojů. Poptávku podporuje slabá informovanost obyvatel, že zdravotnictví není zadarmo – platíme jej všichni. Pracující obyvatelé přispívají na základě zákona o veřejném zdravotním pojištění (zák. 48/1997 Sb.) poměrnou částkou ze mzdy. Zaměstnavatelé odvádějí ještě další poměrnou část za každého svého zaměstnance, v případě potíží VZP stát doposud pokaždé pokryl finanční ztráty formou státní dotace. Výsledkem je fakt, že k „jakémoliv“ nabídce se najde poptávka.

V posledních dnech MZ přichází s návrhem financování spoluúčasti pacientů za určitých služeb ve zdravotnictví. Jde o opatření, které má za cíl zbrzdit poptávku po zdravotnických službách, protože se každoročně prohlubuje deficit financování. Zdroje financování jsou závislé na dvou hlavních faktorech:

1. růstu HDP (t.j. jak se bude podnikat a zaměstnanců dále)

2. demografickém vývoji (kolik osob z celkového množství bude ekonomicky aktivních)

### **Nabídka zdravotnických služeb**

Nabídka zdravotnických služeb charakterizují regulační opatření přijatá VZP a MZ v letech 1997-1998. Tyto regulační opatření reagovaly na historický vývoj v 90-letech, kdy došlo k obrovskému nárůstu počtu OAL a souladně s tímto vykazovaných výkonů, které měly za následek velký deficit mezi příjmy a výdaji. V této části pouze popíšeme souladný stav. VZP, jako dominantní zdravotní pojišitel, reguluje strukturu poskytované ambulantní zdravotní péče tím, že de facto udržuje stávající strukturu, pouze v rámci směrnic přeskupuje tzv. úvazky mezi jednotlivými regiony. Další regulace spočívá v opatřeních přijatých MZ a VZP v oblasti regulace vykazovaných výkonů, které mají velký dopad na chování ambulantních lékařů. Jak již bylo zmínováno, PL dostávají tzv. kapitální platby za každého registrovaného pacienta, ovšem existuje strop, nad který již žádné platby nedostávají. To vede k sledku, že PL nové pacienty nevyhledávají a dává se usuzovat, že je mohou i odmítnout (my jsme se však s tímto v praxi nesetkali). Obdobné to je u OAL, kteří jsou honorováni výkonovými platbami, které mají ovšem také určitě limitující hranice, to znamená, že OAL nejsou motivováni k nadměrné činnosti nad stanovené limity, nebo je nedostanou zaplacený.

Pro úplnost je nutné uvést, že existuje varianta, kdy si pacient hradí ošetření u lékaře ve vlastní režii. Tyto případy jsou běžné u některých vysoce odborných OAL (stejně tak stomatolog), ovšem je zřejmé, že pacienti za souladného stavu jednoznačně preferují OAL, kde dostanou obdobnou službu „zadarmo“. V souvislosti s připravovanými změnami financování spoluúčasti odebíráme, že tato nabídka bude nabývat na významu.



Počet vybraných ambulantních ošetření (vyšetření) bez LSPP

Oddělení, pracoviště	Praha 2000	Praha 2003	Praha 2005	Praha 11 2000	Praha 11 2003	Praha 11 2005
Interna	1 788 957	1 951 105	2 201 116	54 622	77 944	37 024
Gastroenterologie	118 315	163 882	208 929	15 270	11 537	14 331
Diabetologie	250 077	271 180	303 603	15 641	11 199	6 471
Alergologie a klinická imunologie	664 300	594 059	548 838	28 013	36 372	37 423
TBC a respiračních nemocí	253 380	301 383	323 873	0	817	3 272
Neurologie	603 961	673 534	772 371	24 901	24 299	37 298
Psychiatrie (včetně sexuologie)	479 758	624 201	659 338	45 252	42 499	45 562
Pedie (včetně dorostového lékaře)	1 828 377	1 680 221	1 636 614	129 338	115 809	114 452
Gynekologie	1 795 085	1 900 463	1 963 069	59 081	78 576	71 139
Chirurgie	1 282 976	1 339 869	1 379 777	56 521	55 575	55 254
Ortopedie	556 493	587 965	661 712	34 823	34 447	49 807
Urologie	319 256	380 554	375 435	7 522	11 536	12 073
Ušní, nosní, krční (včetně fonie)	882 334	894 865	914 207	47 533	48 458	49 694
Oční	865 900	959 527	967 785	31 598	39 416	35 701
Kožní	979 801	1 040 492	1 104 705	44 630	46 618	43 033
Klinická a radiologická onkologie	372 278	357 978	402 634	275	922	400
Ordinace praktických lékařů pro dospělé	5 242 891	5 250 517	5 273 290	213 320	220 729	208 153
Stomatologie	2 936 267	2 954 083	3 005 548	131 961	131 321	114 840
<b>TOTAL</b>	<b>21 220 406</b>	<b>21 925 878</b>	<b>22 702 844</b>	<b>940 301</b>	<b>988 074</b>	<b>935 927</b>

Pro představu o budoucím vývoji je nezbytné vyjít z historického vývoje. Ten lze charakterizovat podle ošetřených/vyšetřených pacientů dle jednotlivých odborností. Podkladem jsou použita data získaná z ÚZIS za léta 2000-2005:

Data před rokem 2000 nebyla použita, nebo se před rokem 2000 významně měnily způsobem úhrad od zdravotních pojišťoven, které významně ovlivňovaly vykazování početů ošetření. Data za rok 2006 nebyla k dnešnímu dni ÚZIS zpracována.

Abychom si udělali představu o vývoji početů ošetření zpracovali jsme následující pohled, který charakterizuje indexy meziročních nárůstů:

## Indexy vývoje vybraných ambulantních ošetření (vyšetření) bez LSPP

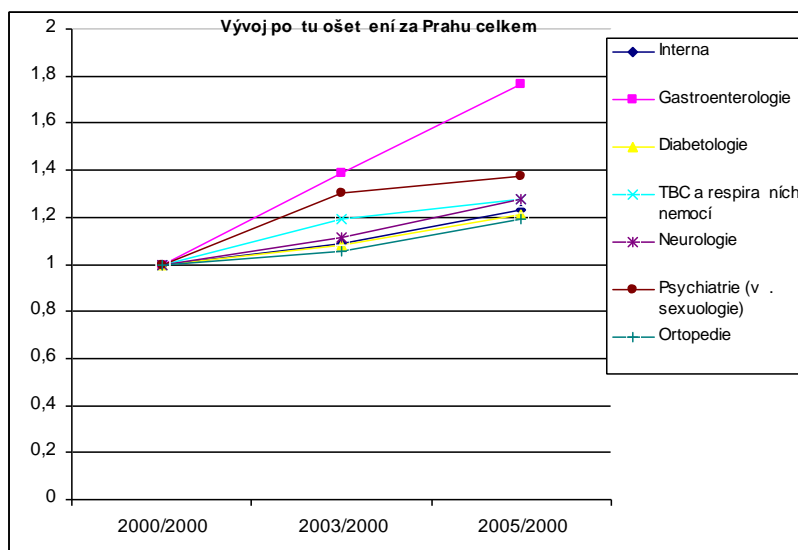
Oddělení, pracoviště	Praha 2003/2000	Praha 2005/2000	Praha 11 2003/2000	Praha 11 2005/2000
Interna	1,091	1,230	1,427	0,68
Gastroenterologie	1,385	1,766	0,756	0,94
Diabetologie	1,084	1,214	0,716	0,41
Alergologie a klinická imunologie	0,894	0,826	1,298	1,34
TBC a respiračních nemocí	1,189	1,278	xx	xx
Neurologie	1,115	1,279	0,976	1,50
Psychiatrie (v . sexuologie)	1,301	1,374	0,939	1,01
Pediatric (v . dorostového lékaře)	0,919	0,895	0,895	0,88
Gynekologie	1,059	1,094	1,330	1,20
Chirurgie	1,044	1,075	0,983	0,98
Ortopedie	1,057	1,189	0,989	1,43
Urologie	1,192	1,176	1,534	1,61
Ušní, nosní, krční (v . foniatrie)	1,014	1,036	1,019	1,05
Oční	1,108	1,118	1,247	1,13
Kožní	1,062	1,127	1,045	0,96
Klinická a radiální onkologie	0,962	1,082	3,353	1,45
Ordinace prakt. lékaře pro dosp.	1,001	1,006	1,035	0,98
Stomatologie	1,006	1,024	0,995	0,87
TOTAL	1,033	1,070	1,051	1,00

