

Vysoká škola ekonomická v Praze  
Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

# **Diplomová práce**

Bc. Tereza Baráková  
2007

Vysoká škola ekonomická v Praze  
Fakulta managementu v Jindřichově Hradci



**Manažerské zhodnocení transformace  
zdravotnické záchranné služby v Libereckém  
kraji**

**Vypracovala:**

*Tereza Baráková*

**Vedoucí diplomové práce:**

*Ing. Ondřej Lešetický*

*Praha, duben 2007*

# Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma  
»**Manažerské zhodnocení transformace ZZS v Libereckém kraji**«  
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály  
uvádím v příloženém seznamu literatury.

*Praha, duben 2007*

---

podpis studenta

# **Anotace**

## **Manažerské zhodnocení transformace zdravotnické záchranné služby v Libereckém kraji**

Cílem práce je podrobně popsat a zhodnotit transformaci a fungování zdravotnické záchranné služby v Libereckém kraji.

# Poděkování

**Ing. Ondřeji Lešetickému,**  
odbornému asistentovi Institutu managementu zdravotnických služeb Fakulty managementu  
VŠE

a

**MUDr. Zdeňku Kubrovi,**  
řediteli ZZS Libereckého kraje

za pomoc a cenné rady při vedení diplomové práce.

# Obsah

ÚVOD.....	2
<b>2. PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE .....</b>	<b>4</b>
2.1. GEOGRAFICKÉ PODMÍNKY LIBERECKÉHO KRAJE .....	4
2.2. VYMEZENÍ SYSTÉMU PŘEDNEMOCNIČNÍ NEODKLADNÁ PÉČE ( PNP).....	5
2.2.1. <i>Druhy činností přednemocniční neodkladná péče</i> .....	6
2.2.2. <i>Zdravotnické pohotovostní služby garantované krajem</i> .....	9
<b>3. URGENTNÍ MEDICÍNA.....</b>	<b>11</b>
3.1. OBOR URGENTNÍ MEDICÍNY .....	11
3.2. ODDĚLENÍ URGENTNÍHO PŘÍJMU (EMERGENCY).....	13
<b>4. LEGISLATIVNÍ RÁMEC PRO ZZS .....</b>	<b>15</b>
4.1. FINANCOVÁNÍ ZZS .....	20
<b>5. TRANSFORMACE ZZS V LIBERECKÉM KRAJI .....</b>	<b>22</b>
5.1. DŮVODY KTERÉ VEDLY TRANSFORMACI .....	22
5.2. MISE ZZS.....	23
5.3. CORPORATE STRATEGY .....	24
5.4. ANALÝZA FAKTORŮ OBECNÉHO OKOLÍ .....	25
5.5. ANALÝZA FAKTORŮ OBOROVÉHO OKOLÍ DLE PORTEROVA MODELU PĚTI KONKURENČNÍCH SIL .....	29
5.6. ANALÝZA OČEKÁVÁNÍ, SÍLY A CÍLŮ DŮLEŽITÝCH „STAKEHOLDERS“ .....	32
5.6.1. <i>Nejvlivnější subjekty</i> .....	32
5.6.2. <i>Analýza očekávání a síly „vlivných“ (stakeholders)</i> .....	34
5.7. SWOT ANALÝZA .....	35
5.7.1. <i>Zdůvodnění pomocí výsledků SWOT analýzy</i> .....	36
5.8. ZÁVĚR ZE VŠECH PŘEDCHOZÍCH ANALÝZ.....	37
5.8.1 <i>Náklady související s reorganizací ZZS LK</i> .....	38
5.8.2 <i>Dopady vyplývající z reorganizace ZZS LK</i> .....	38
<b>6. ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA LIBERECKÉHO KRAJE.....</b>	<b>39</b>
6.1. ZÁKLADNÍ ÚDAJE ORGANIZACE .....	39
6.1.1. <i>Systém vedení Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje k 31.12.2006</i> .....	41
6.1.2. <i>Organizační struktura</i> .....	42
6.2. PROFIL ORGANIZACE .....	43
6.3. CHARAKTERISTIKA ČINNOSTÍ ORGANIZACE .....	49
<b>6. MODEL POSKYTOVÁNÍ PNP V LIBERECKÉM KRAJI .....</b>	<b>50</b>
7.1. POSKYTOVÁNÍ PNP V ZAHRANIČÍ .....	50
7.2. SYSTÉM RENDEZ-VOUS .....	51
7.2.1. <i>Ekonomický pohled na systému rendez-vous</i> .....	53
7.3. LIBERECKÁ KONCEPCE POSKYTOVÁNÍ PNP .....	54
7.3.1. <i>Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin za rok 2004 a 2005</i> .....	59
<i>Tab. 13 Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin</i> .....	59
<b>8. BUDOVÁNÍ SÍTĚ VÝJEZDOVÝCH STANOVIŠŤ ZZS LK.....</b>	<b>61</b>
<b>9. ZŘÍZENÍ KRAJSKÉHO OPERAČNÍHO STŘEDISKA ZZS LK.....</b>	<b>63</b>
<b>10. ZÁVĚR.....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM TABULEK, OBRÁZKŮ A GRAFŮ .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>70</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>71</b>

# Úvod

Tématem mé diplomové práce je Manažerské zhodnocení a popis transformace zdravotnické záchranné služby v Libereckém kraji. Liberecký kraj mi byl doporučen, protože byl jedním z prvních krajů, který se odvážně pustil do přerodu zdravotnické záchranné služby.

Spouštěcím motorem pro transformaci bylo převedení zdravotnické záchranné služby (dále jen. ZZS) pod kraje v roce 2000. V té době byly v kraji tři samostatně fungující ZZS. Již od počátku byl zřizovatelem deklarován záměr sloučit všechny záchranné služby, působící na území Libereckého kraje, pod jednu organizaci. Důvodů bylo hned několik, jedním z nich byla i neprůhlednost v činnosti a hospodaření jednotlivých organizací.

Dalším důvodem pro transformaci byla potřeba zabezpečit dostupnost přednemocniční neodkladné péče v souladu s Vyhláškou MZ ČR 434/1992 Sb. (s dojezdy výjezdových skupin do 15ti minut). Byly definovány tři oblasti s nedostatečným zabezpečením záchranné služby.

Snahou zřizovatele bylo také, zajistit dobrou spolupráci s ostatními zdravotnickými zařízeními i složkami integrovaného záchranného systému v kraji a také transparentnost a efektivnost využívání provozních a investičních dotací .

Jediným řešením pro uskutečnění všech těchto záměrů byla právě rozsáhlá transformace, která byla rozdělena do několika fází. Ovšem neměli bychom zapomenout, že vzhledem k specifické právní formě těchto organizací je třeba brát v úvahu, že jakákoli existenční úprava příspěvkové organizace je upravena v §27 odst. 3 Zákona č. 250/2000 Sb. a nelze tedy postupovat jiným způsobem.

Protože je ZZS specifický typ poskytovatele zdravotních služeb, v teoretické části seznámím čtenáře s vymezením systému přednemocniční péče včetně vymezení právního rámce, způsobu financování a s druhy činností, které pod tuto oblast spadají. Dále seznámím čtenáře se zařazením oboru urgentní medicína a medicína katastrof do soustavy neodkladné péče. Zmíním se zde také o poslání ZZS, jejím členěním z hlediska výjezdových posádek, vývojovými trendy a problémy tohoto oboru.

V praktické části mé diplomové práce rozdělím transformaci do tří fází a pokusím se zaměřit na její postupný průběh. Začátek transformace začal zhruba v polovině roku 2003 a skončil začátkem roku 2007, ovšem těžko říci, zda se jedná o finální stav. V první fázi transformace proběhlo již zmiňované sloučení tří záchranných služeb v kraji pod jednu, což by se dalo považovat za nejsložitější a nejobávanější část. Před tímto krokem bylo vhodné analyzovat faktory obecného i oborového okolí a pomocí SWOT analýzy zhodnotit návrh strategického postupu pro sjednocení. Vzhledem k tomu, že transformace již proběhla, pokusím se o to alespoň zpětně.

Druhou částí transformace o které bych se podrobněji zmínila bylo rozšíření počtu výjezdových stanovišť dle vyhlášky a změna koncepce poskytování PNP, což vnímám jako reakci na neustále se zvyšující počet výjezdů a s tím související nedostatek erudovaných lékařů včetně neefektivního využití výjezdových jednotek a zároveň finančně náročného provozu předchozí koncepce.

Třetí část transformace se týká vytvoření jediného Krajského operačního střediska a zrušení samostatných dispečerských stanovišť v jednotlivých operačních střediscích. Je to reakce na chybějící koordinaci výjezdových posádek a časovou prodlevu při přepojování tísňové výzvy.

Zda tato transformace opravdu přinesla zlepšení a zefektivnění služeb a zda přispěla ke snížení nákladů, se pokusím zhodnotit na závěr této práce.



## **2. Přednemocniční neodkladná péče**

### **2.1. Geografické podmínky Libereckého kraje**

Liberecký kraj se rozprostírá na severu České republiky. Severní hranice je současně i státní hranicí. V délce 20 km přiléhá k hranici se Spolkovou republikou Německo, hranice kraje s Polskem je dlouhá 130 km. Na východě sousedí Liberecký kraj s Královéhradeckým krajem, na západě s Ústeckým a na jihu s krajem Středočeským. Liberecký kraj je od 1.1. 2000, vymezen bývalými okresy Liberec, Jablonec nad Nisou, Česká Lípa a Semily. Rozkládá se na 3 163 km<sup>2</sup>, což jsou pouhé 4,0 % území celé České republiky. S výjimkou hlavního města Prahy je kraj nejmenším v republice.

Ke konci roku 2003 měl Liberecký kraj celkem 427 722 obyvatel (4,2 % z České republiky). Podle tohoto ukazatele je tak druhý nejmenší. Průměrná hustota 135,2 obyvatel na km<sup>2</sup> mírně převyšuje republikový průměr. Nejvyšší koncentrace obyvatel je v okresech Jablonec nad Nisou (219 obyvatel na km<sup>2</sup>) a Liberec (171 obyvatel na km<sup>2</sup>). Na území kraje je 215 obcí a z toho 36 měst. V obcích s méně než 500 obyvateli žije 5,9 % obyvatel kraje. Podíl městského obyvatelstva činí 78,0 %. Méně urbanizován je pouze okres Semily, kde bydlí jen 59,8 % obyvatel ve městech. Hlavním centrem kraje je téměř stotisícový Liberec. Druhým největším městem je Jablonec nad Nisou se 45 tisíci obyvateli.<sup>1</sup>

Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje se z počátku potýkala s příliš dlouhou dojezdovou vzdáleností v některých méně osídlených, horských oblastech. Tato problematika se týkala především oblasti Krkonoš, Lužických, Jizerských hor a rovněž z větší části vysídlené oblasti bývalého vojenského výcvikového prostoru Ralsko. Bylo tedy nutné rozšířit a zároveň optimalizovat síť výjezdových stanovišť a zajistit tak, všude stanovenou dojezdovou vzdálenost. Díky postupné restrukturalizaci a reorganizaci záchranné služby jsou nyní výjezdová stanoviště optimálně rozmístěna tak, aby všude splňovala dojezdovou vzdálenost do 15 minut od přijetí tísňové výzvy. V místech, kde se jedná o horské oblasti, musíme počítat s případy hodných zvláštního zřetele (převážně v zimním období), kdy v případě nepřízně počasí není možné tento limit splnit.

---

<sup>1</sup> <http://www.liberecký.kraj.cz>

**Obr. č.1. Mapa Libereckého kraje**



## **2.2. Vymezení systému přednemocniční neodkladná péče ( PNP)**

Přednemocniční neodkladná péče (PNP) je zdravotní služba, která je garantována státem občanovi v případě náhlého onemocnění či ohrožení života. Tento systém má zajistit dostupnost urgentní zdravotní péče každému občanovi v situaci ohrožení života či vážného ohrožení zdraví. Samozřejmě nemůže suplovat úkoly ostatních složek zdravotní péče, jde zde skutečně o péči neodkladnou, nebo o péči v případě mimořádných událostí. Stěžejními nositeli této služby jsou v naší republice v současnosti kraji zřizované organizace zdravotnické záchranné služby (ZZS). Se stejnými systémy, ale v různém provedení se můžeme setkat ve všech vyspělých zemích.

Systém zdravotnické záchranné služby je v naší republice rozvíjen již několik desítek let, celoplošné pokrytí státu bylo přijato před třiceti lety. Skutečností je, že Liberec byl jedním z prvních měst, kde ke vzniku ZZS došlo.

Pokud jde o vývojové trendy, základem činnosti oboru bude i do budoucna plošné zajištění odborné přednemocniční neodkladné péče o nemocné a zraněné bezprostředně ohrožené na životě s větším důrazem na navazující počáteční nemocniční péči zahájenou na pracovištích urgentních příjmů. Dále zajišťování odborníků pro medicínu hromadných neštěstí a katastrof, a to jak na národní, tak na mezinárodní úrovni.

### **2.2.1. Druhy činností přednemocniční neodkladná péče**

Přednemocniční péče představuje soubor zdravotnických služeb poskytovaných mimo ordinace praktických lékařů a mimo ordinace lékařů – specialistů, hlavně v terénu nebo v ordinaci pohotovostních služeb.

#### **Zdravotnická záchranná služba (ZZS)**

Zdravotnická záchranná služba je jednou ze tří výkonných složek integrovaného záchranného systému, které mají v popisu práce zajištění vnitřní bezpečnosti státu za standardních i mimořádných podmínek.

ZZS je organizační struktura zahrnující týmy zdravotnických pracovníků poskytujících jednotlivé druhy přednemocniční péče. Nepřetržitě zajišťuje svými výjezdovými skupinami rychlé lékařské pomoci (RLP), rychlé zdravotnické pomoci (RZP), skupinami letecké zdravotnické záchranné služby (LZZS), nebo v mimořádných případech skupinami speciálních činností odbornou neodkladnou přednemocniční péči, která je definována jako péče o postižené na místě vzniku úrazu nebo náhlého onemocnění, během jejich dopravy k dalšímu odbornému ošetření a při jejich předání do zdravotnického zařízení, poskytovaná při stavech, které:

1. bezprostředně ohrožují život postiženého;
2. mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti;
3. způsobí bez rychlého poskytnutí odborné první pomoci trvalé chorobné změny;
4. působí náhlé utrpení a náhlou bolest;
5. působí změny v jednání postiženého, ohrožují jeho samotného nebo jeho okolí

#### **• Rychlá lékařská pomoc (RLP)**

- představuje odborně i technicky nejnáročnější činnost
- určena k řešení náhlých – akutních změn zdravotního stavu ohrožujících zdraví nebo dokonce život občanů

- zásahový tým tvoří lékař + zdravotní sestra + řidič – záchranář
- vybavení tvoří speciální vozidlo s přístroji umožňujícími i obnovení a udržování životně důležitých funkcí
- pracuje kdekoli v terénu přímo na místě vzniku akutního stavu
- limit dojezdnosti od převzetí výzvy na místo zásahu je do 15ti minut (kromě případů hodných zvláštního zřetele) – viz Vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb.

Pozn. „Případy hodné zvláštního zřetele“ jsou např.: náledí, mlha, nedostupnost běžných prostředků záchranné služby pro jejich zapojení v jiném případě.

- **Rychlá zdravotnická pomoc (RZP)**

- určená k prvotnímu přednemocničnímu nelékařskému ošetření akutních stavů před eventuelním příjezdem RLP
- tým tvoří zdravotní sestra a řidič-záchranář
- vybavení tvoří speciální vozidlo totožné s vozidlem pro RLP
- pracuje též v terénu
- limit dojezdnosti od převzetí výzvy na místo zásahu je do 15ti minut (kromě případů hodných zvláštního zřetele) – viz Vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb.

- **Letecká zdravotnická záchranná služba (LZZS)**

- pracuje v režimu RLP a představuje specializovanou součást některých územních středisek záchranných služeb, kterých je v ČR celkem 15
- na území ČR je celkem 10 stanovišť LZS
- pro ZZS LK provoz vrtulníku zajišťuje, na základě smlouvy s MZ ČR, soukromá společnost DELTA SYSTÉM – AIR, a.s., provoz vrtulníku je hrazen ministerstvem zdravotnictví
- Stejně jako pozemní ZZS, musí i LZS dodržet podmínku dosažení místa stanoveného tísňovým voláním do 15 minut s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele podle vyhlášky 434/1992 Sb.
- Vzhledem k možnostem vrtulníků je akční rádius dosažitelný do 15 minut o velikosti 50 – 70 km.

- Základními výhodami využití LZS je její schopnost dostat se na místa nepřístupná pro pozemní ZZS, rychlost a šetrnost při převozu pacienta
- Nevýhodou je , že činnost LZS je bezpečná pouze přes den, není možné přistát na jakémkoli místě, je omezena meteorologickými podmínkami, v kabině je menší pracovní prostor a dostupnost vrtulníku je omezena vzhledem k jejich malému počtu.