Z tabulky je zřejmé, že v některých oborech neodpovídá trend v Praze celkovému trendu na M. P11. Jsme však toho názoru, že v této vypovídající schopnosti mají díla za Prahu celkem a to z toho důvodu, že po této výkon jsou v průměrném vztahu k počtu lékařů (příspěvků dle úvazků), které jsou pro Prahu jako celek velmi konstantní, kdežto lokálně kolísají.

Srovnání Prahy s ostatními regiony v ČR vzhledem k velké specifičnosti regionu Praha nepovažujeme za účelné.

Z indexů r. stů vykazují pravidelné nejvyšší nárůsty tyto odbornosti:

- gastroenterologie
- ortopedie
- psychiatrie
- diabetologie
- neurologie
- interna/vnitřní lékařství
- TBC a respirační nemoci



Pro ucelený pohled doplníme tabulku, která znázorňuje srovnání počtu kontaktů pacientů s ambulantním lékařem v ČR s vybranými státy:

Počet kontaktů s lékařem/rok podle databáze OECD Health Data

zem /rok	1990	1995	2000	2001	2002
Rakousko	5,9	6,3	6,7	6,7	6,7
Belgie	7,7	8	7,9	7,8	7,8
Kanada	6,7	6,5	6,3	6,2	
česká republika	11,8	12,5	12,6	12,7	12,9
Dánsko	5,7	5,7	6,9	7	7,1
Finsko	3,9	6,5	6,9	6,9	
Německo		6,4	7,3		
Maarsko		10,4	11,1	11,3	11,9
Mexiko	1,7	2,1	2,5	2,5	2,5
Nizozemí	5,5	5,7	5,9	5,8	5,6
Polsko	5,8	5,4	5,4	5,5	5,6
Slovensko		8	15	13	13
Spojené království	6,1	6,1	4,9		
USA			8,9	8,9	9

K uvedené tabulce se rozprávejme v souvislosti s připravovaným systémem poplatků pacientů. Diskuse o metodice zpracování výpočtových hodnot v ČR. Nejnovější údaje OECD za r. 2003 hovoří o 15,1 kontaktu /rok v ČR, nicméně nebyli jsme schopni prozkoumat metodiku výpočtu, proto jsme použili data, kde je metodika shodná pokud se týká časové řady v jednotlivých zemích.

Dle odborných studií jsou důvody spotřeby velkého množství ambulantní péče následující:

- snadná dostupnost
- nepřímý vztah spotřeby - financování
- rozsah nabídky, která vyvolává poptávku
- zvyky pacientů navštěvovat ambulantní lékaře i s banalitami
- neznalost možností sebe péče
- administrativní (i legislativní) důvody, které nutí navštěvovat lékaře s banalitami - např. neexistence určitých rozsahů pracovní neschopnosti v gesci samotných pacientů (nekomplikovaná týdenní chřipka, atd.)

Stávající stav českého zdravotnictví lze charakterizovat následovně:

- vysoký standard zdravotnictví, zejména na úrovni sekundární a terciální zdravotnických služeb
- 100% dostupnost ke všem zdravotnickým službám (bez ohledu na věk a pravděpodobnost úspěchu z pohledu léčby, např. jen z důvodu prodloužení délky života)

Je zřejmé, že stávající stav je z finančního hlediska dlouhodobě neudržitelný. Proto bude státní správa v budoucnu přicházet s opatřeními řešícími zejména změny ve způsobu financování zdravotnictví. Vycházíme z demografických prognóz o nepříznivém vývoji poměru mezi ekonomicky aktivním obyvatelstvem a ostatními a vývojem deficitu zdravotnictví, který narůstá.

Vzhledem k tomu, že samospráva není schopna významně zasahovat do stimulace poptávky a nabídky a v současnosti nejsme schopni odhadnout velikost a termíny zásahů státní správy, které významně ovlivní jak stranu nabídky, tak poptávky, pokusíme se jmenovat základní směry, které se dají logicky odvodit a nastínit jejich dopady. Pro účely tohoto materiálu, který je zaměřen na celkové kapacity případné centralizace to považujeme za postačující.

### **Omezená predikce oblasti poptávky:**

Ze strany státní správy budou v budoucnu přijímána opatření, která budou zvyšovat podíl financování zdravotnictví ze soukromých zdrojů (spoluúčast pacientů), ty budou mít za následek utlumení poptávky zejména u PL.

Ze strany státní správy budou přijímána opatření ke snížení nákladů na ošetření z OAL na PL z důvodu nízké nákladovosti, dá se očekávat, že pacienti budou více navštěvovat jako prvního PL, teprve poté budou využívat OAL.

S prodlužující se průměrnou délkou života bude rostet poptávka po PL a OAL.

Ze strany státní správy budou přijímána opatření ke snížení průměrné délky ošetření v lékařských zařízeních z důvodu vysoké nákladovosti, to povede k růstu poptávky po službách home care a OAL.

### **Omezená predikce oblasti nabídky:**

Nejasné záměry MZ ohledně erozivního tlaku zdrojů.

Z důvodu neudržetelného stavu počet nemocnic dojde k významné redukci nemocnicích lékařů a tím dojde k růstu nabídky ze strany AOL pracujících v nemocnicích.

Dojde k redukci fakultních nemocnic, která přinese rostoucí nabídky OAL pracujících v těchto nemocnicích. VZP chystá redukci OAL, kteří mají menší úvazky, než 0,5, dojde k erozivnímu tlaku úvazků mezi OAL.

## **3.2.7 Demografická analýza obyvatel M P11**

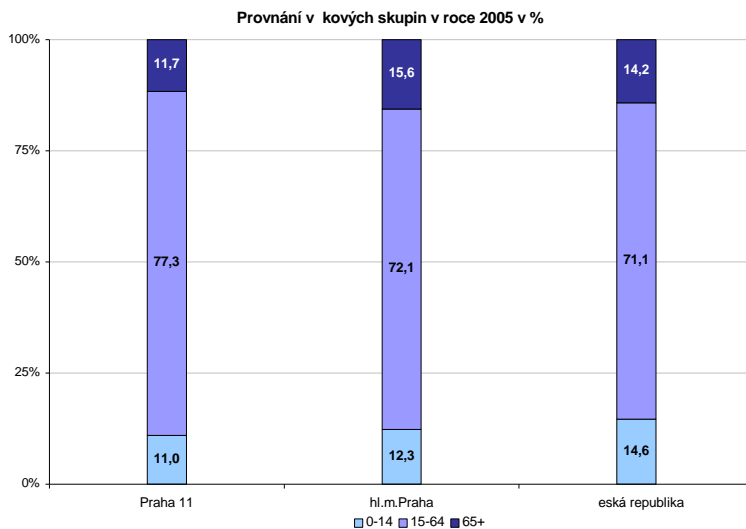
Cílem kapitoly je analýza současné věkové struktury (obyvatel M P11) a jejího vývoje z údajů pro běžného demografického šetření a ze SLDB ČR se zaměřením na tři hlavní věkové skupiny obyvatel: do 14 let (preproduktivní), od 15 do 64 let (produktivní skupina obyvatel) a lidé starší 65 let (postproduktivní skupina obyvatel). Analýza vychází ze statistických materiálů publikovaných Českým statistickým úřadem, Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR a z údajů poskytnutými příslušnými odbory Úřadu městské části Praha 11.

Hlavními oblastmi demografické analýzy je stav a vývoj obyvatelstva M Praha 11 dle věku, pohlaví a zmapování demografických ukazatelů porodnosti a migrace.

## **3.2.8 Stávající stav**

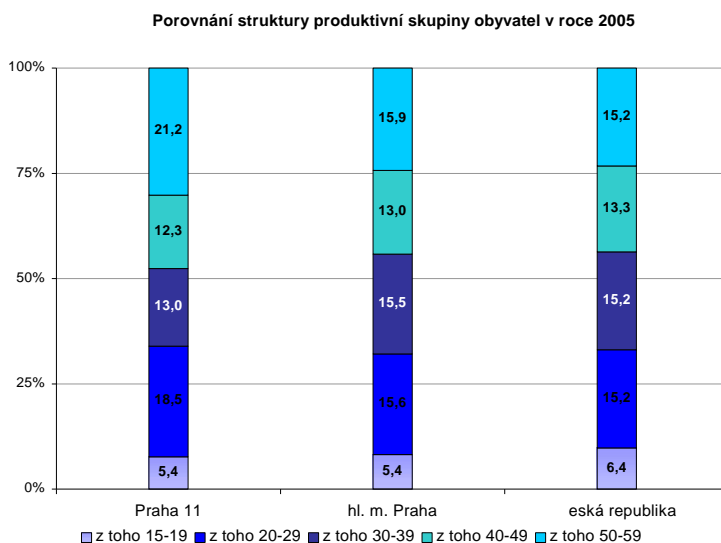
### **3.2.8.1 Věková struktura obyvatel**

Věková struktura M Prahy 11 je v základních rysech **odlišná od struktury obyvatel hlavního města Prahy a obyvatelstva celé České republiky**. Je to způsobeno specifickým zástavbou a vznikem městské části (urbanistický plán) - velká sídliště, jež tvoří podstatnou základnu obytných prostor v městské části, byla osidlována hromadně po jejich dokončení během 70. a 80. let minulého století a to zejména mladými rodinami.



Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že ve v kové struktu e obyvatel Prahy 11 má **výrazný podíl produktivní skupina obyvatel (15-54 let)**. Naopak, **nejmladší v ková skupina** je však zastoupena **nejmén z uvedených (11% z celkového po tu obyvatel)**.

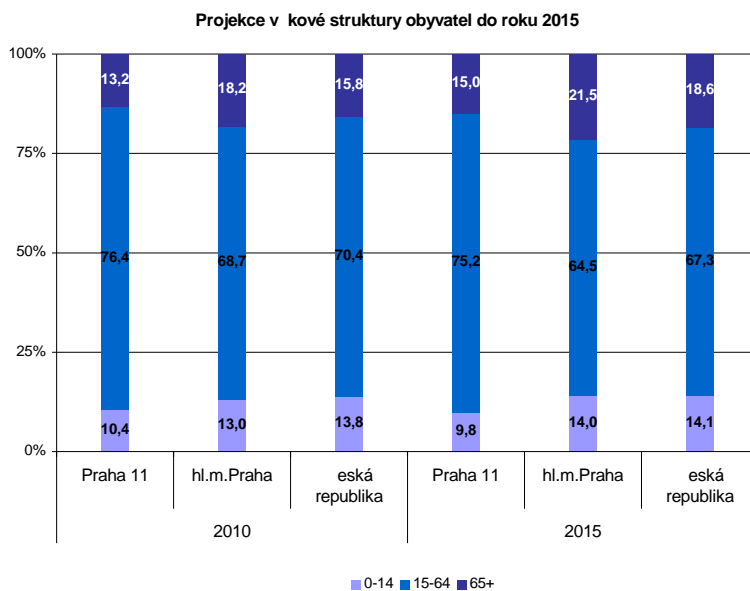
V následujícím grafu je uvedeno konkrétní v kové rozložení v produktivní skupin obyvatel.



Z výše uvedeného grafu je zřejmé, že **podstatnou ást produktivní skupiny** obyvatel tvo í **lidé v nejstarší v kové kategorii (50-59)**. V sou ásné dob dochází k tomu, že se do d chodového v ku dostávají první obyvatelé velkých sídlí .

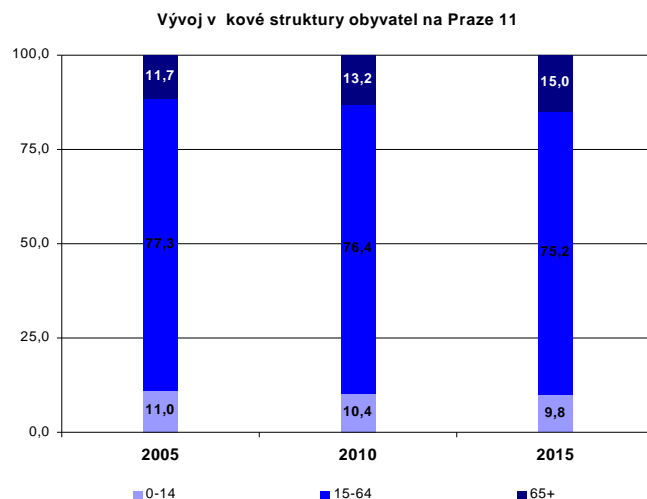
### 3.2.9 Predikce demografického vývoje

V následujících grafech je zachycena prognóza pro roky 2010 a 2015. Uvedená data vychází z údaj publikovaných eským statistickým ú adem a je z nich pro Prahu 11 patrný úbytek podílu osob do 14-ti let a zvýšení podílu starších obyvatel.



Z uvedeného grafu je zřejmý charakteristický rys **stárnutí populace** – zvyšování podílu nejstarších v kových skupin a současně snižování podílu nejmladších v kových skupin. Tento trend je patrný jak pro městskou část a hlavní město Praha, tak i pro celou eskou republiku. Stejný trend je zaznamenáván i v rámci celé Evropské unie.

Pohyb v jednotlivých kových skupinách do roku 2015 je znázorněn v následujícím grafu.