- **Skupina speciálních činností**

- Je specializována na poskytování přednemocniční neodkladné péče v podmínkách, kdy standardní zdravotnická technika a postupy jsou (s ohledem na obtížnou dostupnost místa zásahu) nepoužitelné nebo nadměrně zdlouhavé.
- hlavním úkolem této skupiny je vyprošťování osob bezprostředně ohrožených na zdraví či životě, zraněných a pacientů z těžko dostupného nebo nepřístupného terénu s využitím lezeckého vybavení a vrtulníku s následným zajištěním jejich transportu do zdravotnického zařízení
- je tvořena pilotem, dle potřeby záchranářem nebo zdravotní sestrou případně lékařem, všichni členové této skupiny speciálních činností jsou odborně proškolení dle metodiky pro práce ve výškách a nad volnou hloubkou ve smyslu vyhlášky č.324/90 Sb.

- **Zdravotnické operační středisko**

Zdravotnické operační středisko v nepřetržitém provozu:

- obsluhuje tísňové zdravotnické linky 155 a další telefonní zdravotnické linky vyškoleným zdravotnickým personálem
- disponuje radiofonním spojením s týmy RLP, RZP, LSPP a DRNR
- řídí a organizuje přednemocniční neodkladnou péči o pacienty v ohrožení života či se závažným postižením zdraví, kterou zajišťují výjezdové skupiny rychlé lékařské nebo zdravotnické pomoci;
- koordinuje činnost lékařských služeb první pomoci, zajišťuje spolupráci s dopravní zdravotní službou a návaznost na péči ve zdravotnických zařízeních

Činnosti RLP, RZP a zdravotnického operačního střediska jsou základními články zdravotnické záchranné služby (ZZS) definované vyhláškou MZ ČR č. 434/1992 Sb.

## 2.2.2. Zdravotnické pohotovostní služby garantované krajem

- **Lékařská služba první pomoci (LSPP)**

LSPP poskytuje v nezbytném rozsahu ambulantní péči občanům v případě náhlého onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu, jestliže stupeň postižení nevyžaduje zásah zdravotnické záchranné služby. Je poskytována všem občanům v době mimo pravidelný provoz ordinací praktických lékařů. LSPP není určena pro běžné vyšetřovací nebo léčebné výkony.

- poskytuje péči v ordinacích LSPP, návštěvní služba není pravidlem
- tým tvoří praktický lékař + zdravotní sestra
- je limitována úrovní vybavení – vozidlo bez přístrojů k řešení akutních stavů
- se zavedením RLP a RZP se mění její zaměření na ošetřování stavů méně závažných, neohrožujících akutně zdraví a život občanů
- základním zaměřením LSPP je poskytování zdravotní péče při stavech, které bezprostředně neohrožují život nebo zdraví občanů

Tento druh péče se dále člení do 4 skupin:

- LSPP pro dospělé
- LSPP pro děti a dorost,
- LSPP stomatologická pohotovostní služba
  - je provozována dle rozpisů v zubních ordinacích (mimo jejich běžnou provozní dobu)
- Lékařská pohotovostní služba
  - je provozována dle rozpisů v lékárnách (mimo jejich běžnou provozní dobu)
  - dále jsou nezbytné léky vydávány v ordinacích LSPP

LSPP může a nemusí být organizační součástí ZZS (v Libereckém kraji je LSPP součástí ZZS LK)

- **Akutní ambulantní péče ( dále jen APP)**

AAP poskytuje v nezbytném rozsahu ambulantní péči občanům v případech ohrožení života, náhlého onemocnění nebo zhoršení zdravotního stavu, vzniklého mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení poskytujících obvodní služby. Systém AAP, je opřen o příjmové ambulance sítě nemocnic v kraji.

## 3. Urgentní medicína

### 3.1. Obor urgentní medicíny

Urgentní medicína je relativně mladým lékařským oborem. Její začátky se datují od začátku sedmdesátých let v USA. V Evropě dochází k zřizování UM jako oboru od osmdesátých let. Podle americké literatury je vznik oboru urgentní medicína odpovědí na tři skutečnosti:

- na narůstající potřebu zřídít záchrannou zdravotnickou službu v reakci na požadavky obyvatel
- na změny struktury nemocnic a nové metody léčebné péče a
- na vývoj zdravotnické technologie: dostupnost rychlé diagnózy a správné terapie.

( Schwartz G.R. 1978)

Jádrem urgentní medicíny jsou dovednosti týkající se časného stanovení diagnózy z dostupných příznaků a zahájení správného léčení pacienta včetně resuscitace. V Československu vznikly podmínky pro budování přednemocniční neodkladné péče (PNP) v roce 1974 po vydání metodických opatření MZ ČSR a v souvislosti se zavedením zásad diferencované péče a s vydáním koncepce oboru anesteziologie a resuscitace. Různorodost případů vede k neustálé potřebě zlepšovat připravenost lékařů. Obor anesteziologie je optimálně připraven na život zachraňující výkony nezbytné pro poskytování PNP, pro odborné vedení anestézií, pro poskytování resuscitační péče a pro tlášení nesnesitelných bolestí, po řadu let toto uspořádání vyhovovalo. V dnešní době se však lékaři zdravotnické záchranné služby setkávají s potřebou poskytovat neodkladnou resuscitaci pouze ve 3 - 5% výjezdů. V jejich každodenní praxi významně převažují jiné diagnózy jako důvod pro výjezd a poskytování PNP. Na mnohé z nich anesteziolog není připravován vzdělávacím programem svého oboru. Anesteziolog není připravován znát organizaci a provoz zdravotnické záchranné služby, není připravován na hromadný výskyt postižených následkem hromadných neštěstí a katastrof a na organizování a řízení záchranných akcí. Uvedená problematika je právě obsažena ve vzdělávacím programu oboru urgentní medicína. Potřeba zřízení oboru urgentní



medicína se stala aktuální po vydání vyhlášky MZ ČR č.494/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě...

Neodkladná péče:

**Tab. č.1** Zařazení oboru urgentní medicína do soustavy neodkladné péče

Etapy	Indikace	Počet postižených
Přednemocniční	- <b>bezprostřední ohrožení života</b>	• <b>jenotlivci</b>
Laická první pomoc	- <b>ostatní neodkladné stavy</b>	• <b>hromadný výskyt</b>
<b>Odborná přednemocniční neodkladná péče -ZZS</b>		- <b>omezený</b>
Nemocniční -		- <b>rozsáhlý</b>
<b>Oddělení urgentního příjmu</b>		<b>KATASTROFA</b>
Oborová JIP		<b>MEDICÍNA KATASTROF</b>
Operační sál	<b>URGENTNÍ MEDICÍNA</b>	
Porodní sál		

Jako nejdůležitější úkoly vyplývající z očekávaných trendů vývoje oboru v budoucích 5–10 letech se jeví zejména:<sup>2</sup>

- vybudování oddělení urgentních příjmů – tzv. Emergency a vazba urgentní medicíny na tato pracoviště jak pracovní, tak odborně
- realizace efektivního mezinárodního propojení a přeshraniční spolupráce se sousedními zeměmi v otázkách společných postupů při likvidaci hromadných neštěstí a katastrof
- tvorba společných odborných postupů platných v zemích EU
- postupné zavádění režimů RZP a rendez-vous do stávajícího evropského modelu – při zachované kvalitě dojde k efektivnějšímu využití práce lékaře a tím i k úsporám

..

<sup>2</sup> <http://www.urgmed.cz/koncepce.htm>

Nejpalčivější problémy oboru:

- není naplněna vyhláška MZ ČR č. 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě pokud se týká sítě pracovišť a nejsou všude naplněny požadavky dostupnosti odborné PNP do 15 minut
- je špatně vymezený zákon o zdravotnické záchranné službě
- není jednoznačná obecně přijatá vize o konečné podobě LSPP, resp. o poskytování akutní péče praktických lékařů mimo běžnou ordinační dobu

### **3.2. Oddělení urgentního příjmu (Emergency)**

Oddělení urgentního příjmu jsou u nás realizována až v posledním desetiletí. Jejich vzniku dlouho bránil pavilonový způsob budování nemocnic zděděný již od 19. století v zájmu ochrany nemocných před šířením infekčních onemocnění. Důsledkem tohoto stavu je nezbytnost rozvážet nemocné podle rozhodnutí lékaře ZZS až do jednotlivých pavilonů podle umístění pracoviště vhodného pro dovážení akutně postiženého nemocného nebo zraněného, kde často nejsou příznivé podmínky pro plynulé převzetí nemocného v těžkém stavu.

Závažným problémem současných záchranných služeb v celém světě je zajištění plynulého přechodu neodkladné péče o závažně postiženého z přednemocniční do nemocniční etapy neodkladné péče. Řešením by mělo být zřízení oddělení urgentních příjmů v jednotlivých nemocnicích, kde by byla nepřetržitá připravenost pro přijetí nemocného pro poskytnutí nemocniční neodkladné péče navazující bez ztráty času na přednemocniční neodkladnou péči zahájenou v terénu, jako je tomu již v některých zemích jako např. v USA, Polsko, V tomto případě příjmové vakuum neexistuje nebo je minimální. Jde v podstatě o soustředění potřebného materiálně-technického vybavení a odborného personálu na jedno pracoviště v nemocnici, k němuž přiléhají pracoviště návazné neodkladné péče: lůžková část ARO, oborové JIP, pohotovostní operační sál a porodní sál. Prakticky všechna vyšetření jsou pacientovi zajištěna na jednom místě.

Tím se významně zvyšuje účinnost poskytované péče a nutně vede ke snížení mortality postižených a ke snížení nákladů na vybavení a provoz nemocnice.

Oddělení urgentních/centrálních příjmů, někde také nazývaných Emergency, je dnes v České republice asi osmnáct a dalších jedenáct je buď ve výstavbě, nebo se jejich vznik plánuje. Jde o oddělení nemocnic, která by měla být jedinou vstupní branou pro pacienty, kteří buď přijdou sami, nebo jsou přiváženi záchrannou službou.

Oddělení má několik lůžek pro krátkodobou, obvykle maximálně 24hodinovou, hospitalizaci a řadu ambulancí. Systém je výhodný z mnoha hledisek. Pacienti chodí a jsou dováženi jen na jedno místo v nemocnici, zde je koncentrován odborný personál, diagnostická a léčebná technika.

Lze se zde setkat s banálními stavy, stejně jako kriticky nemocnými či zraněnými pacienty. Jsou zde dostupní odborníci z více oborů. Pro takové pracoviště není problém dokonale ošetřit pacienta ve velmi těžkém stavu. Nejvíce získávají nejtěžší pacienti, pro ty ostatní je to jednoduché a pohodlné.

Tento systém je výhodný a jednoduchý pro pacienta, pro záchrannou službu i pro nemocnici.

## 4. Legislativní rámec pro ZZS

- Vyhláška MZ č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, v platném znění (14/2001 Sb.)
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění
- Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, v platném znění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění
- Zákon č.160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění
- Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení, v platném znění
- Vyhláška MZ č.440/2000 Sb. o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění
- Vyhláška MZ č.49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění
- Směrnice č. 7/1981 Věstníku MZ, o pohotovostních zdravotnických službách
- Směrnice č.10/1986 Věstníku MZ, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků
- Metodické opatření č. 8/1997 Věstníku MZ – postup při zajišťování LSPP
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání
- Vyhláška MF č. 560/2006 Sb., o účasti státního rozpočtu na financování programů reprodukce majetku

### **Vyhláška 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě, v platném znění**

Jedinou právní normou s nižší platností, která se stala legislativní úpravou pro ZZS je Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 434/1992 Sb. ze dne 28. července 1992 o zdravotnické záchranné službě se změnami 51/1995 Sb., 175/1995 Sb. a 14/2001, podle §18b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění zákona (úplné znění s působností pro Českou republiku č. 86/1992 Sb.)

Vyhláška se zabývá vymezením povinností ZZS, vysvětluje pojem přednemocniční neodkladná péče (dále jen PNP), stanovuje základní úkoly ZZS. V §3 popisuje síť zařízení a

pracovišť a v §18b je definován zřizovatel ZZS (...ZZS zřizuje kraj, který odpovídá za organizaci a zajištění činnosti záchranné služby ve svém územním obvodu ...) Dále se zaměřuje konkrétně na povinnosti a úkoly konkrétních částí ZZS – zdravotnického operačního střediska, výjezdových skupin a LZS.

V příloze se zabývá základním spojovacím řádem (telefonní spojení, rádiové spojení) a zvláštní dokumentací záchranné služby. Zásadní informací pro rozmístění středisek ZZS a výjezdových stanovišť je, že síť zdravotnické záchranné služby musí být organizována tak, aby byla zabezpečena dostupnost PNP a její poskytnutí do 15 minut od přijetí tísňové výzvy s výjimkou případů hodných zvláštního zřetele.

### **Zákon 239/2000 Sb. o IZS a o změně některých zákonů**

Na činnost ZZS má značný vliv i zákon č. 239/2000 Sb., který upravuje postavení ZZS v IZS. Vymezuje pojem Integrovaný záchranný systém, definuje složky a použití systému, ustanovuje orgány pro koordinaci systému.

V hlavě tři se věnuje postavení a úkolům státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků při přípravě na mimořádné události a při provádění záchranných a likvidačních prací. Toto vše se týká Ministerstva vnitra, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva dopravy a spojů, orgánů kraje, hejtmana, orgánů obcí s rozšířenou působností, obecních úřadů obcí s rozšířenou působností a orgánů obce.

Stanovuje podmínky cvičení a komunikace mezi jednotlivými složkami IZS, jakož i organizace záchranných a likvidačních prací na místě zásahu. Druhá část zákona se soustředí na práva a povinnosti právnických a fyzických osob při mimořádných událostech, kontrolu, pokuty, náhrady a finanční zabezpečení.

### **Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění a o jeho změnách**

Zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována.

## **§ 13**

(2) Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem zahrnuje:

b) pohotovostní a záchrannou službu

## § 15

(10) ... Z rozpočtu zřizovatele se hradí též zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služby s výjimkou zdravotních výkonů podle § 28.

## § 28

### Pohotovostní a záchranná služba

(1) Hrazená péče zahrnuje zdravotní výkony provedené v rámci:

- a) zdravotní péče poskytované v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinační hodiny,
- b) lékařské služby první pomoci a ústavní pohotovostní služby,
- c) zdravotnické záchranné služby při poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče.

(2) Hrazená péče zahrnuje i neodkladné zdravotní výkony provedené při pohotovostní službě lékařem mimo jeho odbornost

K datu 1. dubna 2006 proběhla novelizace tohoto zákona , při které došlo k prodloužení období, na které se dohoduje cena bodu a případné regulace na celý rok a k zrušení § 17 odst. 14 zákona - toho ustanovení, které umožňovalo zdravotním pojišťovnám omezovat úhradu poskytnuté zdravotní péče s odvoláním na svůj zdravotně pojistný plán nebo ve smlouvě uzavřené dohodu.

**Zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění**

## § 5

### Povinnosti nestátních zařízení

(3) Nestátní zařízení je dále povinno:

f) uzavřít smlouvu s krajem příslušným k vydání rozhodnutí o oprávnění, jestliže o to požádá z důvodu zajištění zdravotní péče v obvodu své působnosti, a na jejím základě se v únosné míře podílet na zajištění potřebných zdravotnických služeb, zejména pohotovostní služby včetně lékařské služby první pomoci, zdravotní péče při hromadných nehodách ...

V tomto zákoně došlo k několika novelizacím. Byly přepracovány podmínky k udělení registrace zdravotnickým zařízením, přičemž bylo odstraněno nejasné ustanovení, na jehož základě bylo postaveno právo lékařských komor k vydávání osvědčení o PVT způsobilosti.

#### **Zákon č. 240/2000 Sb. o krizovém řízení a o změně některých zákonů**

Ve znění zákona č. 320/2002 Sb., který stanoví působnost a pravomoc státních orgánů a orgánů územních samosprávných celků a práva a povinnosti právnických a fyzických osob při přípravě na krizové situace, které nesouvisejí se zajišťováním obrany České republiky před vnějším napadením a při jejich řešení.

#### **Vyhláška MZ č. 440/2000 Sb. o předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění**

Vyhláškou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče

#### **Vyhláška MZ č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění**

Vyhláška stanovuje technické a věcné požadavky na vybavení zdravotnických zařízení ambulantní péče, zdravotnických zařízení lékárenské péče, zdravotnické záchranné služby a dopravy nemocných a raněných.

#### **Směrnice č. 7/1981 Věstníku MZ, o pohotovostních zdravotnických službách**

##### **§ 3**

Ředitel ústavu národního zdraví určuje rozsah všech druhů pohotovostních zdravotnických služeb ve všech zařízeních začleněných do ústavu národního zdraví ...

#### **Směrnice č.10/1986 Věstníku MZ, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků**

Přesně definuje náplň činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků

#### **Metodické opatření č. 8/1997 Věstníku MZ – postup při zajišťování LSPP**

Zabezpečení LSPP zajišťuje okresní úřad.

### **Zákon č. 96/2004 Sb.**

Zavádí pro nelékařské zdravotnické pracovníky způsobilé k výkonu povolání bez odborného dozoru povinné trvalé další vzdělávání, obdobně jako je tomu u lékařů. Jednotlivé vzdělávací aktivity (inovační kurzy, odborné stáže, školicí akce, odborné konference a další) jsou ohodnoceny podle svého charakteru a trvání určitým počtem kreditů. Pro vydání nebo obnovení Osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu (tzv. "registrace") je nutno prokázat v tomto systému získání 40 kreditů.