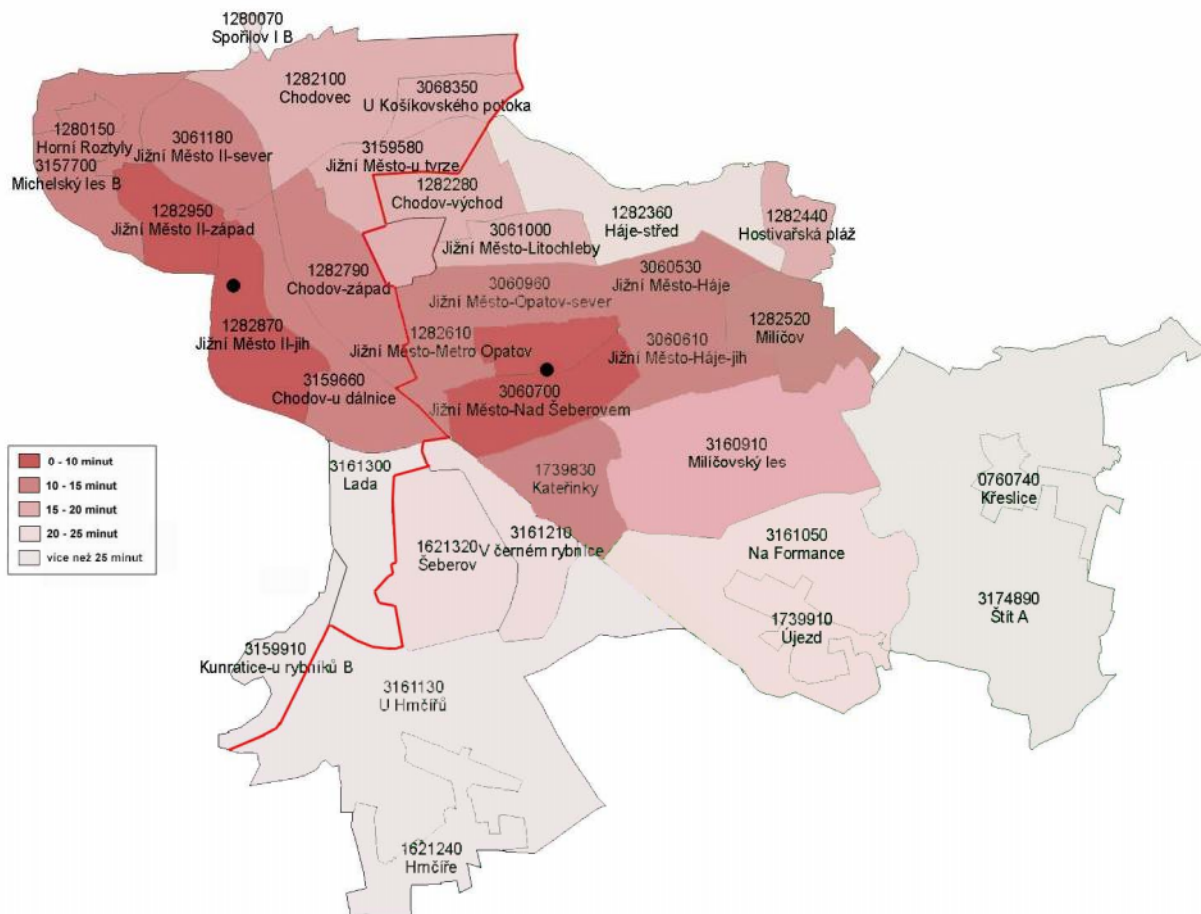
Jak již bylo výše uvedeno i z grafu zachycujícího tendenci změny v kové struktury obyvatelstva městské části Praha 11, je patrné stárnutí obyvatelstva. Podle dlouhodobých prognóz bude v roce 2015 počet osob v kategorii od 65-ti let 10 908, což je o 2 616 více než v roce 2005. Na zvyšování počtu osob ve věku nad 65 let má výrazný vliv i zdravější způsob života obyvatelstva celé eské republiky. Lidé se dožívají vyššího věku než tomu bylo v minulosti. Zároveň je možno z prognóz vyvodit i výrazné snižování počtu dětí do 14 let věku. Tato skupina obyvatel bude v roce 2015 o cca 1 000 osob menší než v roce 2005.

Stárnutí obyvatel je predikovatelná skutečnost. S obtížemi však lze predikovat chování této populace vzhledem k vývoji v bytové oblasti. Již dnes dochází v výrazném zájmu o malometrážní byty a dílčímu stárnutí starší populace do bytů s nižšími náklady. Bylo by vhodné udělat analýzu bytového fondu a odhadnout, zda zde bude starší populace zůstat, či se nebude stahovat do ekonomicky únosnějších lokalit.

### 3.2.10 Asosvá dostupnost obyvatel do zdravotnických center JM I a JM II

Jedním z rozhodujících faktorů, kterými se pacienti řídí při rozhodování, které zdravotnické zařízení využijí je dostupnost. Proto byla provedena dopravní analýza, která respektovala celou Město P11 v etnospádových obcích (Město P11 + Šeberov + Újezd + Křeslice). Město jsme dále rozdělili dle specifikace českého statistického úřadu (SÚ) na dílčí základní sídelní jednotky (ZSJ). Celkem je Město P11 a spádové obce rozdělena na 34 ZSJ.

V následujícím obrázku zobrazujeme časovou dostupnost z jednotlivých ZSJ dle dopravní obslužnosti MHD v asosvém pásmu „sedlo“. Tento asosvý úsek je charakterizován jako asosvé pásmo mimo dopravní špičku (t.j. nejvyšší frekvence hromadné dopravy) a podvečerních a nočních hodin. Vzhledem k tomu, že hovoříme o službách ambulantních lékařů je toto pásmo nevhodnější.



M P11 jsme rozdělili na „optimální hranici“ tak, kde nám vychází vhodnější dopravní spojení a tím i časová náročnost ve vztahu k Sdruženému zdravotnickému zařízení JMI (ul. Opatovská) a JMII (ul. Šustova). Ostatní SZZ jsme nebrali v potaz, nebo to není předmětem této zprávy. Ukazuje se, že dálnice D1 není nejvhodnějším řešením pro rozdělení části Jižního města. U části města Chodov-Západ dochází k situaci, že část území této městské části má lepší dostupnost na SZZ JMI a část na SZZ JM II - je to dáno rozdílnými dopravními spojeními.

Na základě provedené dopravní analýzy jsme provedli rozbor, jak velké části obyvatel se týká rozdělení dle časové dostupnosti na SZZ I a II. T.j. definovat podíl lidí, kteří mohou teoreticky využívat SZZ JM I a SZZ JM II dle následujícího rozdělení. Údaje jsou vypočteny ze sčítání lidu v r. 2001, pro potřeby naší analýzy jsou tedy vyhovující.

část II- dostupnost na SZZ JM II

KOD_ZSJ	název ZSJ	muži	ženy	celkem
1280070	Spořilov IB	44	47	91
1280150	Horní Rozptyly	3	1	4
1282100	Chodovec	840	835	1 675
1282790	JM II-Západ	913	917	1 830
1282870	JMII-Jih	3 485	3 709	7 194
1282950	JM II-Západ	3 506	3 781	7 287
3061180	JM II-Sever	1 513	1 675	3 188
3068350	U Košíkovského rybníka	0	0	0
3157700	Michelský les B	0	0	0
3159580	JM-u tvrže	3 404	3 706	7 110
3159660	Chodov-u dálnice	2	4	6
3159910	Kunratice-u rybníka B	0	0	0
3161300	Lada	0	0	0
	TOTAL	13 710	14 675	28 385

část I- dostupnost na SZZ JM I

KOD_ZSJ	název ZSJ	muži	ženy	celkem
1282280	Chodov-východ	784	924	1708
1282610	JM-Metro Opatov	414	498	912
3060700	JM-Nad Šeberovem	4426	5069	9495
3060880	Opatov	2995	3221	6216
3060960	JM-Opatov-sever	2341	2551	4892
3061000	JM-Litochleby	3151	3381	6532
1282360	Háje-Střed	3657	3762	7419
1282440	Hostivařská pláž	0	0	0
1282520	Milíčov	1869	2023	3892
3060530	JM-Háje	2974	3162	6136
3060610	JM-Háje-jih	2779	2879	5658
1621240	Hrnčíře	393	407	800
1621320	Šeberov	422	421	843
3161130	U Hrnčířů	1	0	1
3161210	Věrném rybníce	0	0	0
1739830	Kateřinky	697	726	1423
1739910	Újezd	191	174	365
3160910	Milíčovský les	0	0	0
3161050	Na Formance	0	0	0
0760740	Keslice	147	138	285
3174890	Štít A	32	23	55
	TOTAL	27273	29359	56632

Tabulku - část II je nutno upravit o obyvatelstvo, které není zaznamenáno ve sčítání lidu. Jde o studenty bydlící na VŠ kolejích. Dle našich údajů se zde nachází cca 5.000 studentů. To znamená, že z celkového počtu 90.tis obyvatel (včetně studentů) je rozdělení následující:

	obyvatel	% z celku
TOTAL část I	56 632,0	62,9
TOTAL část II	33 385,0	37,1
TOTAL	90 017,0	100,0

Z tabulky je zřejmé, že pro většinu část obyvatelstva (cca 63%) je „spádovou“, tedy lépe dostupnou spíše poliklinika na ul. Opatovská. Na druhou stranu je potřeba zmínit, že jde pouze o teoretický model, který nerespektuje již zmíněný praktický vliv ostatních sdružených zdravotnických zařízení na území M P11 (ve spádové oblasti například Poliklinika Litochleby, Palas Athéna, a jiné).