Z uvedeného přehledu zdravotnické legislativy je patrné, že kraj zodpovídá ve svém územním obvodu za zajištění a organizaci záchranné služby. Problematika lékařské služby první pomoci není jednoznačně ošetřena. ZZS zůstává vedle policie a hasičského sboru jedinou složkou integrovaného záchranného systému, jejíž činnost není ošetřena zákonem. U LSPP je problematika obdobná, vzhledem k faktu, že metodické opatření věstníku MZ nelze považovat za obecně závazný právní předpis, měla by zodpovědnost za zajištění a organizaci LSPP přejít ve smyslu ustanovení zákona č. 320/2002 ( o změně a zrušení některých zákonů v souvislosti s ukončením činnosti okresních úřadů ) na obecní úřad obce s rozšířenou působností. Dle stanoviska MZ tato odpovědnost přechází na kraj, a to z důvodu převzetí zřizovatelské funkce k zařízením ZZS. Také návrh státního rozpočtu počítá s přidělením prostředků na zajištění LSPP na kraj.

### **Vyhláška MF č. 560/2006 Sb., o účasti státního rozpočtu na financování programů reprodukce majetku.**

Upravuje postup, správce programu a účastníka programu při přípravě, realizaci, financování a vyhodnocování programu nebo akce. Pokyn se vztahuje na programy nebo akce s účastí státního rozpočtu a prostředků státního rozpočtu, které jsou nebo mají být kryty z rozpočtu Evropské unie, fondů NATO nebo z prostředků Evropského hospodářského prostoru nebo z úvěru se státní zárukou. Pokyn dále upravuje používání informačního systému programového financování ( „ISPROFIN“).<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> <http://www.mzcr.cz>



## 4.1. Financování ZZS

Jelikož je ZZS příspěvková organizace a svůj provoz není schopna financovat z vlastní činnosti, je závislá na dotacích zřizovatele, tedy Krajského úřadu. Příjem ZZS se skládá z několika složek:

- **příjem z hlavní činnosti** (představuje zhruba  $\frac{1}{3}$  příjmů ZZS)
  - příjem od zdravotních pojišťoven podle paušálu
  - výkonnostní platby
  
- **dotace od zřizovatele** (představuje zhruba  $\frac{2}{3}$  příjmů ZZS)
  - zřizovatel financuje provozní náklady a investice
  
- **dotace od Ministerstva zdravotnictví**
  - nízký podíl na financování pozemní ZZS
  - jen u celostátních programů
  - plně hradí provoz LZS (mimo zdravotnických přístrojů)
  
- **příjem z vedlejší činnosti**
  - zdravotnická školení laické veřejnosti
  - zajištění sportovních a kulturních akcí

Největší složka příjmů ZZS – příjem od pojišťoven, je závislá na číselnících vydaných Veřejnou zdravotní pojišťovnou (dále jen VZP). Struktura číselníků pojišťovny a jejich naplnění hodnotami vychází z legislativních podkladů a je přizpůsobena potřebám jak pojišťovny, tak jejich smluvních partnerů. Souvisí s vykazováním zdravotní péče, její kontrolou a úhradou.

Materiály dostupné pro širokou veřejnost jsou čistě informativní, rozhodující je smlouva mezi zdravotnickým zařízením a příslušnou pojišťovnou. Závažným zdrojem informací jsou tedy pouze číselníky distribuované pojišťovnou přímo smluvním odběratelům.

LSPP je hrazena podle vyhlášky MZ ČR hodnotou bodu v Kč. Dříve existovala regulace prostřednictvím maximální výše úhrady, nyní tento způsob regulace neexistuje. Důvod pro

zrušení spočíval v kontraprodukcí maximální výše úhrady. V období epidemií, kdy by si zdravotnická zařízení mohla více vydělat zvýšenou návštěvností pacientů, jim tyto prostředky nebyly vypláceny právě s odůvodněním maximální výše úhrady.

ZZS má dva druhy financování :

- **paušální sazbou** – tato sazba činí 112% oproti referenčnímu pololetí. Zároveň se využívá regulační mechanismus na alespoň 90% ošetřených unikátních pojištěnců. Jestliže pak zdravotnické zařízení vykáže méně, je vypočítána paušální sazba jako součin zálohové platby a indexu  $i$ .<sup>4</sup>

$$i = \frac{\text{počet originálních rodných čísel za první pololetí běžného roku}}{\text{počet originálních rodných čísel za první pololetí předcházejícího roku}}$$

- **hodnotou bodu** v Kč podle příslušné vyhlášky MZ ČR.

V současné době se jedná o změně financování ZZS. Nyní mají záchranné služby zhruba jednu třetinu příjmů od pojišťoven za zdravotní výkony a zhruba dvě třetiny kryjí zřizovatelé, což jsou většinou kraje. Ty ale přispívají rozdílně, a tak se situace záchrannek v krajích liší. Vzhledem k platné vyhlášce o dojezdové vzdálenosti do 15 min., byla ZZS nucena budovat nová výjezdová stanoviště, která jsou v řadě míst jen proto, aby zajistila tuto podmínku. Některá z nich mají ale v průměru jeden až dva výjezdy na den a náklady na provoz jsou tak neúměrné tomu, jaké zdroje mají od pojišťoven. Nově by jim tedy měl kromě zdravotních pojišťoven platit také stát za takzvanou krizovou připravenost. Těžko říct zda veškeré náklady krajů na ZZS převezme stát, nebo se bude jednat pouze o určitou výši příspěvku ze strany státu.

---

<sup>4</sup> J. Mlčák: výukový materiál pro předmět Ekonomika a financování zdravotní péče

## 5. Transformace ZZS v Libereckém kraji

### 5.1. Důvody které vedly transformaci

Velmi různorodá a roztráštěná situace v provozu ZZS v Libereckém kraji vedla představitele Krajského úřadu k představě vytvoření jednotné organizace s jednotným řídicím schématem a vedením, směřováním finančních toků na jeden subjekt.

V souvislosti s touto představou byla opakovaně vyjádřena potřeba zabezpečení dostupnosti přednemocniční neodkladné péče v souladu s Vyhláškou MZd ČR 434/1992 Sb. s dojezdy výjezdových skupin do 15ti minut od přijetí výzvy na celém území kraje. Byly definována tři oblasti s nedostatečným zabezpečením záchrannou službou a to okolí Hrádku nad Nisou, Českého Dubu a oblast Harrachov-Rokytnice.

Za velmi podstatné považovali krajští politici také zajištění vysoké kvality této přednemocniční neodkladné péče na celém území kraje, co nejlepší spolupráci záchranných služeb s ostatními zdravotnickými zařízeními i složkami integrovaného záchranného systému v kraji, také transparentnost a efektivnost využívání provozních a investičních dotací zřizovatele.<sup>5</sup>

#### **Závěr: Definování strategického rámce:**

1. Zájmem zřizovatele na vytvoření jediné záchranné služby v kraji.
2. Potřebou úplného pokrytí území kraje výjezdovými stanovišti.
3. Eliminací nedostatku výjezdových skupin při neustálém nárůstu výjezdů.

Záměr zřizovatele, vytvořit jednu jedinou organizaci, poskytující přednemocniční neodkladnou péči v kraji (záchrannou službu) bylo poměrně logické a s ohledem na samosprávné postavení zřizovatele s jeho politickými i ekonomickými zájmy pochopitelné. Největším úskalím byl značný nedostatek informací o tom, jakým způsobem byla činnost

---

<sup>5</sup> Interní materiály ZZS LK

záchranných služeb v jednotlivých okresech organizována, jak je materiálně a personálně zabezpečena, jaké byly smluvní vztahy a podobně. Na druhou stranu tato neprůhlednost v činnosti a hospodaření těchto organizací byla silnou motivací k uskutečnění zamýšlené změny. Protože ÚSZS v Liberci bylo největší a právě z hlediska průhlednosti vycházelo v očích zřizovatele nejlépe, proto bylo její velkou příležitostí rozšířit svou působnost na území celého kraje.

Liberecký kraj zřizoval do té doby na území kraje tři samostatné subjekty a to ÚSZS v Liberci, ZZS Semily se sídlem v Turnově a s působností i pro okres Jablonec nad Nisou a ZZS Česká Lípa. Sjednocení organizací bylo uskutečněno na základě rozhodnutí 8. zasedání Zastupitelstva Libereckého kraje dne 23.září 2003 pod.Č.310/03/ZK.

Vzhledem k velmi specifické právní formě těchto organizací bylo třeba brát v úvahu, že jakákoli existenční úprava příspěvkové organizace je upravena v §27 odst. 3 Zákona č. 250/2000 Sb. a nelze postupovat jiným způsobem.

Před začátkem transformace bylo nutné nebo při nejmenším výhodné analyzovat faktory obecného i oborového okolí a pomocí SWOT analýzy návrh strategického postupu případně upřesnit či případně změnit. Vzhledem k tomu, že transformace již proběhla, tak se o to pokusím alespoň zpětně.

## **5.2. Mise ZZS**

Mise ZZS je dána na jedné straně zákony a dalšími právními normami, byť neúplnými či nepřesnými, na druhé straně tradicí ve vnímání zákazníků (pacientů) jako významná a vysoce etická služba zdravotníků. Podobně jako v celém zdravotnickém systému však toto poslání nemá příliš měřitelných parametrů své kvality, respektive jsou často podceňovány či jen nevyužívány a nezveřejňovány.

### 5.3. Corporate strategy

Bylo třeba vyvarovat se krokům, které by mohly při tak zásadní reorganizaci poslání organizace ohrozit. Bylo třeba počítat i s určitou mírou tradičně konzervativního postoje zdravotníků vůči změnám. Smysl nové strategie mohl být úspěšně napadán i vedeními (řediteli) dosud samostatných právních subjektů s obavou o zhoršení jejich profesního a společenského postavení, případně i negativním přístupem místních samospráv, které mohou vidět v tomto záměru snahu o přílišné centralistické tendence. Tyto subjekty bylo naopak potřeba vhodným způsobem získat ke spolupráci, protože většinou neměli nebo necítili žádný důvod k plánovanému „zrušení“ jejich organizací.

Daná situace vybízela k přijetí jisté formy corporate strategie, která by respektovala dobré tradice původních subjektů a zároveň nastínila společné cílové strategie, v tomto případě zejména obranné, „substituční“ a eliminace nejistot. V první fázi by zřejmě bylo vhodné ponechat vlastní řízení výkonu na existujících operačních střediscích a definovat pro ně horizontální strategie. Funkční strategie by měly zabezpečit zejména jednotné postupy při rozhodování na operačních střediscích, jednotné postupy při poskytování zdravotní péče u definovaných diagnos a stavů, jednotnou personální a mzdovou politiku, úroveň kvalifikace a dalšího vzdělávání zaměstnanců, rozvoj a používání radiokomunikačních a telekomunikačních prostředků, informačního systému a podobně. Myslím, že přijímání potřebných funkčních strategií a nutných jednotných vnitřních norem by bylo možné a možná i vhodné připravit jako proces, který zabezpečí management nové organizace. Do tohoto procesu by mohli být, například formou pracovních skupin, „vtaženi“ mnozí zaměstnanci tak, aby tyto normy snadněji přijímali a zároveň by se budoval jejich pozitivní vztah k nové firmě.

Je nebezpečné automaticky předpokládat ekonomické úspory aktu spojení všech subjektů. Jistě se v první fázi ušetří na nákladech režijního typu, jako jsou platy ředitelů, možnost efektivnějšího využití administrativy, možnost získání množstevních marží při nákupech či pravděpodobně efektivnější využití technických prostředků či materiálových zásob. Byl-li jako další požadavek navrhnout a zabezpečit zlepšenou dostupnost našich služeb, je více než pravděpodobné, že bude potřeba vybudovat nová výjezdová stanoviště a vzhledem k neustálému nárůstu počtu výjezdů posílit počty výjezdových skupin.

## 5.4. Analýza faktorů obecného okolí

### Sociální faktory:

- Veřejností je záchranná služba vnímána jako samozřejmá součást zdravotnického systému, jako pojistka řešení jejich zdravotních problémů.
- Díky především zdravějšímu způsobu života a vysokou kvalitou zdravotní péče dochází k neustálému stárnutí populace a dožívání se stále vyššího věku. To však s sebou přináší stále větší počet přežívajících občanů s vážnými chronickými nemocemi s častými akutními exacerbacemi těchto chorob.
- Vlivem rostoucího turistického ruchu s početnými migracemi obyvatel do zajímavých lokalit dochází k velkým sezónním výkyvům v počtu onemocnění a úrazů a potřeby adaptace zdravotnických zařízení na tento fakt.
- Velká část turistického ruchu je soustředěna do oblastí s možností sportovního vyžití, což vede k větší incidenci sportovních úrazů.
- S velkým rozmachem automobilové dopravy se také množí dopravní úrazy.
- Nezanedbatelnou skutečností je sice v naší republice zatím jen teoretická možnost, kterou tvoří teroristické hrozby, přesto, podobně jako u některých katastrof (povodně 1997, 2002) je třeba plánovat i kapacity pro poskytování pomoci v těchto mimořádných situacích.
- Velký vliv na rozsah a kvalitu činností záchranných služeb hraje také zhoršující se funkčnost systému praktických lékařů.

### **Právní faktory:**

- Základní postavení organizace a jeho právní forma je definována Zákonem č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů.
- Legislativní rámec pro činnost organizace je dán zejména Ústavou České republiky a jejím ustanovením o bezplatné zdravotní péči v rámci všeobecného zdravotního pojištění, Zákonem č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu v pozdějším znění a Vyhláškou MZ ČR 434/1992 Sb. o zdravotnické záchranné službě ve znění pozdějších předpisů.
- Přesná definice postavení a hlavních úkolů organizace je vymezena zřizovací listinou.
- Aspekty postavení zaměstnanců jsou upraveny Zákoníkem práce, způsob jejich odměňování nařízeními vlády o platech zaměstnanců v rozpočtových a příspěvkových organizacích a jejich sociální výhody jsou upraveny Zákonem o tvorbě a čerpání fondu kulturních a sociálních potřeb.
- Samotná organizace vytváří podrobné závazné vnitřní předpisy, upravující strukturu a systém řízení, pracovní řád, provozní řády, pracovní pozice a pracovní náplně, standardy účetních postupů, medicínských postupů apod.

### **Ekonomické faktory:**

- Vlastní činnost záchranných služeb je hrazena na základě zákonů o zdravotních pojišťovnách (VZP i oborových a dalších)
- Specifikou záchranných služeb je jejich neschopnost plánování vlastní činnosti, tedy i omezená schopnost finančního plánování, neboť velkou část činnosti těchto organizací tvoří „čekání na práci“, které nemůže být hrazeno ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění a je povinností zřizovatele hradit tyto náklady.
- Poměrně nevýznamným zdrojem příjmů organizace jsou výnosy z vedlejší činnosti, jako je zabezpečování kulturních či sportovních akcí či pronájem bytových či nebytových prostor.

### **Politické faktory:**

- Politické faktory jsou pro činnost organizace obecně příznivé, neboť služba, kterou záchranné služby poskytují je veřejností a tedy i politiky vnímána jako velmi potřebná, vysoce humánní a etická. Jistá náklonnost především krajských a komunálních politiků (i jako potenciálních pacientů) tedy vytváří většinou příznivé klima pro prosazování zájmů organizace a není prakticky ohrožena její existence a jistá stabilita.
- Naopak politická nevěle vládnoucí strany na zavedení finanční spoluúčasti pacienta za poskytnuté služby negativně ovlivňuje nadužívání zdravotní péče, záchranné služby nevyjímaje
- Dlouhodobým nedostatkem je neschopnost politiků na centrální úrovni (Ministerstvo zdravotnictví ČR a Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky) vytvořit a přijmout kvalitní právní normy, které by přesně vymezovaly právní rámec záchranných služeb. Záchranné služby jsou jedním ze tří základních pilířů Integrovaného záchranného systému státu, přesto je jejich postavení, na rozdíl od Policie ČR a Hasičského záchranného sboru, definováno pouze velmi vágní a dnes již zastaralou vyhláškou ministerstva zdravotnictví.
- Od okamžiku převedení záchranných služeb pod gesci krajů se v mnohých aspektech jejich postavení i struktura liší v souvislosti s odlišným politickým složením krajských zastupitelstev
- V Libereckém kraji má záchranná služba v současné době dobré postavení a oporu díky krajskému radnímu pro oblast zdravotnictví, který je bývalým ředitelem záchranné služby v Liberci.

### **Technologické faktory:**

- Podobně jako v celém zdravotnictví je činnost záchranných služeb výrazně ovlivňována velmi dynamickým vývojem nových technologií.
- Pro udržení trendu používání nových přístrojů, léků medicínských a technologických postupů je třeba vytvářet nejen finanční rezervy pro investice, ale také neustále zvyšovat kvalifikovanost zdravotnického personálu.