Pokud provedeme rozdělení dílčích částí M P11 na dostupnost do 20 min a nad 20, vyjde nám následující:

	do 20 min	nad 20 min
obyvatel	80 249	9 768
% z celku	89,1	10,9

Z celkového počtu 9.762 obyvatel, kteří mají časovou náročnost při dopravě MHD nad 20 min, jde především o část Háje–střed, kde je registrováno k r. 2001 celkem 7.419 obyvatel. Touto problematikou se budeme hlouběji zabývat v samotném generelu.

Z provedené analýzy vyplývá, že převážná část obyvatel má velmi dobrou časovou dostupnost ke dvěma zdravotnickým centřím, s výjimkou obyvatel části Háje–střed. Při úvahách o hypotetické centralizaci zdravotní péče je nutné mít tento fakt na paměti a případně jej zohlednit.

### 3.3 Dotazníkový průzkum lékaře M P11

Pro získání jasnějšího obrazu poskytované zdravotní péče jsme provedli terénní šetření mezi lékaři pracujícími na M P11. Zejména jsme se soustředili na lékaře provozující ordinace v nájemních bytech M . Statistiku oslovených lékařů a úspěšnost oslovení shrnuje následující tabulka:

Oslovení lékaři

Oslovení lékaři v nájmu M	56
Vyplněné dotazníky	47
Úspěšnost	84%
Oslovení lékaři ostatní	28
Vyplněné dotazníky	14
Úspěšnost	50%
Celkem oslovených	84
Celkem dotazníků	61

Okruhy kladených otázek a závěry z nich vyplývající, které zároveň souvisí s obsahem tohoto dokumentu jsou zejména:

Zkrácený seznam dotazů

Dostupné pracovní prostory ordinací
Přibližný věk
Počet ošetřených pacientů
Provázanost služeb na jiné lékařské zařízení
Ordinační doba
Přístrojové vybavení

Shrneme-li stručně výsledky šetření, které jsou vždy detailněji rozvedeny na příslušném souvisejícím místě tohoto dokumentu, dá se říci, že valná většina lékařů je spokojena s velikostí svých ordinací. To samé již neplatí o přístrojovém vybavení, kde lékaři by si přáli lepší a modernější (nebo alespoň jaké) přístroje. Zejména bylo zmíněno panoramatické RTG, EKG, sono a mnoho dalších přístrojů.

Provázanost lékařských služeb je velká a to jak ve vzájemných vztazích PL - OAL tak mezi OAL navzájem. Nemůžeme opomenout vzájemnou provázanost v laboratorním všeho druhu.

Výsledkem šetření krom jiného bylo vytipování OAL s nejvyšší provázaností na PL. Tabulka shrnující tyto údaje je navíc doplněna o informaci o četnosti ošetření u těchto OAL.

Oddělení, pracoviště	vysoký počet ošetření	vysoká provázanost s PL
Interná	x	x
Diabetologie		x
Alergologie a klinická imunologie	x	x
TBC a respirační nemoci		x
Neurologie	x	x
Psychiatrie (včetně sexuologie)		x
Gynekologie	x	x
Chirurgie	x	x
Ortopedie		x
Urologie		x
Ušní, nosní, krční (včetně foniatry)		x
Oční		x
Kožní	x	x
Rehabilitace		x

Z dotazníkového šetření vyplývají výhody, které skýtá koncentrace lékařských služeb – jednak pro pacienty, ale zároveň pro lékaře, pokud by mohli využívat přístroje, na které doposud neměli zdroje a jejichž návratnost je velmi nízká, pokud je využívá pouze omezený počet pacientů.

### 3.3.1 Poliklinika „Opatovská“

### 3.3.2 Stávající stav

Objekt nacházející se v katastrálním území Chodov na p. 1763 (parcela 2014/163, LV 110) sloužící jako poliklinika, tedy zdravotnické zařízení typu sdruženého zdravotnického zařízení. Objekt získala Město Praha 11 bezúplatným převodem od státu do svého majetku ke dni 1.4.2006 na základě rozhodnutí o privatizaci usnesením vlády ČR č. 773 ze dne 17.8.2004.

Ve smlouvě o bezúplatném převodu jsou krom jiných ustanovení i podmínky, které závazky pro nabyvatele, platné po dobu 25 let od účinnosti smlouvy:

ujednání, že bude zajištěno poskytování zdravotní péče s tím, že daný objekt bude sloužit v souladu s rozhodnutím ministra zdravotnictví č.j.:13361/05-ORG, č.j.12/2005 ze dne 30.8.2005. o jeho kategorizaci, jako zdravotnické zařízení kategorie „B“ po dobu 25 let sjednáno v ceně b emeno na poskytování těchto zdravotnických služeb:

1 ordinace PL

1 ordinace internisty

1 ordinace pediatra

1 ordinace gynekologa

1 ordinace stomatologa

1 ordinace ortodontie

bez předchozího souhlasu převádějího neuzavírat nájemní smlouvy

bez předchozího písemného souhlasu převádějího neprovádět stavební úpravy

#### 3.3.2.1 Současně využití objektu

Z podklad správcovské firmy TOMMI-holding, která má na starosti správu objektu jsme vyhotovili následující tabulku využití objektu:

Prostory Opatovská p ehled	Vým ra(m <sup>2</sup> )	% z celku
Lékárna	394	10,2
Ordinace a ekárny	1 291	33,3
z toho SZZ JM II	377	9,7
z toho ostatní nájemci	634	16,4
z toho volné prostory	280	7,2
ostatní společné prostory	1633	42,2
Ostatní pronajaté prostory	445	11,5
Ostatní prostory využívané SZZ	111	
<b>TOTAL</b>	<b>3 874</b>	<b>100,0</b>

Z p ehledu je patrné, že objekt je z velké ásti využit (nevyužito je 7% z celkové plochy), p estože na první pohled objekt p sobí dojem, že je prázdný.

Jen pro porovnání uvádíme tabulku využití objektu poliklinika Šustova:

Prostory Šustova p ehled	Vým ra(m <sup>2</sup> )	% z celku
Lékárna	395	8,5
Ordinace a ekárny	3 211	69,5
z toho SZZ JM II	1 184	25,6
z toho ostatní nájemci	2 039	44,1
z toho volné prostory	0	0,0
ostatní společné prostory	477	10,3
technické zázemí	228	4,9
Ostatní pronajaté prostory	310	6,7
<b>Celkem</b>	<b>4 621</b>	<b>100,0</b>

Sou asná struktura odborností v ordinacích je následující:

#### Struktura Odborností na poliklinika Opatovská

alerg. a klin.imunol.	1
d t.psychiatrie,sexuologie	1
gynekologie a porodnictví	2
interní lékařství	1
klinická psychologie	1
ortopedie	1
PL pro děti a dorost	2
PL pro dospělé	3
PL-zuba	3
psychiatrie,lé ba alkohol a jiných toxik.	2
urologie pro dosp a děti	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

P i porovnání objektu SZZ JM I SZZ JM II je patrný rozdíl v pom ru celková plocha k plochám ordinací a ekáren. Zatímco v objektu Šustova tvo í podíl ploch určený na ordinace a ekárny ve výši 69,5 % z celku, v objektu na ul. Opatovská iní pouze 33,3 %. Uvedený rozdíl m že áste n vyplývat z odlišné metodiky vykazování typu ploch.