- Činnost záchranných služeb v nemalé míře ovlivňuje i vývoj nových automobilů (sanitních vozů) a jejich technických parametrů včetně jejich vnitřních dispozic pro možnost zdravotnické zástavby. Tyto aspekty jsou důležité zejména proto, že tato vozidla jsou vlastně pracovišti záchranářů a musí zároveň splňovat i podmínky jistého komfortu pro přepravované pacienty.<sup>6</sup>

**Tab. 2** Přehled faktorů obecného okolí (SLEPT analýza)

(+) = příležitosti, (-) = hrozby, (+/-) = neutrální vliv, (-/+) = někdy příležitost, někdy hrozba

FAKTORY	VLIV
Sociální	(-/+ ) prodlužování délky života (+) zvyšující se nároky na kvalitu života, zdravější způsob života (-) stárnutí populace a stále větší podíl přežívajících chronicky nemocných (-) zvyk většiny občanů na snadnou a prakticky bezplatnou dostupnost zdravotnických služeb (-) chybění kvalitní a celodenní (24 hod.) péče praktických lékařů (-) neustále rostoucí počet sportovních a dopravních úrazů (-) větší pravděpodobnost hromadných neštěstí (záplavy) (-) hrozby teroristických útoků
Právní	(+/-) existující právní normy (-) neexistence zákona o záchranné službě (+) jasné, zákonem definované povinnosti zřizovatele (-/+ ) povinnosti záchranných služeb, definované zákonem o integrovaném záchranném systému
Ekonomické	(-) neustále rostoucí provozní náklady, zejména tlak na zvyšování platů (-) zastaralý a špatně nastavený úhradový systém pojišťoven (-) neustálé zpoždění plateb od pojišťoven (-) rostoucí náklady na pořizování nových investic (-/+ ) povinnost zřizovatele hradit případné hospodářské ztráty (+) možnost poskytování komerčních zdravotnických služeb
Politické	(+) zájem krajských i municipálních politiků o zdravotnictví (-) prohlubující se a politiky neřešená krize systému zdravotního pojištění (-/+ ) posilování role pacienta při jeho rozhodování (-) silná pozice zdravotních pojišťoven (-) nedostatek kvalifikovaných lékařů (-/+ ) stále se zvyšující nároky populace na kvalitu zdravotnických služeb
Technologické	(+) dostupnost moderních informačních a komunikačních technologií (+) lepší se dopravní infrastruktura (silnice) (+) rozvoj a dostupnost moderních zdravotnických technologií (-) rostoucí náklady na pořizování nových technologií včetně vozového parku

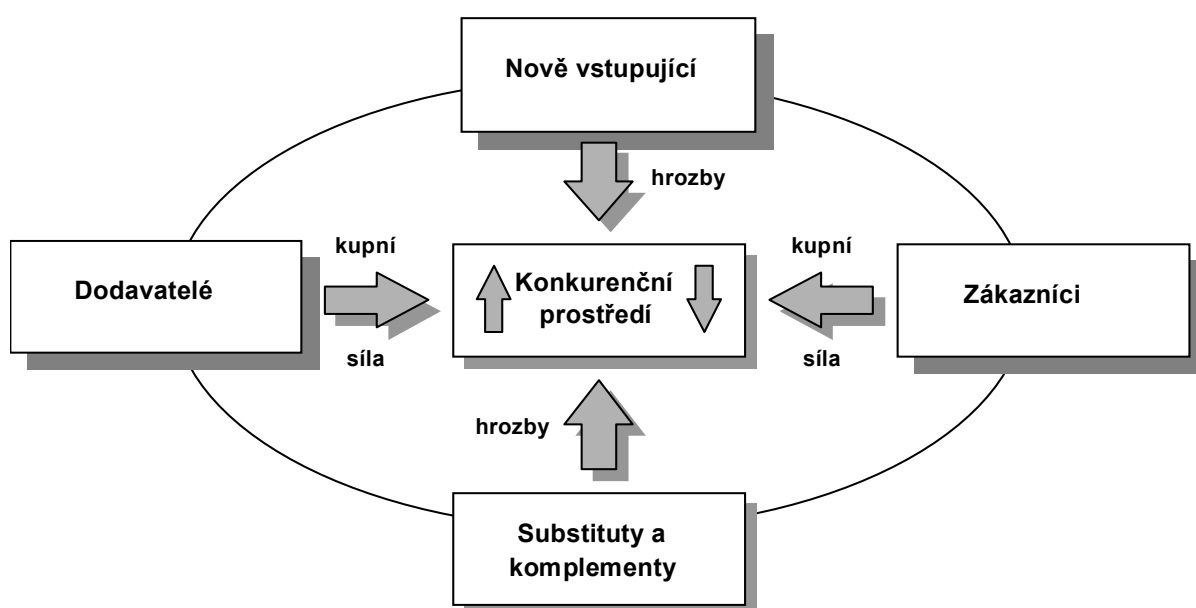
<sup>6</sup> M. Keřkovský, O. Vykypěl : Strategické řízení. Teorie pro praxi, 1.vydání. Praha: C.H.Beck, 2003

Přestože se v našem státě záchranná služba systematicky začala budovat až zhruba před třiceti lety, je společností v současnosti považována za již tradiční a nepostradatelnou službu, často i v případech nad rámec její působnosti. Tedy i v situacích, které bezprostředně neohrožují život či vážné poškození zdraví. Možnost, kdykoli si při zdravotních obtížích zavolat číslo 155 a na výtky zdravotníků reagovat svou nevědomostí vedou k častému zneužívání, zejména při absenci zodpovědnosti praktických lékařů a postupnému likvidování bývalého systému lékařských služeb první pomoci.

## 5.5. Analýza faktorů oborového okolí dle Porterova modelu pěti konkurenčních sil

Zvažovaná strategie u vymezené jednotky, která není podnikatelským subjektem, nýbrž neziskovou organizací není zřejmě typickým příkladem pro využití Porterova přístupu. V rámci této práce se pokusím takovouto analýzu provést a ověřit jí. Oborovým prostředím pro účel této práce bude považována a analyzována oblast poskytovatelů zdravotnických služeb v Libereckém kraji.

**Obr. 2** Porterův model pěti konkurenčních sil



### **Vyjednávací síla zákazníků**

Zákazníky záchranných služeb jsou především pacienti, ale z hlediska posuzování vyjednávací síly lze za zákazníky považovat prakticky všechny občany Libereckého kraje, neboť všichni jsou potencionálními zákazníky. Dost často se stává, že naším aktivním klientem je buď příbuzný či známý postiženého nebo i cizí osoba, která se stala náhodným účastníkem nebo svědkem náhlé zdravotní poruchy jiného a de facto vyjednává za něj a naši službu objednává. V tomto případě bývá často kritičtější zákazníkem a tento fakt je třeba respektovat. Vyjednávací síla je v tomto případě často silnější, než vyjednávací síla samotného postiženého, který je díky svému zdravotnímu handicapu v submisivním postavení. Jeho síla je více soustředěna na formální stránku našich služeb, málokterý občan je potřebně fundovaný v možnosti posuzovat medicínské postupy.

**Závěr:** Vyjednávací síla zákazníků je spíše slabá, se stále se zvětšujícím přístupem k informacím můžeme očekávat postupné posilování

### **Vyjednávací síla dodavatelů**

Vzhledem k významnosti a celospolečenskému uznávání poskytovaných služeb ZZS jsou dodavatelé i při případných opožděných platbách (viz problémy s úhrady pojišťoven) celorepublikově v závislém postavení. Navíc na trhu s léky a zdravotnickým materiálem je poměrně velká konkurence, která také jejich vyjednávací schopnosti neposiluje. Dodavatelé technologií a velkých investic jsou zároveň vystavováni výběrovým řízením, možnosti jejich ovlivňování při rozhodování ZZS jsou tedy soustředěny pouze na osobní lobování či podbízení se nejrůznějšími výhodami pro vlivné zaměstnance, většinou lékaře.

**Závěr:** Vyjednávací síla dodavatelů je slabá a nelze předpokládat její posilování.

### **Hrozba vstupů**

Vstup nových konkurentů do prostředí je z hlediska právního i ekonomického velmi nepravděpodobný. V celé republice existují pouze dvě soukromé společnosti zabývající se záchrannou službou a jsou soustředěny jen na pražskou aglomeraci. Způsob financování této činnosti je velmi specifický, příjmy od pojišťoven pokryjí jen část nákladů a v současné době

není toto prostředí přijatelné pro komerční společnosti. Malou hrozbou by mohli být někteří aktivní praktičtí lékaři, kteří se o své pacienty starají i po své pracovní době, ovšem pokud nepomáhají pacientů při relativně banálních stavech jsou stejně odkázáni na ZZS a spolupracují s ní .

Další hrozbou by mohly být například některé větší obce, které by si zřídily vlastní záchrannou službu pro oblasti, které dosud není dostatečně pokryta výjezdovými stanovišti. Lze však předpokládat, že ani v takovém případě by nebyla ochota zdravotních pojišťoven na smlouvat nový subjekt.

**Závěr:** Hrozba vstupu nových konkurentů je velmi slabá až žádná.

### **Hrozba substitutů**

Hrozba substitutů je z velké míry a stejných důvodů jako u konkurentů nepravděpodobná.

Závěr: Hrozba substitutů je zcela zanedbatelná.

### **Konkurenční rivalita v odvětví**

Záchranné služby mají poměrně přesně definovanou „rajonizaci“ jednotlivých operačních středisek. Síť výjezdových stanovišť je tvořena také s ohledem na schopnost dojezdových časů na místo zásahu do 15 minut a jen v některých hraničních oblastech se překrývá. Ke konkurenci pak dochází jen ve výjimečných situacích a to nejčastěji u Letecké záchranné služby, která má přirozeně podstatně větší operativní působnost. I zde se však většinou operační střediska dohodnou a konkurence je ojedinělá.

Závěr: Pro konkurenční rivalitu prakticky neexistuje prostředí a je-li, je v zásadě nevýznamná.

### **Shrnutí**

Hrozby ze strany konkurentů či substitutů jsou velmi malé až žádné, obchodní rivalita v odvětví není, obecné prostředí a pozice příbuzných organizací vedou spíše ke „kartelovým dohodám“, vyjednávací síla dodavatelů je slabá. Je třeba počítat s pravděpodobností růstu dosud slabé vyjednávací síly zákazníků.

**Tab. 3** Přehled faktorů analýzy oborového okolí

(+) = příležitosti, (-) = hrozby, (+/-) = neutrální vliv

FAKTOR OBOROVÉHO OKOLÍ	VLIV
Vyjednávací síla zákazníků	(+) z podstaty vztahu a závislosti má pacient pozici slabou (+) poskytovaná služba je pro zákazníka nenahraditelná (+) monopolní postavení organizace (-) cena služby je pacientovi neznáma, nepodílí se (+) pacient nemá dostatek objektivních informací a možností srovnávání (-) vyjednávací síla zákazníků zřejmě poroste
Vyjednávací síla dodavatelů	(+) silná konkurence mezi dodavateli (-) lobování u vlivných zaměstnanců (protislužby) (+) vyjednávací síla dodavatelů je nízká
Hrozba nových konkurentů	(+) jen nepatrný možný prostor na trhu (+) legislativní překážky (+) vysoké nároky na kvalifikaci zaměstnanců (+) státní a regionální regulace (+) hrozba vstupu konkurence je nízká
Hrozba vzniku substitutů	(+) minimální, respektive zatím nehrozí
Rivalita firem v odvětví	(-) nejistoty v resortu zdravotnictví (+) rivalita prakticky neexistuje

## 5.6. Analýza očekávání, síly a cílů důležitých „stakeholders“

### 5.6.1. Nejvlivnější subjekty

- Liberecký kraj jako zřizovatel a jeho nejvlivnější představitelé (hejtman, radní zastupitelé, vedoucí odboru zdravotnictví, vedoucí odboru krizového řízení),
- Předseda Senátu PČR MUDr. Přemysl Sobotka ,
- Město Liberec a jeho nejvlivnější představitelé (primátor, radní, zastupitelé),
- komunální politici (zejména starostové okresních měst v kraji),
- zdravotní pojišťovny,

- pacienti,
- Nemocnice Liberec
- ostatní záchranné služby v kraji (především jejich management),
- představitelé dalších složek IZS (Policie ČR, Hasičský záchranný sbor),
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (odbor krizového řízení)
- regionální media (noviny, televizní a rozhlasové společnosti),
- současný management organizace,
- odborová organizace,
- zaměstnanci.

## 5.6.2. Analýza očekávání a síly „vlivných“ (stakeholders)

**Tab. 4** Tabulka hodnocení síly jednotlivých stakeholders

STAKEHOLDERS	OČEKÁVÁNÍ	CÍLE	PŘÍČINY	HODNOTA
Liberecký kraj	kvalitní služby, dobré hospodaření	spokojenost pacientů, úspěch politiků	zřizovatelská funkce,	10
Pacienti	kvalitní služby, akceschopnost	záchrana života a zdraví	konzument služby	9
Zdravotní pojišťovny	kvalitní služba za nízkou cenu	uspokojení potřeb klientů	plátce služby	8
Vedení organizace	vysoká prestiž organizace	zajištění vlastní existence, seberealizace	zodpovědnost, znalost prostředí	6
Zaměstnanci	stabilita organizace a její dobré hospodaření	jistota zaměstnání, vysoké platy, seberealizace	závislost, omezená možnost uplatnění	4
Ostatní obce	spolupráce, zlepšená kvalita služeb	spokojenost občanů obce	voličská základna	4
Ostatní záchranné služby v kraji	spolupráce	možnost ovlivnění změn	udržení si pozice	3
Město Liberec	spolupráce	spokojenost občanů města	velká komunita, voličská základna	3
Odborová organizace	vliv na vedení organizace, sociální jistoty zaměstnanců vysoké příjmy	dobré pracovní podmínky, vliv na rozdělování fondů, příliv nových členů	prestiž odborů a jejich představitelů	3
Nemocnice Liberec	spolupráce	kontinuita péče, „nezahlcování“ nemocnice pacienty	nejčastější cílové zdravotnické zařízení	2
Předseda senátu	spokojenost veřejnosti	prestiž	pocit zodpovědnosti, původ	2
Media	poskytování informací	čtivost, sledovanost	komerční zájem	2
Ostatní složky IZS	spolupráce	dobrá komunikace	partnerství v mimořádných situacích	1
Ministerstvo zdravotnictví ČR	spolupráce	nemít problém	povinnost metodického dohledu v oblasti krizového řízení	1

Výběr a hodnocení síly jednotlivých stakeholders ve výše uvedené tabulce jsou výsledkem ankety mezi vedoucími zaměstnanci organizace.

Zásadní vliv na prosazení zamýšlené strategie měl zřizovatel – Liberecký kraj, s ohledem na ekonomickou závislost musela být strategie předjednána se zástupci zdravotních pojišťoven, především VZP a zaměřena na eliminaci možných negativních dopadů na občany Libereckého kraje. Zároveň bylo nutné přesvědčit vedení a zaměstnance ostatních záchranných služeb v kraji o správnosti uvažovaných změn a výhodách, které jim to může přinést.

## 5.7. SWOT analýza

Tab. 5 SWOT analýza

<p><b>HLAVNÍ SILNÉ STRÁNKY</b> <b>S</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ podpora nejdůležitějších stakeholders</li> <li>▪ dobrá infrastruktura a systém řízení</li> <li>▪ existuje vize</li> <li>▪ připraveny modely nové práce</li> <li>▪ vysoká angažovanost zaměstnanců</li> <li>▪ funkční týmová spolupráce</li> <li>▪ vytvořeny a přijaty sdílené hodnoty</li> <li>▪ velmi silné konkurenční postavení</li> </ul>	<p><b>W</b> <b>DŮLEŽITÉ SLABÉ STRÁNKY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nedostatek erudovaných lékařů</li> <li>▪ zastaralost technologických zařízení</li> <li>▪ slabá možnost plánování vlastní činnosti</li> <li>▪ transparentnost ekonomických dat</li> <li>▪ slabiny dispečerů v operativním řízení</li> <li>▪ hospodářská ztráta DRNR</li> </ul>
<p><b>HLAVNÍ PŘÍLEŽITOSTI</b> <b>O</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ významný zájem vlastníka</li> <li>▪ zřetelná a jasná definice problémů</li> <li>▪ zlepšení image a prestiže</li> <li>▪ zavedení nových technologií, postupů</li> <li>▪ efektivnější využití potenciálu</li> <li>▪ posílení monopolního postavení</li> </ul>	<p><b>T</b> <b>NEJDŮLEŽITĚJŠÍ HROZBY</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ chybění kvalitní legislativy</li> <li>▪ nepředvídatelný růst počtu zásahů</li> <li>▪ nadužívání našich služeb</li> <li>▪ rostoucí provozní i investiční náklady</li> <li>▪ zvyšující se nároky na kvalitu života a zdravotnických služeb</li> <li>▪ posilování role pacienta</li> <li>▪ silná role zdravotních pojišťoven</li> </ul>



### 5.7.1. Zdůvodnění pomocí výsledků SWOT analýzy

#### Eliminace slabých stránek:

- Nedostatek specializovaných lékařů je celostátní problém. Přijetí nové koncepce PNP by však výraznou měrou ovlivnilo jejich potřebu, protože by velkou část (cca 80%) činnosti zajistili kvalifikovaní středoškolsky vzdělaní záchranáři. Tohoto personálu je dostatek a bude jen záležitostí stanovení jejich medicínských kompetencí a vzdělávání.
- Sloučením organizací dojde k výrazně lepší možnosti využívání vozového parku i zdravotnické techniky, je třeba obnovovat jednotný vozový park a technologii zdravotnického vybavení tak, aby byly výjezdové skupiny bez „přeškolení“ schopny přesehnout do jakéhokoli jiného sanitního vozu.
- Transparentnost ekonomických dat velmi intimně souvisí s charakterem organizace. V každém případě lze sledovat nákladové ukazatele, například na jednu výjezdovou skupinu, operační středisko, či poměr režijních a ostatních nákladů a jejich trendy.
- Nedostatky v práci dispečerů je vhodné eliminovat ve spolupráci s psychology a jejich doporučení vhodnosti osobních vlastností pro danou práci, správným výběrem vhodných typů lidí a jejich dalším vzděláváním zejména v komunikačních dovednostech. Potenciál školícího střediska by měl ve větší míře zabezpečovat jejich odbornost a pracovní týmy vytvářet metodické návody, pravidla jejich pracovních a operačních postupů.
- Bude nutné vytvořit novou koncepci radiokomunikačního spojení tak, aby byla zajištěna jednotná komunikace mezi operačními středisky a výjezdovými skupinami.

#### Eliminace možných dopadů hrozeb:

- Ve spolupráci asociace záchranných služeb a odboru krizového řízení ministerstva zdravotnictví je připravován zákon o záchranných službách, který by měl posílit postavení organizace a jejich zaměstnanců.

- Neustále rostoucí počet výzev a zásahů bude eliminován výrazně vyšším počtem výjezdových skupin – viz nová koncepce. Nadužívání péče, poskytované organizací, lze ovlivnit (snížit) dobře mířenou osvětou, mediální kampaní
- Rostoucí provozní (mzdy!) i investiční náklady jsou obecným trendem, lze předpokládat, že budou v souladu s rostoucími příjmy.
- Vyšší nároky na kvalitu života, respektive schopností ZZS k tomu přispět, lze uspokojit udržováním trendu moderních medicínských postupů.
- Role absolutní závislosti především na zřizovateli je hrozbou spíše relativní, zřizovatel má zároveň povinnost a z politického hlediska i zájem na funkčnosti a dobré image organizace. Zásadní roli v tomto případě má ředitel organizace a jeho schopnost prezentovat organizaci u zřizovatele i veřejnosti jako špičkovou. Chyby se musí ihned odstraňovat a neměly by být vidět!
- Boj“ s pojišťovny je přirozený, každý plátce chce „hodně muziky za málo peněz“.

#### Závěr:

Slabiny organizace nejsou zásadní překážkou v uskutečnění zamýšlené strategie, hrozby nemají takový charakter, aby významněji ohrozily úspěšnost její realizace.

### **5.8. Závěr ze všech předchozích analýz**

- Ze závěru všech předchozích analýz vyplývá že bude doporučeno zastupitelstvu Libereckého kraje rozhodnou o sloučení třech subjektů zdravotnické záchranné služby v kraji, jako jednoduchý administrativní akt.

- Na řediteli nové organizace bude, aby provedl podrobnou analýzu činnosti a hospodaření slučovaných subjektů a aby připravil nezbytné nástroje potřebné k efektivnímu operativnímu řízení nové organizace. Aby vytvořil kvalitní systém vnitroorganizačních norem, které by zřetelně, jasně a srozumitelně definovaly postavení všech organizačních útvarů a postavení a kompetence všech vedoucích zaměstnanců. Aby vypracoval návrh funkční strategie pro novou organizaci

### **5.8.1 Náklady související s reorganizací ZZS LK**

- Náklady technického rázu, - stavební úpravy, mobiliář, přístrojová technika, SW, HW, licence
- Náklady osobní - noví zaměstnanci, zvýšení úvazků stávajících zaměstnanců, přesčasy odměny
- Náklady ostatní - např. pohonné hmoty

### **5.8.2 Dopady vyplývající z reorganizace ZZS LK**

- Věcné - odhalení všech skrytých nedostatků, zvýšení pracovního potenciálu ( zastupitelnost, nahraditelnost), zvýšení technického a materiálového potenciálu ( efektivnější alokace a využívání prostředků)
- Ekonomické - snížení režijních nákladů ( smluvní dodavatelé, řídicí management), zvýšení efektivity práce, množstevní rabaty
- Administrativní - jednotné řízení, jednotná personální politika včetně odměňování, jednotné postupy ( účtování, informatika, statistika, analýzy)
- Odborné medicínské – stejná kvalita a dostupnost v celém Libereckém kraji, možnost odborného růstu a univerzálnosti využívání zdrav. personálu, jednotná léková politika a

medicínské postupy, užívání jednotné přístrojové techniky tzn. zastupitelnost na více stanovištích.<sup>7</sup>

## 6. Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

### 6.1. Základní údaje organizace

**Název organizace:** Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje

**Sídlo organizace:** Husova 976/37, 460 01 Liberec

**IČ organizace:** 46744991

**Právní forma:** Příspěvková organizace

**Zřizovatel:** Liberecký kraj, U Jezu 642/2a, 461 80 Liberec

**Vznik organizace:** 1.10. 2003

**Předmět činnosti:**(definice ze zřizovací listiny organizace):

Organizace zajišťuje poskytování odborné přednemocniční péče, je součástí soustavy orgánů a organizací tvořících Integrovaný záchranný systém.

a) Poskytování odborné přednemocniční neodkladné péče, jejíž náplň je stanovena Vyhláškou MZd ČR č. 434/1992 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů, a to prostřednictvím:

- pozemních výjezdových skupin rychlé lékařské a rychlé zdravotnické pomoci
- letecké záchranné služby
- zdravotnických operačních středisek

Povinné spádové území je vymezeno územím Libereckého kraje.

b) Poskytování zdravotní péče v odbornostech lékařské služby první pomoci.

c) Provozování střediska dopravy raněných, nemocných a rodiček dle Vyhlášky MZd č. 49/1993 Sb.

---

<sup>7</sup> MUDr. J. Popelka: Přerod záchranných služeb v Libereckém kraji, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2004

- d) Provozování Útvaru krizového managementu zajišťujícího součinnost v rámci Integrovaného záchranného systému při řešení likvidace následků hromadných neštěstí a katastrof. Útvar spravuje regionální sklad rezerv ve zdravotnictví.
- e) Provozování školicího střediska, které zabezpečuje vzdělávání a doškolování zdravotnických pracovníků v oblasti přednemocniční neodkladné péče a dopravy raněných, nemocných a rodiček.
- f) Zajišťování zdravotnického zabezpečení sportovních, kulturních a jiných akcí podobného charakteru pořádaných právnickými a fyzickými osobami.
- g) Zabezpečování lékárenské pohotovostní služby.

### **6.1.1. Systém vedení Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje k 31.12.2006**

Ředitel:

MUDr. Zdeněk Kubr

Technicko – provozní náměstek

Primář

Hlavní sestra – metodik PNP

Interní auditor

Vedoucí odd. zdravotního pojištění a statistiky a vedoucí oddělení účetnictví a rozpočtů

Vedoucí oddělení dopravy

Vedoucí technického oddělení

#### Vedení Operačních středisek

Vedoucí lékař v **České Lípě**

Vrchní sestra

Vedoucí lékař v **Jablinci nad Nisou**

Vrchní sestra

Vedoucí lékař v **Liberci**

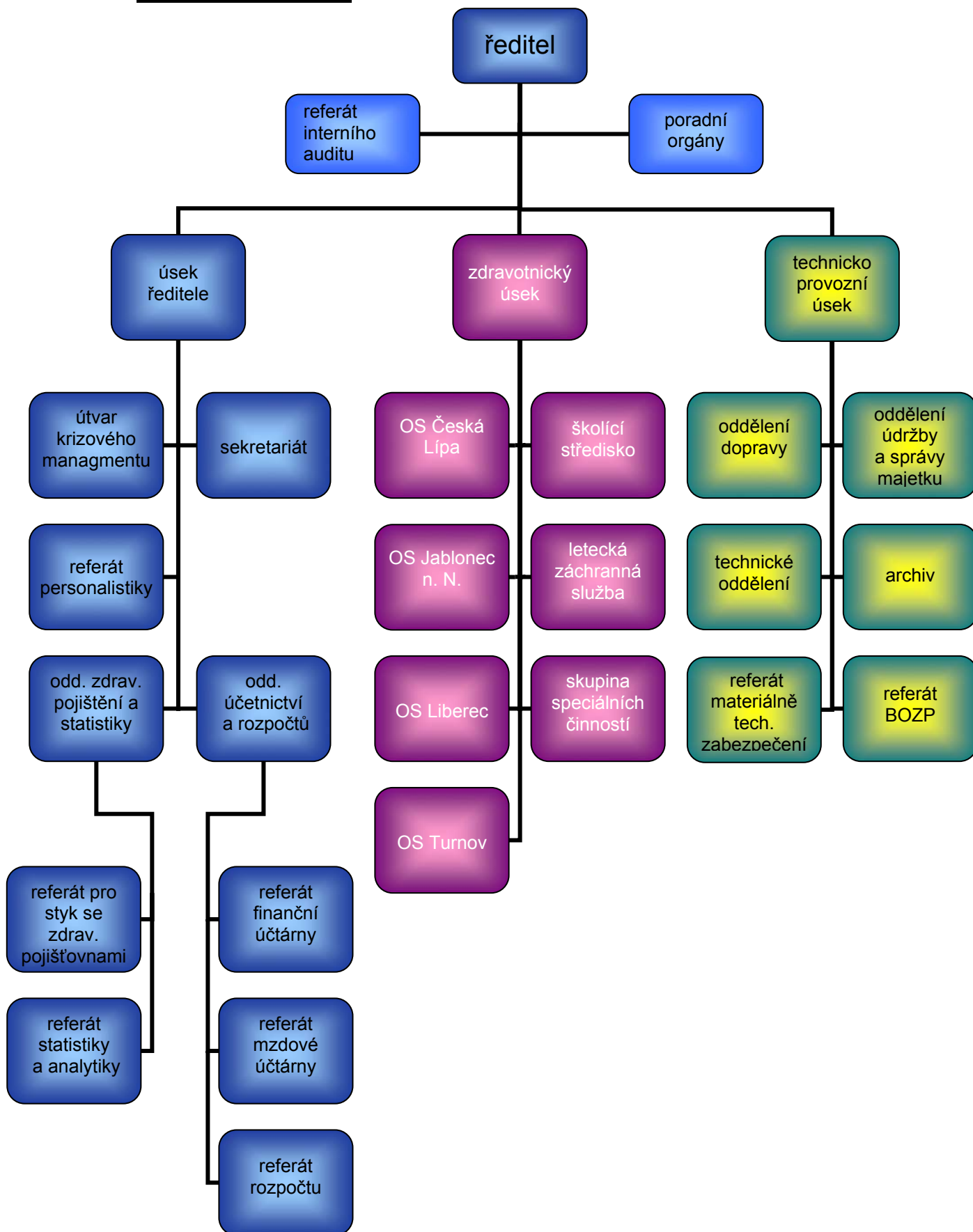
Vrchní sestra

Vedoucí lékař v **Turnově**

Vrchní sestra

## 6.1.2. Organizační struktura

Obr. 3 Organizační struktura



### 6.1.3. Poradní orgány ředitele

Čestná rada

Porada vedení

Inventarizační a škodní komise

Skartační komise

## 6.2. Profil organizace

a) V Libereckém kraji se až do podzimu roku 2003 nacházely celkem 3 ZZS, které byly nejednotně řízeny. V říjnu 2003 zastupitelstvo Libereckého kraje rozhodlo o sloučení těchto tří neziskových organizací: Územního střediska záchranné služby v Liberci (ÚSZS), Okresního střediska záchranné služby Česká Lípa (OSZS) a Zdravotnické záchranné služby okresů Semily se sídlem v Turnově, která zajišťovala provoz i pro okres Jablonec nad Nisou a vytvoření jediné organizace. K 1. 10. 2003 vznikla Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje (ZZS LK), která zachovávala čtyři operační střediska v jednotlivých oblastech kraje a to v České Lípě, Jablonci nad Nisou, Liberci a Turnově.

b) ZZS Libereckého kraje postavila svou činnost na bývalých okresních zdravotnických službách jako výkonné složce. Od počátku ledna 2007 je v provozu centrální krajské operační středisko, které je jediným dispečerským pracovištěm v kraji.

### Operační středisko Česká Lípa:

Jedná se v podstatě o pozůstatek Zdravotnické záchranné služby Česká Lípa, který je dnes přetransformován a začleněn do sítě ZZS LK. Operační středisko Česká Lípa zajišťuje výjezdová stanoviště v České Lípě, Doksech a v Jablonné v Podještědí. K 31.12. 2005 zde pracovalo 5 kmenových lékařů s atestacemi I.st. v základních oborech, 8 dispečerek, 21 sester, 26 řidičů z toho 13 s kvalifikací řidiče RLP, 3 RZP. Spádovou nemocnicí pro tuto záchrannou službu je Nemocnice Česká Lípa



### **Operační středisko Jablonec nad Nisou:**

Záchranná služba v Jablonci n.N. byla součástí nemocnice Jablonec n.N. až do prosince roku 2002, kdy se tato nemocnice stala nemocnicí městskou a záchranná služba musela být převedena pod kraj. Od ledna r.2003 bylo oddělení záchranné služby nemocnice Jablonec n.N. spolu se všemi LSPP (dospělá, dětská, zubní) delimitována pod Zdravotnickou záchrannou službu okresu Semily se sídlem v Turnově. Po sloučení a vytvoření ZZS LK zde zůstalo operační středisko, které má dodnes sídlo v pronajatých prostorách areálu nemocnice Jablonec n. N. Operační středisko Jablonec nad Nisou zajišťuje výjezdová stanoviště v Jablonci n. N. a Tanvaldu. V současnosti je v hlavním pracovním poměru 5 lékařů a 17 externích lékařů. V profesi zdravotnický záchranář do této doby pracuje v hlavním pracovním poměru 24 zaměstnanců a v profesi řidič 21 zaměstnanců. Na operačním středisku v Jablonci nad Nisou zajišťují provoz 2 vozy Rychlé zdravotnické pomoci a 1 vůz Doktor. Na výjezdovém stanovišti Tanvald je 1 vůz Doktor, který pracuje i v součinnosti s posádkou Rychlé zdravotnické pomoci z Rokytnice nad Jizerou, a tím zajišťuje oblast Harrachova. Spádovou nemocnicí pro tuto záchrannou službu je Nemocnice Jablonec nad Nisou.

### **Operační středisko Liberec:**

Operační středisko Liberec je pozůstatkem Územního střediska záchranné služby Liberec, které se zároveň stalo centrálním stanovištěm pro řízení celé ZZS LK . Operační středisko Liberec zajišťuje výjezdová stanoviště v Liberci, Frýdlantu v Čechách, Hrádku nad Nisou a v Českém Dubu. K operačnímu středisku Liberec patří také stanoviště letecké záchranné služby. Personální zajištění operačního střediska Liberec je zajištěno 4 lékaři v hlavním pracovním poměru, 23 lékařů vypomáhá na základě uzavřených dohod mimo pracovní poměr. Na obsazení služeb Letecké zdravotnické záchranné služby se podílejí vybraní lékaři ostatních operačních středisek. Stanoviště Frýdlant v Čechách je na základě smluvního vztahu zajišťováno lékaři z Nemocnice Frýdlant s. r. o. K 31.12.2005 při operačním středisku pracovalo 33 zdravotnických záchranářů a 39 řidičů zdravotnické záchranné služby (z toho 23 v Liberci, 8 ve Frýdlantu v Čechách, 4 v Hrádku nad Nisou, 4 v Českém Dubu). Pod operačním střediskem Liberec pokračuje provoz Lékařské služby první pomoci v Hrádku nad Nisou a v Českém Dubu. Služby zajišťují praktičtí lékaři a sestry na základě dohod o

mimopracovním poměru, popřípadě i vlastní zaměstnanci. Spádovou nemocnicí pro tuto záchrannou službu je Nemocnice Liberec.

### **Operační středisko Turnov:**

Operační středisko Turnov provozuje výjezdová stanoviště v Turnově, Semilech, Jilemnici a Rokytnici nad Jizerou . Provoz operačního střediska Turnov, které disponuje jedním vozem DOKTOR značky Škoda Octavia 4×4, 2× vozem Rychlé zdravotnické pomoci. Provoz operačního střediska zajišťuje 14 řidičů zdravotnické záchranné služby, 10 zdravotnických záchranářů, 4 lékaři v hlavním pracovním poměru a 5 lékařů na základě dohod v mimopracovním poměru. Výjezdová skupina sídlí v samostatné budově v pronájmu v areálu Městské nemocnice Turnov.

**Výjezdové stanoviště Semily** sídlí v prostorách areálu Nemocnice s poliklinikou Semily. Provoz zajišťovaly vozy Doktor Škoda Octavia 4×4 a Rychlé zdravotnické pomoci. Vozy obsluhuje 8 řidičů, 4 zdravotničtí záchranáři. Vzhledem k trvalému nedostatku kmenových lékařů je část lékařských služeb zajišťována na základě smluvního vztahu s Nemocnicí s poliklinikou Semily.

**Výjezdové stanoviště Jilemnice** je dislokováno do pronajatých prostor Masarykovy městské nemocnice Jilemnice. Provoz zabezpečovaly vozy Doktor Škoda Octavia 4×4 a Rychlé zdravotnické pomoci. Na tomto stanovišti pracovali 4 lékaři v hlavním pracovním poměru, 5 zdravotnických záchranářů a 8 řidičů zdravotnické záchranné služby. Pro pokrytí lékařského provozu společně s výjezdovým stanovištěm Semily vypomáhá dalších 9 lékařů na základě uzavřených dohod v mimopracovním poměru.