## 4. Návrh řešení Polikliniky „Opatovská“

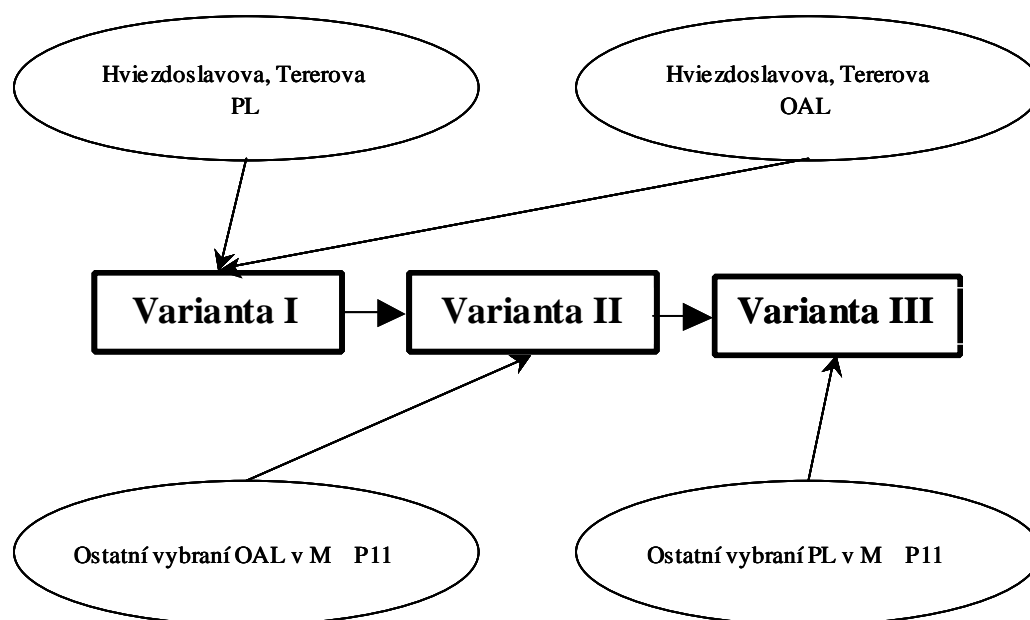
### 4.1.1 Kritéria variant

Manévrovací prostor pro ovlivnění zdravotní péče není příliš široký jak je patrné z předcházejících kapitol, ale vzhledem k majetkovým poměrům k danému objektu na území M - P11 určitý prostor vzniká.

Z výše uvedené analýzy lze odvodit oblasti, které mohou sloužit jako kritéria pro volbu variant možného uspořádání polikliniky Opatovská 1763. Jedná se o:

- možnost rozšířit stávající objekt Opatovská o další prostory a případně je spojit se sousedním objektem bývalého objektu kulturního domu Opatov, který již svou dispozicí a vybaveností nevyhovuje
- očekávané trendy v oblasti rozvoje PL a OAL vedoucí k jejich vzájemnému sblížení a to nejen lokalitou, ale i procesním diagnostickým tokem
- soustředění zdravotnických zařízení v lokalitách Hvězdoslavova a Tererova v bytových domech které je z dlouhodobého hlediska rozvoje zdravotnictví naprosto nevyhovující
- rozptýlené rozmístění ostatních PL a OAL
- v budoucnu očekávaná rostoucí poptávka po sociálním bydlení - lepší využitelnost bytových prostor.

Z uvedených oblastí lze postavit rozhodovací strom a odvodit vhodné varianty řešení (viz následující schéma).



Základní předpoklad:

- poliklinika Opatovská má možnost rozšířit kapacitu a to například stavbou, přestavbou nebo expanzí do sousedního objektu Kulturního domu
- změny by se týkaly především lékařů v pracovním poměru k zdravotnickým zařízením zřízeným M - P11. Ostatním lékařům by se v níže uvedeném smyslu předložila nabídka.

### **Varianta I. – uvolnění bytových jednotek na ulici Hviezdoslavova a Tererova**

Varianta předpokládá maximální možné uvolnění prostor v objektech Hviezdoslavova a Tererova. Konkrétně se jedná o tyto prostory, jež jsou v současné době obývány lékaři v nájmu M P11. Varianta je modelována jako varianta mezní, t.j. hypotetická, která představuje soustředění ambulantní péče (t.j. PL + OAL) na poliklinice Opatovská a Šustova. Dodatečná omezení, která mohou redukovat rozsah varianty I jsou uvedena v dalším textu, nejsou však kvantifikována, mnohá z nich též nejsou objektivně uchopitelná a bude záležet na zadavateli jak s nimi naloží (silová míra sestřehovat lékaře, míra nabídky k stěhování, dopravní obslužnost k poliklinice Opatovská apod.).

### **Varianta II. – uvolnění bytových jednotek na ulici Hviezdoslavova a Tererova + soustředění OAL**

Varianta předpokládá vedle soustředění PL a OAL z Hviezdoslavova a Tererovy ulice také centralizaci maximálního počtu odborných ambulantních specialistů a to jak z objektů Hviezdoslavova a Tererova, tak z ostatní části JM I (skutečně dle ní jsme provedli dle spádovosti k dvěma zdravotnickým centrám - t.j. SZZ JM I a SZZ JM II).

### **Varianta III. – maximální soustředění PL a OAL**

Varianta navrhuje maximální soustředění jak PL, tak OAL a to jak z objektů Hviezdoslavova a Tererova, tak z ostatní části JM I (opět dle spádovosti ke 2 zdravotnickým centrám).

Varianty představují hranice možného prostoru dělení péče, nebo mohou nastat individuální situace, které jsou pro krajní variantu významně nevýhodné. Dále je zapotřebí zvážit mezní kapacitu vytvářeného prostoru v lokalitě Opatovská, kde opět může nastat situace, kdy je sice varianta výhodná, ale kapacitně daný prostor nedokáže absorbovat. Přestože jsme provedli dotazníkové šetření mezi lékaři, kterých se týkají jednotlivé varianty, nebyli jsme schopni v daném časovém pásmu zrealizovat rozhovory se všemi lékaři.

## **4.2 Varianty uspořádání služeb polikliniky**

### **4.2.1 Varianta I. – uvolnění bytových jednotek na ulici Hviezdoslavova a Tererova**

Varianta předpokládá maximální možné uvolnění prostor v objektech Hviezdoslavova 519-520 a Tererova 1355-1356. Jedná se o prostory patřící M P11 jež byly historicky poskytnuty PL a OAL k pronájmu. Stávající prostory jsou původně bytové jednotky, které byly zkolaudovány jako zdravotnická zařízení.

Následující tabulka představuje počty lékařů podle odborností, kterých by se hypotetická centralizace týkala.

Počty lékařů po odbornostech

endokrinologie	1
fyz. a rehab. lékařství	2
gynekologie a porodnictví	1
interní lékařství	2

kardiologie	1
klinic. logopedie	3
klinická psychologie	3
kožní pro dosp., d t i a dorost	2
neurologie, d tská neurologie	2
o ní	3
ORL pro dosp. a d t i	2
ortopedie	1
PL pro dosp. lé	5
PL-zuba	12
rehabilitace	5
TOTAL	45

T tchto 45 odborností p edstavuje fyzický požadavek na 44 ordinací.

P ípadná centralizace t tchto ordinací do jiného objektu, nap íklad polikliniky Opatovská, by p edstavovala hrubým odhadem tyto nároky na prostory:

Varianta I	m <sup>2</sup>
velikost ordinace	1556
ekárna	584
TOTAL	2140

Velikosti t tchto prostor byly p evzaty z nájemních smluv M . Pro odhad pot eb kapacit ordinací byl použit sou et velikosti ordinace a p ípravny (pr m rná velikost 35 m<sup>2</sup>), ne tedy celkový pronajímáný prostor bytové jednotky (lodžie, p edsí ky, WC atd.). P í dotazníkovém šet ení byly léka i mimo jiné dotazováni, zda jsou sou asné prostory dosta ující pro jejich pot eby. Ve všech p ípadech až na jeden byly léka i s velikostí svých stávajících prostor spokojeni.