**Výjezdové stanoviště Rokytnice nad Jizerou** je stanovištěm Rychlé zdravotnické pomoci a je umístěna v samostatném objektu v Domově důchodců v Dolní Rokytnici. Úzce spolupracuje s posádkou Doktor výjezdového stanoviště v Jilemnici a v Tanvaldu. Tato výjezdová skupina je klíčovou zejména pro zajištění přednemocniční péče pro oblast Krkonoš a Jizerských hor v době zimních lyžařských úrazů ve spolupráci a Horskou službou.

Stručný přehled stanovišť k 1.12.2006. Tento počet je již konečný, neboť je efektivní a plně zabezpečuje podmínku dojezdu do 15 min. po Libereckém kraji.<sup>8</sup>

**Tab. 6** Přehled výjezdových stanovišť k 1.12. 2006

Operační střediska	Stanoviště výjezdových skupin
Česká Lípa	- Česká Lípa - Doksy - Jablonné v Podještědí
Jablonec nad Nisou	- Jablonec nad Nisou - Tanvald
Liberec	- Liberec město - Liberec letiště - Hrádek nad Nisou - Český Dub - Frýdlant v Čechách
Turnov	- Turnov - Semily - Rokytnice nad Jizerou - Jilemnice
<b>Celkem: 4</b>	<b>Celkem: 14</b>

c) **Tab. 7** Počet zaměstnanců podle pracovního zařazení ( stav k 31.12.2005)

Legenda	Vedení	LSPP	OS Liberec	OS Česká Lípa	OS Jablonec n. N.	OS Turnov	Celkem
<b>Lékaři</b>	×	2	4	5	5	7	23
<b>Záchranáři</b>	1	×	40	29	24	31	125
<b>Řidiči ZZS</b>	×	×	39	26	21	34	120
<b>TH zaměst.</b>	17	×	×	×	×	×	17
<b>Dělníci (uklízeči)</b>	3	1	1	1	1	2	9
<b>Celkem</b>	21	3	84	61	51	74	294

Pozn.: LSPP- lékařská služba první pomoci, TH -Hosp.-technické provozy, OS – operační středisko

<sup>8</sup> Výroční zpráva ZZS Libereckého kraje 2005

Celkový počet zaměstnanců činil k 31.12.2005 **294** (viz tabulka nahoře). K tomuto stavu zaměstnanců bylo ke konci roku evidováno **107** dohod o pracovní činnosti uzavřených hlavně s lékaři pro vykrytí harmonogramu služeb výjezdových skupin. Tato forma uzavírání mimopracovních poměrů byla zavedena z důvodu nedostatku lékařů a využívá tak ochoty lékařů z nemocnic odsloužit směny pro zdravotnickou záchrannou službu ve svém volném čase.

Organizace zajišťuje svými silami a zaměstnanci vedení účetnictví, mzdovou a personální agendu, archiv, nákupy a investice, provoz a údržbu objektů a technologických zařízení (zdravotnická technika, radiokomunikace, výpočetní technika, běžná údržba vozidel, úklid). Vedení účetnictví a daňová přiznání jsou ověřována externím auditorem.

d) Činnost organizace je hrazena ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Protože organizace nemá prakticky žádnou možnost plánovat svou činnost a její objem je závislý pouze na výzvách občanů prostřednictvím telefonní linky 155 a dnes již také 112, tvoří velkou část pracovní doby zaměstnanců čekání na práci. Proto je podstatná část nákladů organizace hrazena provozní dotací zřizovatele na základě schváleného rozpočtu pro daný rok. Investiční fond je tvořen převážně z investičních dotací Libereckého kraje. Další příjem tvoří dotace Ministerstva zdravotnictví v rámci programového financování. Viz. tabulka

**Tab. 8** Přehled dotací a zúčtovaných příspěvků v r. 2005

Typ dotace	Věcný obsah	Náklady
<b>Provozní dotace</b> ( z rozpočtu kraje)	provozní výdaje organizace	122.300.000,- Kč
<b>Dotace MZČR – ISPROFIN</b> (Informační systém programového financování)	2× sanita pro VS ZZS s vybavením	3.000.000,- Kč
<b>Investiční dotace</b> ( z rozpočtu kraje)	zdravotnická technika	915.000,- Kč
	heliport Frýdlant	500.000,- Kč
	úprava půdy Klostermannova	1.004.000,- Kč
	3× sanita pro VS ZZS s vybavením	5.724.000,- Kč
	defibrilátor Lifepak 12 pro vrtulník EC –135	495.000,- Kč
	4× dobíjecí a rekondiční stanice Lifepak	24.000,- Kč

e) **Tab. 9** Stručná ekonomická data pro rok 2005 (stav k 1. lednu 2006):

<b>náklady celkem (tis. Kč)</b>	<b>175 126</b>	<b>výnosy celkem (tis. Kč)</b>	<b>172 782</b>
spotřeba materiálu	13 320	tržby z prodeje služeb	<b>49 150</b>
opravy udržování, cestovné	5 107	jiné výnosy	<b>1 245</b>
ostatní služby, spotřeba energie	15 795	tržby z prodeje DHM a DNM	<b>87</b>
osobní náklady	(76%) 133 129	Příspěvky a dotace na provoz	<b>122 300</b>
jiné ostatní náklady (+ pokuty, penále, kursové ztráty, manka a škody)	3 925		
Daně a poplatky	18		
odpisy DHM a DNM	3 832		

<b>aktiva celkem (tis. Kč)</b>	<b>129 570</b>	<b>pasiva celkem (tis. Kč)</b>	<b>129 570</b>
stálá aktiva	101 053	Vlastní zdroje krytí stál.a oběž. aktiv celkem	113 488
oběžná aktiva	28 516	cizí zdroje	16 081

### 6.3. Charakteristika činností organizace

Organizace poskytuje zdravotnické služby (Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v pozdějším znění) definované Vyhláškou MZd. ČR 434/1992 Sb. a dále služby, vymezené ve zřizovací listině, tedy provozování dopravy raněných, nemocných a rodiček a zabezpečování „Lékařské služby první pomoci“. Jako vedlejší činnost zabezpečuje nejrůznější kulturní, sportovní a společenské akce se zdravotnickým dozorem, pod názvem zdravotnická asistence. Dále provozuje vlastní školicí středisko akreditované ministerstvem zdravotnictví. Svou hlavní činnost provozuje na území libereckého kraje – takzvanou primární přednemocniční neodkladnou péči, tedy specializovanou zdravotnickou pomoc o pacienty postižené doma nebo v terénu. Dříve okresní ZZS zabezpečovaly také sekundární nebo-li doplňkovou činnost, která zabezpečovala transporty raněných, nemocných a rodiček (dále jen DRNR) mezi zdravotnickými zařízeními v okrese i mimo něj, na základě objednávek privátních lékařů a lékařů z nemocnic. Vždy se jednalo o situaci, kdy nebyla potřeba přítomnost lékaře ve vozidle. S pacientem cestoval pouze řidič sanitního vozidla. Již od počátku organizování výjezdových skupin DRNR a péče o technické prostředky (sanitní vozidla) byla organizačně velmi náročná a přitom pro organizaci neefektivní, proto byla tato činnost přesunuta mimo ZZS. Krajský úřad Libereckého kraje za pomoci veřejné soutěže vybral nového provozovatele této služby. Transporty pacientů v režimu DRNR jsou zajišťovány velkým spektrem firem a organizací na základě smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Např. od 1. 1. 2004 se novým poskytovatelem DRNR staly Technické služby Hrádek nad Nisou, které zajišťují dopravu v Liberci a okolí Hradecka.

Činnost ZZS LK zabezpečuje organizace převážně svými zaměstnanci. Výjimku tvoří lékaři z krajské nemocnice a několik soukromých lékařů, kteří pomáhají zabezpečit obsazení posádek rychlé lékařské pomoci v nočních službách a ve dnech pracovního volna formou dohody o pracovní činnosti. Slouží se ve 12ti hodinových směnách v nepřetržitém režimu.

## 6. Model poskytování PNP v Libereckém kraji

Jedním ze strategických směrů poskytování přednemocniční péče v Libereckém kraji byla úvaha o zavedení systému rendez-vous jako pilíře ZZS LK. Od roku 2003 byla postupně zaváděna tato nová koncepce, která čerpá z výhod obou systémů angloamerického a frankogermánského.

### 7.1. Poskytování PNP v zahraničí

Ve vyspělém světě existují v zásadě dva modely poskytování přednemocniční neodkladné zdravotnická péče:

- **Angloamerický systém** je založen na péči **paramediků**, kdy po zajištění základních životních funkcí jsou nemocní dopraveni na EMERGENCY CENTER (urgentní příjem) spádové nemocnice, kde se pacient poprvé setká s lékařem. Paramedici se ve své práci řídí předem určenými a schválenými postupy, případně mají možnost konzultací s lékařem na dispečinku. Tito paramedici jsou buď zdravotníci, nebo jsou příslušníky policie nebo hasičských sborů a jsou školení ve speciálních kurzech. Tento model se vyvinul z aktivity především nezdravotníků – záchranářů (hasičů). Systém paramediků je ekonomicky výhodný, umožňuje vysokou míru úzké zdravotnické specializace a ve většině případů je i z našeho pohledu efektivnější než přítomnost specializované zdravotnické posádky s lékařem na místě zásahu. Tento model v „čisté podobě“ je však zatím v ČR nepoužitelný a to hlavně z důvodu legislativního vakuu (zákonem nedefinovanými kompetencemi záchranářů-nelékařů). Jeho užívání by bylo problematické zřejmě i z důvodu tradic.
- **Frankogermánský systém** je model, který byl dosud základem i naší medicínské doktríny a který je založen především na přítomnosti **lékařů** ve výjezdových skupinách. Tento systém se začal v Evropě vyvíjet v šedesátých letech 20. století především z aktivity specializovaných lékařů nemocnic (zejména ARO) a některých praktických lékařů a to v souvislosti s prudkým rozvojem zdravotnických

technologií, které stále více začaly umožňovat poskytování intenzivní medicínské péče i v terénu.

Trendy vývoje tohoto modelu však dosud prakticky vůbec nereflektovaly epidemiologické údaje, tedy strukturu pacientů v terénu a závažnost jejich postižení. Lékařské posádky pak vyjížděly a vyjíždějí ke všemu, neboť „co kdyby (bylo třeba lékaře)“! Tento systém je náročný především personálně a tím i finančně. Personálně v tom, že je nedostatek lékařů, kteří jsou ochotni a schopni tuto práci vykonávat a finančně v tom, že práce lékaře je drahá. Nutno zdůraznit, že Česká republika patří mezi první státy ve světě, která započala se speciální přípravou lékařů pro tuto práci a zavedla atestaci z urgentní medicíny. Také naši „paramedici“ nejsou pouhými absolventy kursů, ale jsou absolventy středních zdravotnických škol s nástavbovým vzděláním (další specializací). Také řidiči ZZS musí absolvovat náročná školení a kurzy.

## **7. 2. Systém rendez-vous**

Snaha přisunout lékaře na místo zásahu v co nejkratším čase a pokud možno na co největším území, je možné v klasické posádce RLP nebo v systému rendez-vous (dále již RV). Klasická posádka RLP ( lékař, záchranář nebo sestra a řidič) používá pro svou činnost sanitní vůz. Po celou dobu zásahu je lékař vázán na toto vozidlo. Využití systému RV (lékař a řidič) spočívá v použití rychlého a vybaveného (podle vyhlášky MZ ČR č.51/1995 Sb.) zásahového osobního nebo terénního vozidla, které dojezdem pokryje větší území, tedy jeden lékař „slouží“ pro více stanovišť, ale na druhou stranu neumožňuje transport pacienta v leže na nosítkách. Princip systému RV je setkání dvou posádek ( lékařské a zdravotnické) na místě zásahu. Posádka, která dosáhne místa zásahu jako první, zahajuje činnosti podle svých kompetencí. Druhá posádka se přidá po příjezdu na místo, následuje společná činnost na místě a příprava pacienta k transportu. Není rozhodující která posádka dosahuje místa zásahu jako první. Posádka RZP, která je vyslána na místo zásahu samostatně, si může podle situace na místě vyžádat příjezd posádky lékařské. Posádka RV, která je vyslána na místo zásahu samostatně, může posádku zdravotnickou odvolat v případě, že transport není nutný.

Pacient není transportován v těchto případech:



- pacient je předán jiné skupině nebo dopravnímu prostředku (např.LZS)
- pacient je po ošetření ponechán na místě a předán policii
- po vyšetření a ošetření není nutný další transport do zdravotnického zařízení
- úmrtí ohledání
- pacient nenalezen, zneužití

Posádky vyslané k zásahu na základě tísňové výzvy ZOS ZZS mohou být, před dosažením místa zásahu, ZOP přeměrovány k jinému zásahu, nebo jedna z nich, v případě, že indikace dalšího výjezdu je naléhavější. Původní zásah vyřeší ZOS jiným způsobem. Během transportu pacienta, nemůže být tato výjezdová skupina aktivována k dalšímu zásahu na základě jiné tísňové výzvy. Posádka může být vyslána k dalšímu zásahu v momentě po předání pacienta do zdravotnického zařízení a před návratem na základnu.

#### ***Výhody systému RV:***

Ekonomicky levnější nákup vozidla, nižší mzdové náklady ( o SZP), rychlejší přísunutí lékaře na místo zásahu, větší obslužné teritorium. Na druhé straně úspora mzdových nákladů na místo lékaře v posádce RLP, zkvalitnění erudice sloužících lékařů. Je ale nutné vycházet z počtů středních zdravotnických pracovníků splňující kvalifikaci pro službu v posádce RZP . Nutností pro zavedení systému RV bylo zajistit jejich dostatečný počet, čemuž se ZZS LK rychle přizpůsobila. Systém RV je vhodný jak v hustě osídlených aglomeracích s větším počtem výjezdových stanovišť a dostatečným počtem zdravotnických posádek, je však nutností v lokalitách s nedostatečným počtem lékařů - lékařských posádek.

#### ***Specifikace Rendez-vous automobilů***

Pro zajímavost uvádím standardní vybavení vozidla pro systém rendez-vous v ZZS LK, který odpovídá vyhlášce MZ ČR č.51/1995 Sb. Je doplněn o některé technické prostředky.

Specifikace: - standard vozu RV pro ZZS LK

Automobil: - pohon 4x4, benzínový motor

- pro posádku ochranné automobilové přilby
- ochranný kryt spodku vozu

Pomůcky: - reanimační  
- vyprošťovací a fixační  
- léky  
- hasící prostředky  
- spojovací technika

*Reanimační pomůcky:* - defibrilátor: bifazická defibrilace, 12 svod EKG s přenosem dat,  
oxymetrie ,NIBP  
- ventilátor: základní , inkubační souprava + ET rourky atd.  
- odsávačky: laerdal

*Vyprošťovací a fixační pomůcky:* - scoop rám  
- souprava Kendrick  
- C límce  
- vakuová matrace  
- sada podtlakových dlah  
- protišokové kalhoty MAST

*Léky a infuzní roztoky:* - podle pravidel ZZS LK ( pozitivní lékový list) umístěné v kufru  
WEIMANN II.

*Základní pěnové a sněhové hasící přístroje:* - 5kg , Pyrocool spray, kevlarové rukavice,  
vyprošťovací sekera

*Spojení na zdravotnické frekvenci:* - Matra systém, mobilní telefon

### **7.2.1. Ekonomický pohled na systému rendez-vous**

Při zachování dojezdového času lze zajistit pomocí systému RV ekonomičtějšího provozu i přes počáteční investici nákupu vozů. Následující tabulky přiblíží pohled na ekonomickou stránku věci.

**Tab. 10** Porovnání nákladů na pořízení vozu RLP (RZP) a vozu RV.

<b>Vozidlo</b>	<b>RLP( RZP)</b>	<b>RV</b>
<b>Cena vozidla</b>	1 000 000	600 000
<b>Přístroje</b>	1 200 000	1 000 000
<b>Přestavba</b>	400 000	200 000
<b>Cena celkem</b>	2 600 000	1 800 000
<b>Rozdíl</b>		- 800 000

Z uvedených údajů je patrné, že ekonomické náklady na pořízení vozidla RV jsou nižší.

**Tab. 11** Mzdové náklady na provoz jednotlivých pozemních skupin ZZS LK  
(stav k 1. lednu 2006)

<b>Typ skupiny</b>	<b>RLP</b>	<b>RZP</b>	<b>RV</b>
<b>lékař</b>	1 300 000	-----	1 300 000
<b>sestra</b>	1 100 000	1 100 000	-----
<b>řidič</b>	900 000	900 000	900 000
<b>celkem</b>	3 300 000	2 000 000	2 200 000

Při kalkulaci nákladů na lékaře je započtena hrubá mzda, odvody sociálního pojištění a zdravotního pojištění, služby 365 dní v roce. U sester a řidičů je kalkulováno s 4,5 pracovníkem na 1 místo v nepřetržitém provozu, též včetně odvodů sociálního a zdravotního pojištění.<sup>9</sup>

### **7. 3. Liberecká koncepce poskytování PNP**

Vzhledem k neustále se zvyšujícímu počtu zásahů bylo nutné zvýšit počet výjezdových skupin. V tradičním pojetí poskytování PNP by to znamenalo vytváření nových výjezdových skupin v režimu RLP. Jelikož ZZS LK disponuje omezenými finančními, provozními i investičními prostředky a výjezdová skupina RLP je personálně i ekonomicky velice nákladná, bylo

---

<sup>9</sup> MUDr. J. Popelka: Přerod záchranných služeb v Libereckém kraji, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2004

jediným možným řešením skloubit práci posádek s lékařem a RZP. Dalším důvodem pro zavedení nové koncepce výjezdových skupin je také nedostatek erudovaných lékařů. Skutečností je, že evropské i naše statistiky uvádějí, že v průměru až u 80% zásahů v terénu není třeba přítomnosti lékaře a pro poskytnutí pomoci stačí zkušený – SZP záchranář. ZZS LK disponuje v dostatečném počtu kvalifikovanými a velmi zkušenými SZP – záchranáři. Z těchto důvodů došel zřizovatel k rozhodnutí zrušit výjezdové skupiny RLP obligatorně sestavené již na výjezdových stanovištích a tuto posádku rozdělit na dvě výjezdové skupiny. Výjezdovou skupinu pouze s lékařem a řidičem-záchranářem (D) a výjezdovou skupinu SZP-záchranář a řidič-záchranář (RZP). To by mělo vést k tomu, že by záchranná služba zabezpečovala své povinnosti následujícími výjezdovými skupinami:<sup>10</sup>

- **Skupina lékařská (D)** – „DOKTOR“ (lékař a řidič – záchranář).
- **Skupina RZP** – rychlá zdravotnická pomoc (SZP-záchranář a řidič- záchranář).
- **Skupina LZS** – letecká záchranná služba (lékař, SZP-záchranář a pilot).
- **Skupina RLP** – rychlá lékařská pomoc (lékař, SZP-záchranář a řidič-záchranář, v našem pojetí skupina, tvořená dle potřeby až na místě zásahu).

*Pozn.: Lékaři se převedli do směnného provozu (12 hodin ve směně na místo původních 8 hodin), je to organizačně jednodušší a ekonomicky výhodnější stav.*

V tomto novém systému jsou výjezdové skupiny vysílány k těmto typům zásahů:

- **Samostatný výjezd RZP** – drobné úrazy a méně závažné stavy a transport nemocných do nemocnice.
- **Samostatný výjezd vozidla DOKTOR** – u onemocnění, kde se předpokládá, že lékař stav vyřeší na místě (akutní zhoršení chronických stavů u známých pacientů a onemocnění, která dříve řešila LSPP).
- **Společný výjezd RZP a DOKTOR** – u případů, kdy jsou ohroženy základní životní funkce a zároveň bude velmi pravděpodobně nutný transport pacienta do nemocnice.

---

<sup>10</sup> <http://www.ZZSLK.cz>

- **RZP si volá lékaře** – buď žádá telefonickou konzultaci, nebo účast lékaře na místě. Telefonické konzultace jsou běžné v systému PNP v USA, kdy lékař řídí paramedické skupiny i na vzdálenost 100 km.
- **DOKTOR si volá RZP** – potřebuje zajistit transport pacienta do zdravotnického zařízení (v režimu RZP nebo režimu RLP).
- **RZP dopravuje pacienta** do specializovaného centra – **lékaři zajišťují dohled po etapách**. Při etapové dopravě nemocného jede pacient ve voze RZP a lékař jej doprovází vždy na hranici působnosti své výjezdové skupiny.
- *(příklad: Pacient s akutním infarktem myokardu v Doksech. Je ošetřen RZP Doksy a lékařem Česká Lípa. Pokud podmínky dovolují je transport nemocného dále zajištěn LZS. Pokud není LZS k dispozici, pak lékař z České Lípy doprovází pacienta do Mimoně, kde jej převezme lékař z Jablonného v P. a ten jej u Zámečku předá lékaři z Liberce, který nemocného přiveze na kardiocentrum. Kdyby lékař z České Lípy jel až do Liberce, je rajon České Lípy 2 hodiny bez lékaře. Při tomto systému je lékař vázán na dotyčného pacienta v každém rajonu maximálně 15 minut).*

**Zavedení systému dvou samostatných výjezdových skupin** (lékařského vozidla typu „DOKTOR“ a RZP) do přednemocniční neodkladné péče ovlivňuje „kvalitu i kvantitu“ služby.

- Kvalitu v tom, že zvyšuje akceschopnost lékařů, jeden lékař je schopen zasahovat s více posádkami. Po ošetření pacienta jej může buď ponechat na místě, a nebo ponechat k přepravě vozidlu rychlé zdravotnické pomoci a sám je k dispozici pro další zásah.
- Kvantita je v tom, že rozdělením původních posádek rychlé lékařské pomoci na rychlou zdravotnickou pomoc a vozidlo s lékařem dochází ke zdvojnásobení počtu původních posádek RLP při minimálních personálních nárocích - na každé lékařské vozidlo je zapotřebí navíc zaměstnat pouze jednoho řidiče – záchranáře.

Zároveň bylo nutné vypracovat i **nový způsob rozhodování na dispečerských pracovištích** všech operačních středisek tak, aby byla k zásahu vyslána vždy správná výjezdová skupina (skupiny). Z toho důvodu bylo nutné vypracovat základní pravidla rozhodovacích mechanismů, a pravidelným vyhodnocováním výzev a reakcí dispečerek toto rozhodování optimalizovat. Nikoli zanedbatelný faktorem bylo i to, že zavedení lékařských posádek „DOKTOR“ zvýšilo počet použitelných posádek na dvojnásobek původních RLP též **v případě hromadného neštěstí.**

- Vozidlo „DOKTOR“ bude na místě hromadného neštěstí (HN) první a lékař ihned organizuje a řídí činnost dalších přivolaných výjezdových skupin na místě HN do doby příjezdu nadřazeného lékaře dle traumatologického plánu,
- de facto se na místo dostává další „mobilní“ posádka,
- vozidlo „DOKTOR“ s sebou přiváží další technické prostředky, léky a materiál.

Transformace výjezdových skupin v Libereckém kraji byla dle nové koncepce dokončena koncem roku 2005. Dosavadní zkušenosti a podrobnější statistická data zcela jednoznačně prokazují výhodu nového systému viz. tabulka, který směřuje především k prospěchu nemocného, i když klade vyšší nároky na zaměstnance zdravotnické záchranné služby a má samozřejmě i dopad na hospodaření organizace. Dopad této transformace je převážně pozitivní, přináší sebou nižší mzdové náklady ( o SZP), rychlejší přísunutí lékaře na místo zásahu, větší obslužné teritorium. Dále sebou přináší dosti výraznou úsporu mzdových nákladů na místo lékaře, kterých je v tomto systému zapotřebí méně. Erudovaných lékařů je v tomto oboru poměrně nedostatek a proto je také mnohdy složité pro ZZS zajistit jejich dostatečný počet.

Dle tabulky můžeme vidět postupný úbytek v nákladech na výjezdovou skupinu o proti roku 2003. Počet výjezdových skupin se při postupné transformaci na nový systém zvýšil o proti roku 2003 téměř o dvojnásobek, ale celkové náklady vzrostli o proti roku 2003 s 14 výjezdovými skupinami pouze o 22%, kde navíc hraje významnou roli 71%-tní nárůst výjezdů.

**Tab. 12 ZZS LK – Ukazatelé činnosti organizace pro období 2003 až 2005**

Ukazatelé za období	2003	2004	2005
počet výjezdových skupin	14	23	30
počet výjezdů	26 690	34 936	45 600
náklady celkem	142 193 000	169 575 000	173 500 000
náklady na výjezdovou skupinu	10 156 643	8 925 000	5 783 333
náklady jeden výjezd	6 100	4 500	3 805
osobní náklady na jeden výjezd	3 600	3 200	2 800
výnosy z vlastní činnosti	39 643 000	45 209 000	54 442 000
provozní dotace	93 092 000	108 437 000	122 800 000
výnosy na jeden výjezd	6 800	4 400	3 887
provozní dotace na jeden výjezd	3 488	3 104	2 693
výnosy z vlastní činnosti na jeden výjezd	1 485	1 294	1 194
náklady na jeden bod	4,27	3,80	4,39
výnosy na jeden bod	2,47	3,60	4,49
výnosy z vlastní činnosti na jeden bod	1,04	1,34	1,67
vývoj nákladů na výjezdovou skupinu	1,00	0,88	0,57
vývoj nákladů na výjezd	1,00	0,74	0,62
vývoj výnosů na jeden výjezd	1,00	0,65	0,57
vývoj provozní dotace na výjezd	1,00	0,89	0,77

**RIZIKOVÉ VÝJEZDY – OS LIBEREC**

období	2002	2003	2004	2005
počet výjezdů	502	672	427	142

„Rizikový“ výjezd je výjezdem, při kterém kapacita výjezdových skupin je vyčerpána. Tento výjezd je řešen odvoláním posádky z předchozího výjezdu nebo rozdělením posádek „D“ a „RZP“ při společném výjezdu.<sup>11</sup>

### 7.3.1. Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin za rok 2004 a 2005

**Tab. 13** Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin

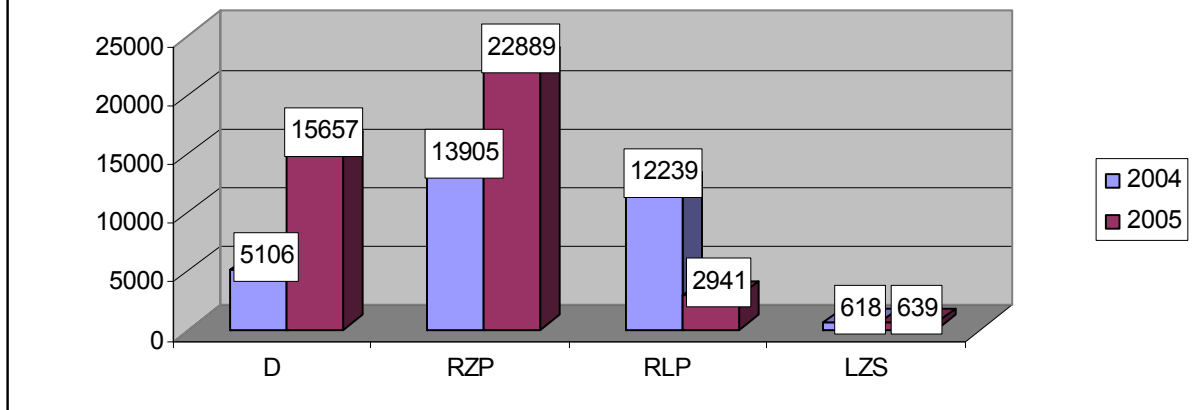
	D		RZP		RLP		LZS	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
<i>leden</i>	171	961	1019	1770	1457	500	30	59
<i>únor</i>	330	988	1046	1781	1176	579	27	33
<i>březen</i>	268	1048	1071	1694	1218	597	71	52
<i>duben</i>	307	1087	1039	1551	981	461	54	71
<i>květen</i>	478	1485	1213	1984	933	145	58	74
<i>červen</i>	515	1441	1223	1984	914	169	79	67
<i>červenec</i>	486	1574	1293	2100	1039	121	73	65
<i>srpen</i>	563	1481	1322	2200	986	91	80	60
<i>září</i>	443	1426	1110	1875	910	75	56	61
<i>říjen</i>	442	1396	1141	1950	903	70	41	46
<i>listopad</i>	508	1267	1137	1811	776	57	29	18
<i>prosinec</i>	595	1503	1291	2189	946	76	20	33
<b>celkem</b>	<b>5106</b>	<b>15657</b>	<b>13905</b>	<b>22889</b>	<b>12239</b>	<b>2941</b>	<b>618</b>	<b>639</b>

**Graf 1** Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin

<sup>11</sup> Výroční zpráva ZZS Libereckého kraje 2005



### Srovnání výjezdů za rok 2004-2005



## 8. Budování sítě výjezdových stanovišť ZZS LK

Po zmapování činnosti ZZS v kraji, materiálního vybavení, personálních stavů, erudice personálu bylo možno začít uvažovat o optimálním rozmístění a složení výjezdových skupin tak, aby systém byl pružný a pro pacienta výhodný a zaručoval mu na území kraje poskytnutí stejně kvalitní péče. ZZS Libereckého kraje postavila svou činnost na bývalých okresních zdravotnických službách jako výkonné složce. Na okresních úrovních byla zrušena okresní ředitelství a ředitelství ZZS LK bylo zřízeno v Liberci. Na úrovni bývalých okresních zdravotnických služeb byla ponechána jistá míra samostatnosti (o její velikosti a rozsahu se vedly dlouhé diskuse avšak je patrné, že se neustále zmenšuje).

V roce 2003 byla krajskými politiky opakovaně vyjádřena potřeba zabezpečení dostupnosti přednemocniční neodkladné péče v souladu s Vyhláškou MZd ČR 434/1992 Sb.

Byly definovány tři oblasti s nedostatečným zabezpečením záchrannou službou a to okolí Hrádku nad Nisou, Českého Dubu. Byla vybudována nová stanoviště a to v Doksech, Jablonném v Podještědí (zrušeno bylo stanoviště ve Stráži pod Ralskem), Českém Dubu, Hrádku nad Nisou a Rokytnici na Jizerou.

Z důvodu enormního meziročního nárůstu počtu výjezdů v Libereckém kraji (cca o 50%) byla bylo také nutné postupně posílit výjezdová stanoviště novými výjezdovými skupinami.

V roce 2004 byla vypracována statistická studie Všeobecné zdravotní pojišťovny ke zjištění důvodů tohoto stavu. Závěry z této studie hovoří o tom, že v minulých letech došlo k omezení dostupnosti lékařské péče praktických lékařů pro občany v regionu, a to především v mimopracovní době. Po pracovní době praktických lékařů tuto péči přebíraly ordinace LSPP, které zajišťovaly i návštěvní službu. V roce 2003 bylo zrušeno mnoho těchto ordinací, včetně návštěvní služby, některé z nich pak byly nahrazeny takzvanými ambulancemi akutní péče při nemocnicích, ty však nezajišťují návštěvy u nemocných doma.

Jediný systém, který je nepřetržitý a okamžitě dostupný je ZZS. I v zahraničí omezení péče praktických lékařů, ať časové, nebo díky zpoplatnění vedlo k vyššímu zatížení záchranných služeb. Dalším důvodem který vede k vyššímu zatížení záchranných služeb jsou sociální faktory jako např. stárnutí populace, což sebou přináší stále větší počet přežívajících občanů s vážnými chronickými nemocemi, rozmach automobilové dopravy, kdy se množí dopravní úrazy, dále turistický ruch s možností sportovního vyžití, což vede k větší incidenci

sportovních úrazů, to se týká právě Libereckého kraje. Dochází k velkým sezónním výkyvům v počtu onemocnění a úrazů a potřeby adaptace zdravotnických zařízení na tento fakt.

**Tab. 14** Vývoj výjezdových stanovišť + výjezdových skupin od roku 2000 do roku 2006

rok	2000		2004		2005+2006	
OS	STANOVIŠTĚ	VÝJ. SKUPINA	STANOVIŠTĚ	VÝJ. SKUPINA	STANOVIŠTĚ	VÝJ. SKUPINA
Česká Lípa	Česká Lípa	RLP, RZP	Česká Lípa	D, 2x RZP	Česká Lípa	D, 2x RZP
			Doksy	RZP	Doksy	RZP
	Stráž p/R.	RLP	Jablonné v/P.	D, RLP	Jablonné v/P.	D, RZP
Liberec	Liberec-centrum	2xRLP, 2xRZP	Liberec-centrum	RLP, 2xRZP	Liberec-centrum	D, 4xRZP
	Liberec - letiště	LZS	Liberec-letiště	D,LZS	Liberec-letiště	D, LZS
	Frýdlant v/Č.	RLP	Frýdlant v/Č.	RLP	Frýdlant v/Č.	D, RZP
			Hrádek n/N. (7.00 – 15.30)	RZP	Hrádek n/N.	RZP
			Český Dub	RZP	Český Dub	RZP
Jablonec	Jablonec n/N.	RLP	Jablonec n/N.	RLP, RZP	Jablonec n/N.	D, 2xRZP
	Tanvald	RLP	Tanvald	RLP	Tanvald	D, RZP
Turnov	Turnov	RLP	Turnov	D, 2x RZP	Turnov	D, 2xRZP
	Semily	RLP	Semily	RLP	Semily	D, RZP
	Jilemnice	RLP	Jilemnice	RLP	Jilemnice	D, RZP
			Rokytnice n/J.	RLP	Rokytnice n/J.	RZP
<b>Celkem počet</b>	<b>9</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>13</b>	<b>30</b>

## 9. Zřízení Krajského operačního střediska ZZS LK

Ještě nedávno byla volání na tísňovou linku 155 přepojována na dispečerská pracoviště jednotlivých operačních středisek Zdravotnické záchranné služby Libereckého kraje - Liberec, Česká Lípa, Jablonec nad Nisou a Turnov podle spádu. Nevýhodou tohoto systému byla časová prodleva při přepojování tísňové výzvy, chybějící koordinace výjezdů posádek záchranné služby a nejednotný standard vysílání posádek na jednotlivých operačních střediscích Záchranné služby Libereckého kraje. Jinými slovy jednotlivá operační střediska mohla sledovat pouze své výjezdové skupiny a nemohla sledovat pohyb výjezdové skupiny ostatních operačních středisek, což mělo za následek, že některé výjezdové skupiny se pohybovaly blíže místu neštěstí, ale operační středisko, které dostalo výzvu o nich nevědělo a poslalo na místo jinou výjezdovou skupinu, která to měla k místu neštěstí podstatně dále.