B hem šet ení, které znamenalo fyzickou návšt vu léka na uvedených adresách, jsme zjistili , že objekty na ul. Hviezdoslavova vyžadují nezanedbatelnou rekonstrukci a dnes již neodpovídají sou asným trend m zdravotnictví (bezbariérové p ístupy, atraktivní vzhled, p ehledný orienta ní systém, vybavení ekáren a ordinací). Objekty na ul.Tererova jsou moderní a bezbariérové.

#### 4.2.2 Varianta II – uvoln ní byt. jednotek na ulici Hviezdoslavova a Tererova + soust ed ní OAL

Varianta II rozší uje variantu I o další specializace, nacházející se na M P11. Uvažovány jsou ty OAL, jež se nachází ve spádové oblasti polikliniky Opatovská (kv li minimalizaci dopadu na pacienty). Zárove však nepo ítá s pohybem OAL, kte í jsou již dnes v prostorách jiných poliklinik í vlastních objekt , nap . Poliklinika Litochleby, Palas Athéna, Mediscan, Medicentrum a.j.

Následující tabulka p edstavuje po ty léka podle odborností, kterých by se hypotetická centralizace ve variant II týkala.

Po ty léka po odbornostech

alerg. a klin.imunol.	1
d t.psychiatrie,sexuologie	1
diabetologie	1
endokrinologie	1
fyz a rehab.léka ství	5
gynekologie a porodnictví	1

interní léka ství	2
kardiologie	1
klinic. biochemie	1
klinic. logopedie	3
klinická psychologie	7
kožní pro dosp.,d tí a dorost	3
neurologie, d tská neurologie	3
o ní	3
ORL pro dosp. a d tí	2
ortopedie	1
PL pro dosp lé	5
PL-zuba	12
psychiatrie,lé ba alkohol a jiných toxik.	7
rehabilitace	8
TOTAL	68

T chto 68 odborností p edstavuje fyzický požadavek na 66 ordinací.

Kapacitní nároky na centralizaci takového množství léka íní odhadem:

Varianta 2	m <sup>2</sup>
Velikost ordinace + p ípravna	2307
ekárna	912
Celkem	3219

Velikosti t chto prostor byly zjišt ny áste n z místního šet ení a u ordinací jež jsme nenavštívili byla pot ebná velikost odhadnuta z pr m ru zjišt ných ordinací na 35m<sup>2</sup>, ekárny potom z pr m ru 15 m<sup>2</sup> na ordinaci.

#### 4.2.3 Varianta III. – maximální soust ed ní PL a OAL

Varianta III znamená dotáhnutí varianty II do extrému, znamená plnou centralizaci PL a OAL se stejnou výjimkou, tzn. bez léka p sobicích ve vlastních prostorách í v jiných poliklinikách. Situace vypadá následovn :

Po ty léka po odbornostech

alerg. a klin.imunol.	1
d t.psychiatrie,sexuologie	1
diabetologie	1
endokrinologie	1
fyz a rehab.léka ství	5
gynekologie a porodnictví	1
interní léka ství	2
kardiologie	1
klinic. Biochemie	1
klinic. logopedie	3
klinická psychologie	7
kožní pro dosp.,d tí a dorost	3
neurologie, d tská neurologie	3
o ní	3
ORL pro dosp. a d tí	2

ortopedie	1
PL pro dosp. lé	14
PL-zuba	12
psychiatrie, lé ba alkohol a jiných toxik.	7
rehabilitace	8
TOTAL	77

Tchto 77 odborností p edstavuje fyzický požadavek na 75 ordinací.

Vyplývající velikosti prostor:

Varianta 3	m <sup>2</sup>
Velikost ordinace + p ípravna	2622
ekárna	1047
Celkem	3669

<b>P ehled odborností na poliklinice Opatovská po provedení jednotlivých variant</b>				
	stávající stav	VAR1	VAR2	VAR3
alerg. a klin.imunol.	1	1	2	2
d t,psychiatrie,sexuologie	1	1	2	2
diabetologie	0	0	1	1
endokrinologie	0	1	1	1
fyz a rehab.léka ství	0	2	5	5
gynekologie a porodnictví	2	3	3	3
interní léka ství	1	3	3	3
kardiologie	0	1	1	1
klinic. Biochemie	0	0	1	1
klinic. logopedie	0	3	3	3
klinická psychologie	1	4	8	8
kožní pro dosp.,d ti a dorost	0	2	3	3
neurologie, d tská neurologie	0	2	3	3
o ní	0	3	3	3
ORL pro dosp. a d ti	0	2	2	2
ortopedie	1	2	2	2
PL pro d ti a dorost	2	2	2	2
PL pro dosp. lé	3	8	8	17
PL-zuba	3	15	15	15
psychiatrie, lé ba alkohol a jiných toxik.	2	2	9	9
rehabilitace	0	5	8	8
urologie pro dosp a d ti	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>63</b>	<b>86</b>	<b>95</b>



#### 4.2.4 Dispoziční možnosti jednotlivých variant

Obecnými výhodami centralizace jako je provázanost služeb, vztah PL a OAL, možnosti konzultací PL a OAL, vyšší návratnost investic atd., jsme se zabývali v dřívejší kapitole 3.1. Vztahové modely. Tyto výhody jsou platné pro variantu I, dále se prohlubují pro variantu II a zůstávají konstantní pro variantu III.

Důležitou roli hrají též prostory, které je potřeba pro jednotlivé varianty získat. Následující tabulka shrnuje absorpční možnosti využití objektu polikliniky Opatovská a přilehlého Kulturního domu:

##### Volné reálné a hypotetické prostory Opatovská a Kulturní dům pohled

	Výmra ordinací (m <sup>2</sup> )	Výmra čekáren	Celkem
Volné prostory pro ordinace	280	65	345
Hypotetická přístavba 4.NP	600	300	900
Hypotetické využití 4.NP Kulturního domu	670	336	1 006
<b>TOTAL</b>	<b>1 550</b>	<b>701</b>	<b>2 251</b>

Při předpokladu přístavby 4.patra polikliniky Opatovská je pracovní odhad nových přístavných prostor 900 m<sup>2</sup> z čehož 2/3 uvažujeme pro využití jako ordinace a zbytek jako společné prostory. Daný poměr je orientační a je odvozen od využitelnosti prostor v jiných patrech polikliniky Opatovská.

Kapacita 4. NP Kulturního domu činí dle našich informací 1 006. Vyšli jsme ze zjednodušeného předpokladu, že celá plocha bude využita pro ordinace a čekárny.

Za výše uvedeného předpokladu by byly kapacitní požadavky uspokojeny resp. neuspokojeny tak jak ukazuje následující tabulka:

##### Pohled využití prostor dle jednotlivých variant

	Varinata I	Varinata II	Varinata III
Volné prostory ordinací a čekáren na Opatovské k dnešku	345	345	345
Hypotetická přístavba 4.NP polikliniky Opatovská	900	900	900
Hypotetické využití 4. NP Kulturního domu	1006	1006	1006
Celková plocha k využití	2251	2251	2251
Požadavky dle jednotlivých variant	2140	3219	3669
Rozdíl (plocha, která není k dispozici)	-111	968	1418

Z tabulky vyplývá, že na základě hrubých odhadů by požadovaná plocha v případě realizace Varianty I a využití prostor Kulturního domu a přístavby 4. NP polikliniky Opatovská byla dostatečná, dokonce by převažovala potřeba o 111 m<sup>2</sup>. Je na místě znovu připomenout, že jsme vyšli ze zjednodušených předpokladů, že celá plocha hypotetických prostor bude využita jako ordinace a čekárny, navíc je potřeba si stále uvědomovat, že všechny varianty jsou krajní, čili popisují s paušálním přesunem všech lékáren.

Varianta II již svými kapacitními nároky převažuje všechny zde uvažované možnosti rozvoje zdravotnických ploch a Varianta III padá dokonce do deficitu 1 418 m<sup>2</sup> nad rámec dispozičních prostor.

#### 4.2.5 Přehled o příležitosti a rizika jednotlivých varianty

Konkrétní přesnost může být spatřována v tom, že přesunem ordinací by se rázem uvolnilo odhadem 13 bytových jednotek na ulici Tererova a 38 jednotek na ulici Hvězdoslavova. Tyto prostory by mohly sloužit například pro účely sociálního bydlení, byty na ulici Tererova jsou navíc bezbariérové a mohly by tudíž sloužit těm postiženým.

Jako riziko přesunu vnímáme zhoršení dostupnosti zdravotní péče zejména pro oblast Háje-střed. Tato oblast má odhadem téměř 10 tis. obyvatel, kteří se rázem dostanou do šedého pásma s obsluhností nad 25 minut. Je potřeba si však uvědomit, že v lokalitě s dobrou dostupností k oblasti Háje-střed se nachází ordinace PL, s jejichž přesunem varianta I nepotřebuje (dokonce ani žádná jiná varianta). Jedná se konkrétně o 2 PL pro děti, 3 PL pro dospělé a minimálně 3 stomatology, jež

jsou nyní v nájemních prostorách polikliniky Litochleby na ulici Hvězdoslavova 1600. Fakt, že tam tito doktoři jsou ještě nezaručeno, že spádová oblast Háje-střed bude plně pokryta. Řešením by mohl být přesun pouze některých PL z prostor Hvězdoslavova a Tererova. Zjistit není a doporučení kolika a kterých je ovšem nad rámec tohoto materiálu.

Možnou komplikací může být též nevole lékařů k přesunu. Ti mohou jako ústřední štít použít svoje pacienty. Nevole k přesunu má dva aspekty. Každá změna je nepříjemná, znamená narušení klidu a vyvolává negativní emoce. Tomuto jevu se dá čelit aktivní pomocí lékařů k přesunu, zajištěním vyššího standardu ordinací a zejména finanční pomocí při stěhování, plně jej však eliminovat je velmi obtížné.

Druhým aspektem je souasná výše nájemného, které lékaři platí a z toho vyplývající pochopitelná snaha o zachování status quo. V této souvislosti je nutné připomenout zákon č. 107/2006 Sb., který umožňuje jednostranné zvýšení nájemného pronajímatelem kdykoli po dobu čtyř let a to od ledna 2007 do konce roku 2010. Souasná výše nájemného v prostorách Hvězdoslavova a Tererova nepokrývá zejména náklady nutné k údržbě a postupné modernizaci prostor a proto může být pro M P11 dlouhodobě neudržitelná. Není zřejmé, zda si tento stav lékaři plně uvědomují, rozhodně však mají právo na tuto informaci.

V případě realizace Varianty I není zaručeno, že se lékaři budou ochotni přesídlit do prostor polikliniky Opatovská. V takovém případě se musí jednat o konkrétních podmínkách. V této souvislosti je potřeba si uvědomit, že úroveň lékařů se může lišit, což se může stát omezujícím kritériem této varianty.

Dalším omezujícím kritériem první varianty může být věk lékařů. Z průzkumu vyplynulo, že průměrně stáří lékařů (z Varianty I) činí 50 let. Je možné, že pro některé lékaře by přesun jejich ordinace mohl být impulsem pro odchod do důchodu.

Pro druhou variantu platí z definice to, co pro Variantu I, navíc jsou významně prohloubeny synergické efekty větší koncentrace.

OAL o níž se rozrůstá Varianta II je poněkud v jiném postavení vůči M, než jsou lékaři z ulic Tererova a Hvězdoslavova. Tito lékaři platí tržní nájemné, přesto se dokázali na trhu prosadit. Dá se předpokládat, že budou velmi vnímaví k výhodám, které může centralizace přinést.

Těto, velmi teoretická varianta je postavená na představě maximální provázanosti PL a OAL. Koncentrace PL a OAL může za jistých podmínek významně ovlivnit vytiženost OAL, tak jak bylo diskutováno dříve.

Významným neduhem se však stává zhoršená dostupnost PL pro mnohé okrajové části M P11.

## 5. Přílohy

### 5.1 Seznam použité literatury

	<b>Seznam použité literatury a zdroj :</b>
[1]	Dalhgren, G&Whithead, M. Policies and strategies to promote social equity I health, Stockholm, 1991
[2]	M. Bartley: Socioeconomic determinants of health, British medical journal, 1997
[3]	MZ R, Návrh koncepce zdravotnictví na léta 2005-2005 (leden 2005)
[4]	Možnosti regulace ambulantní zdravotní péče, Grant IGA MZ R . 5043-1
[5]	SÚ, Rozloha a počet obyvatel podle správních obvodů a podle městských částí k 31. 12. 2005
[6]	MPSV- Průměrná nominální a reálná mzda (na fyzické osoby) v roce 2005 podle okres
[7]	M P11- internetové stránky
[8]	MHMP Analýza LSPP, 2006

### 5.2 Seznam legislativních norem

	<b>Seznam zákonných norem, na které se v textu odkazujeme, nebo z ní vyplývají povinnosti a vztahy v materiálu uvedené:</b>
1	zákon . 2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod
2	zákon . 20/1966 Sb. O péči o zdraví lidu
3	zákon . 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění,
4	zákon . 95/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
5	zákon . 258/2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví
6	vyhláška MZ . 242/199, O soustavě zdravotnických zařízení zřízených okresními úřady a obcemi
7	zákon . 379/2005 Sb. O opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami
8	. 551/1991 Sb. O Všeobecné zdravotní pojištné České republiky
9	zákon . 160/1992 Sb. O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních
10	vyhláška MZ . 434/1992 Sb. O zdravotnické záchranné službě
11	zákon . 220/1991 Sb. O České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře

### 5.3 Seznam použitých zkratk a pojm

	Seznam použitých zkratk a pojm
M P11	m stská ást Praha 11
CSP	CS - PROJECT , spol. s r.o.
PL	praktický léka
OAL	odborná ambulantní léka
ZZ	zdravotnické za ízení
SZZ	sdružené zdravotnické za ízení
NSZM R	Národní sí Zdravých m st eské republiky
WHO	Sv tová zdravotnická organizace
NEHAP	Ak ní plán zdraví a životního prost edí R
LEHAP	Ak ní plány zdraví a životního prost edí
VZP	Všeobecná zdravotní pojiš ovna
MZ R	Ministerstvo zdravotnictví eské republiky
MHMP	Magistrát hlavního m sta Prahy
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky R.
LSPP	léka ská služba první pomoci
HMP	Hlavní m sto Praha
ZZS	záchranná zdravotnická služba
RLP	rychlá léka ská pomoc
RZP	rychlá zdravotnická pomoc
JMI a JM II	rozd lení M na ást Jižní m sto I a II
M P4	m stská ást Praha 4
M P11	m stská ást Praha 11
DPS	d m s pe ovatelskou službou
MHD	m stská hromadná doprava
PID	Pražská integrovaná doprava
FN	fakultní nemocnice
FTN	Fakultní Thomayerova nemocnice
SÚ	eský statistický ú ad
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních v cí
IZPE	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
AS	azylové domy
TPS	terénní pe ovatelská služba
PS	pe ovatelská služba
DS	domov senior
AD	azylový d m
PO	p ísp vková organizace