Tento problém spočíval především v rozdílné technická vybavenost a s tím související inkompatibility telefonních ústředen, jednotlivých operačních středisek. Každé z nich využívalo služeb telefonní ústředny jiného výrobce ( Tenovis, Siemens, Panasonic) a některá nahrávací zařízení byla již za hranicí své životnosti. Z tohoto důvodu bylo od 1.ledna 2007 vytvořeno Krajské operační středisko, které je jediným dispečerským pracovištěm v Libereckém kraji. Do té doby funkční dispečerská pracoviště začátkem ledna 2007 zanikla s výjimkou operačního střediska v Turnově, které se zapečetilo má sloužit jako záložní a být tak součástí havarijního plánu organizace.Úkolem Krajského operačního střediska bude:

- přijímat a odbavovat tísňové výzvy z linek 155 z území celého kraje a řídit činnost jejich výjezdových skupin
- přijímat a odbavovat tísňové linky 112,
- přijímat a odbavovat tísňová volání Horské služby a ostatních složek integrovaného záchranného systému,
- koordinátorem činnosti výjezdových skupin při zajišťování akutních a plánovaných sekundárních transportů,

- v případě vzniku hromadného neštěstí nebo katastrofy přebírat řízení likvidace následků neštěstí a dále se řídit Traumatologickým plánem,
- Krajské operační středisko bude disponovat vrtulníkem letecké záchranné služby a skupinou speciálních činností.

Krajské operační středisko je umístěno v prostorách stávajícího dispečerského pracoviště v Liberci na Husově ulici. Jeho provoz je nepřetržitý, pro jeho fungování byl zvolen jednostupňový model přebírání tísňové výzvy. Dispečer, který přijme tísňovou výzvu, ji sám vyhodnotí a vyšle nejbližší vhodnou výjezdovou skupinu. Tento jednostupňový model přebírání tísňové výzvy má následující výhody:

- nižší personální náročnost,
- týmová práce při řešení komplikací,
- možnost verbální výměny upřesňujících informací.

Dnem spuštění Krajského operačního střediska byl zrušen stávající okresní model rajonizace, výzva je předána nejbližší posádce požadovaného typu. Pracoviště Krajského operačního střediska je obsazeno v denní službě čtyřmi dispečery, v noční službě třemi dispečery. Na Krajském operačním středisku bude vybudováno pět totožných dispečerských stanovišť vybavených stejnou technologií a jedno pracoviště určené pro vedoucího tohoto pracoviště. Dispečerská pracoviště jsou vybavena následující technologií:

- telefonní přístroj s náhlavní soupravou, do které budou staženy vstupy i z radiové sítě,
- koncový terminál linky TCTV 112,
- PC s informačním systémem ZZSLK,
- systém sledování polohy vozidel,
- systém pro příjem datové věty z TCTV 112,
- mapový systém pro určení místa zásahu (mapový server),
- systém pro datovou komunikaci s výjezdovými vozidly,
- systém pro dálkové ovládání radiové sítě,
- základnový terminál systému Pegas-Matra.

Před zahájením činnosti Krajského operačního střediska bylo nutné do vybavit všechna záchranářská vozidla terminály pro sledování polohy vozidel prostřednictvím družicového navigačního systému (GPS). V současné době má Krajské operační středisko možnost sledovat pohyb všech výjezdových skupin, které řídí. Pro vytvoření Krajského operačního střediska bylo nezbytné pořízení značného množství přístrojových investic včetně investic na úpravu prostor v objektu. Také byla nutné vybrat a přeškolit stávající dispečerky na tzv. „krajské dispečerky“, které musely být připravovány pro novou náročnější práci.

Z manažerského hlediska se jednalo o náročnou investici, která musela být schválena a také financována zřizovatelem. Jedná se o investici která přinesla zkvalitnění a zefektivnění služeb a z dlouhodobého pohledu také úsporu nákladů, především mzdových.

V příloze naleznete průvodce novým zdravotnickým informačním systémem dispečerských pracovišť pro zpracování tísňové výzvy.

## 10. Závěr

Zdravotnictví v České republice je doposud velmi problematickou a diskutovanou oblastí. Vzhledem ke křížení ekonomických a etických cílů prochází vývojem pomalu a silně podléhá politickým vlivům. ZZS je oblastí, která v nedávné minulosti prošla změnami spojenými s přechodem ze správy Ministerstva zdravotnictví pod patronát Krajských úřadů. Je to oblast která neustále prochází změnami a úpravami, ale stále nad ní visí otazníky. Situace je zkomplikována především nedostatečnou právní úpravou a nejasným financováním.

Tato diplomová práce přibližuje podmínky, které panují v oblasti ZZS. Představuje základní činnosti fungování ZZS především po organizační stránce a poukazuje na problémy se kterými se musí potýkat. Práce popisuje souvislosti vztahů ZZS k ostatním složkám IZS a její uspořádání podle koncepce urgentní medicíny.

V této práci jsem se zaměřila na ZZS Libereckého kraje, kde jsem se snažila proniknout do principů fungování ZZS. Také jsem se snažila podrobně sledovat postupné kroky celkového přerodu ZZS LK a následně zhodnotit zda jsou tyto změny pro organizaci skutečným přínosem.

Spouštěcím motorem pro transformaci bylo převedení zdravotnické záchranné služby pod kraje v roce 2000. V té době byly v kraji tři samostatně fungující ZZS. V roce 2003 došlo k jejich sloučení, pod jednu organizaci. Tento krok byl motivován snahou o zabezpečení stejné úrovně PNP pro celý kraj a hlavně nepřehledností v činnosti jednotlivých operačních středisek a také chybějící transparentnost a efektivnost ve využívání provozních a investičních dotací zřizovatele. Tento krok musím zhodnotit jako vydařený, neboť došlo k odstranění všech výše zmíněných nedostatků.

Druhou částí transformace bylo rozšíření počtu výjezdových stanovišť dle vyhlášky a dále změna koncepce poskytování PNP. Tato koncepce byla reakcí na neustálý nedostatek erudovaných lékařů, zvyšující se počet výjezdů, a také zjištění že u většiny případů (až u 80%) je schopen kvalitně ošetřit a případně transportovat do nemocnice erudovaný záchranář (paramedik). Došlo k rozdělení posádky RLP (lékař, SZP-záchranář a řidič-záchranář) na skupinu RZP (SZP-záchranář a řidič- záchranář) a skupinu lékaře D (lékař a řidič – záchranář), kdy je

posádka RLP tvořena až na místě dle potřeby. Tato koncepce má také ekonomický dopad, který jasně prokazuje finanční efektivitu tohoto systému. Došlo k významnému poklesu absolutních meziročních nákladů ve vztahu jak na jednu výjezdovou skupinu tak na jeden výjezd viz. tabulka 12.

Pokud srovnáme počet výjezdových skupin, tak musíme konstatovat, že jejich počet se od roku 2003 téměř zdvojnásobil. Velmi podobné je to s počtem výjezdů, jejichž enormní nárůst způsobila omezená dostupnost lékařské péče praktických lékařů v mimopracovní době, mnoho ordinací LSPP bylo zrušeno. Dalším důvodem je sociální faktor jako např. stárnutí populace, větší frekvence automobilové dopravy a s ní související nehody, dále turistický ruch, což vede k větší incidenci sportovních úrazů atd.

Zatím poslední změnou, bylo vytvoření Krajského operačního střediska, které bylo uvedeno do provozu 1. ledna 2007. Důvodem byla chybějící koordinace výjezdů posádek, nejednotný standard pro vysílání posádek a především rozdílná technická vybavenost a s tím související inkompatibilita telefonních ústředí, jednotlivých operačních středisek. Jednalo o náročnou investici, která musela být schválena a také financována zřizovatelem, ale přinesla zkvalitnění a zefektivnění služeb a z dlouhodobého pohledu také úsporu nákladů.

Z hospodaření ZZS vyplývá, že největším problémem je, jak už to u nás ve zdravotnictví bývá financování. V současnosti mají záchranné služby zhruba jednu třetinu příjmů od pojišťoven za zdravotní výkony a zhruba dvě třetiny kryjí zřizovatelé (kraje). Ty ale přispívají rozdílně, a tak se situace ZZS v krajích liší. ZZS LK má v současné době velkou oporu díky krajskému radnímu pro oblast zdravotnictví, který je bývalým ředitelem záchranné služby v Liberci

Financování ZZS je poměrně sporné. Největší měrou se na nákladech ZZS podílejí tzv. osobní náklady, služby, spotřeba energií a materiálů, dále pak investičními odpisy. Velikost těchto položek se nedá zásadním způsobem ovlivnit, neboť jsou určovány zákonnými normami či stanovenými cenami. Žádná z předchozích položek není zakalkulována v úhradě od zdravotních pojišťoven. Do těchto úhrad se promítají pouze nepřesně propočtené náklady na léky, zdravotnický materiál, techniku, mzdy zdravotnických pracovníků a pohonné hmoty. Dále je nutné si uvědomit, že každá změna platů v souladu s nařízením vlády podle zákona č. 143/1992 Sb. o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a některých dalších



organizacích a orgánech ve znění zákona č. 40/1994 Sb. a zákona 217/2000 Sb. má významný vliv na růst nákladů organizace, platy zaměstnanců tvoří zhruba 60% celkových nákladů ZZS.

Vývoj nákladů viz. tabulka 12. má vzrůstající trend, což je logické, protože kromě zvýšení mezd se do těchto nákladů promítá i zvýšení cen energií, pohonných hmot apod. Značný podíl na zvyšování nákladů mělo budování nových výjezdových stanovišť, která jsou v řadě míst jen proto, aby splnila podmínku vyhlášky o dojezdové vzdálenosti do 15 min. Některá z nich mají v průměru jeden až dva výjezdy na den a náklady na provoz jsou tak neúměrné tomu, jaké zdroje mají od pojišťoven. S novými výjezdovými stanovišti samozřejmě souvisí posílení výjezdových skupin záchranné služby, což vedlo ke zvýšení počtu kmenových pracovníků a následně také ke zvýšení mzdových nákladů.

Pro příspěvkovou organizaci, která nemá jako prioritu dosahování zisku, jsou pozitivní jak kladné, tak i nulové hodnoty. Výnosy mají také rostoucí trend, ale zde už narážíme na první problém a to je rozdíl mezi výnosy a výnosy bez provozních dotací. Dotace totiž tvoří většinu výnosů a svou velikostí dokonce dalece převyšují i tržby, které zařízení může získat poskytováním zdravotnických služeb. S velikostí dotací také souvisí hospodářský výsledek, který dosahuje dvou rozdílných hodnot v závislosti na „štědrosti zřizovatele“. Zatímco provozní dotace udržují jeho hodnotu v kolem nuly, případně se trochu odchylní obojím směrem, bez dotací se dostáváme ve všech sledovaných letech do extrémních záporných hodnot.

Vzhledem k tomu, že činnost ZZS je prakticky neplánovatelná, je velmi obtížné sestavit kvalitní finanční plán na fiskální období. Tento fakt se promítá do potřeby opakovaných rozpočtových změn, které musí být několikrát do roka schvalovány zřizovatelem. Nutno podotknout, že systém financování ZZS je závislý hlavně na počtu výjezdů resp. ošetřených pacientů, ke zvýšení tržeb tedy u tohoto podniku může přispět jen lidské neštěstí.

Otázkou je, jak by se hospodaření a fungování změnilo, kdyby byl v rámci reformy zdravotnictví změněn systém financování. Jedním z možných návrhů by mohla být finanční spoluúčast pacienta na výjezdu RZP, RLP, nebo by ZZS kromě pojišťoven přispíval také stát za takzvanou krizovou připravenost.

## **Seznam tabulek, obrázků a grafů**

**Tab. 1** Zařazení oboru urgentní medicína do soustavy neodkladné péče

**Tab. 2** Přehled faktorů obecného okolí (SLEPT analýza)

**Tab. 3** Přehled faktorů analýzy oborového okolí

**Tab. 4** Tabulka hodnocení síly jednotlivých stakeholders

**Tab. 5** SWOT analýza

**Tab. 6** Přehled výjezdových stanovišť k 1.12. 2006

**Tab. 7** Počet zaměstnanců podle pracovního zařazení (stav k 31.12.2005)

**Tab. 8** Přehled dotací a zúčtovaných příspěvků v r. 2005

**Tab. 9** Stručná ekonomická data pro rok 2005 (stav k 1. lednu 2006)

**Tab. 10** Porovnání nákladů na pořízení vozu RLP (RZP) a vozu RV.

**Tab. 11** Mzdové náklady na provoz jednotlivých pozemních skupin ZZS LK (stav k 1. lednu 2006)

**Tab. 12** ZZS LK – Ukazatelé činnosti organizace pro období 2003 až 2005

**Tab. 13** Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin

**Tab. 14** Vývoj výjezdových stanovišť + výjezdových skupin od roku 2000 do roku 2006

**Graf 1** Srovnání počtu výjezdů dle jednotlivých výjezdových skupin

**Obrázek 1** Mapa Libereckého kraje

**Obrázek 2** Porterův model pěti konkurenčních sil

**Obrázek 3** Organizační struktura

## Seznam použité literatury

**Geografické podmínky Libereckého kraje, 2006- 12 -9**  
<http://www.liberecký kraj.cz>

**Koncepce oboru „Urgentní medicína“, 2006-12-20**  
<http://www.urgmed.cz/koncepce.htm>

<http://www.ZZSLK.cz>

**Zákony vztahující se k přednemocniční neodkladné péči**  
<http://www.mzcr.cz>

**J. Mlčák:** výukový materiál pro předmět Ekonomika a financování zdravotní péče

**M. Keřkovský, O. Vykypl :** Strategické řízení. Teorie pro praxi, 1.vydání. Praha: C.H.Beck, 2003

**S. P. Robbins, M. Coulter :** Management. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, edice Profesionál, 2004

**MUDr J. Popelka:** Přerod záchranných služeb v Libereckém kraji,  
Institut postgraduálního zdělávání ve zdravotnictví, 2004

**Zdravotnická ročenka 2003. Kraj Liberecký. ÚZIS ČR, 2004**

**Výroční zpráva ZZS Libereckého kraje 2004**

**Výroční zpráva ZZS Libereckého kraje 2005**

**Interní materiály ZZS LK**

# Přílohy

## Příloha 1: Jak pracuje Krajské operační středisko

Na monitoru informačního systému se zobrazí číslo volajícího (pokud je voláno z pevné linky) i včetně lokalizace

The screenshot displays the 'IS ZZS verze 1042' software interface. The main window is titled 'PŘÍCHOZÍ HOVOR 20:06:49' and shows the emergency number '200 001 680'. The interface is divided into several sections:

- Top Bar:** 'Zdravotnická dokumentace', 'Operační středisko', 'Sestavy', 'Servis', 'Simulace příchozího volání', 'Ukončit simulované volání', 'Krizové plány'.
- Left Panel (Dispečerský modul):** Includes buttons for 'Nový záznam', 'Změnit údaje', 'Smazat', 'Uložit změny', 'Stornovat změny', 'Aktualizovat', and 'Zavřít'.
- Main Content Area:**
  - Čekající:** 'Přehled záznamů', 'Vlastnosti', 'Historie'. 'Zobrazit čekající' shows 'Primární: 0' and 'Sekundární: 1'. 'Výjezd' shows 'Č. výjezdu: 22'. 'Aktuální stav' is '20:05 - Posádka vyjela' with a 'Poslat další vozidlo' button.
  - Adresa místa zásahu / převoz odkud:** Fields for 'Město:', 'Ulice:', 'čp.', 'Orient. bod:', 'Okres:', 'Hasiči:', 'Policej:', 'Horská sl.:' and a 'Vyhledat na internetu' button.
  - Osobní údaje pacienta:** 'Příjmení:', 'Jméno:'.
  - Volající:** 'Volající: TA, Soukenné nám.u trafiky, Liberec', 'Telefon: 485 106 224'.
  - Indikace, věk, stav pacienta a popis situace:** 'Indikace: Alergie', 'Věk:', 'Stav:'.
  - Poznámka:** 'Rizikový výjezd', 'Nestandardní výjezd'.
  - Posádkové telefony:** 'Posádka - RZP1 8601', 'Lékař:', 'SZP 1:', 'SZP 2:', 'Řidič:', 'Vozidlo: 8601 RZP1 8601 - VW Trans'.
  - Time:** '20:05:34'.
- Right Panel (Výjezdové skupiny):** A grid of ambulance status cards for various locations including Itecká, Husova, Jablonec, Tanvald, Č.Lípa, Turnov, Semily, and Jilemnice. Each card shows the location, role (Doktor, RZP), and status (e.g., 'Auto obsazeno', 'Mimo službu').

Prvním úkolem dispečerky je zjistit místo volajícího. Nejprve se zeptá na obec. Databáze obsahuje i místní názvy lokalit.

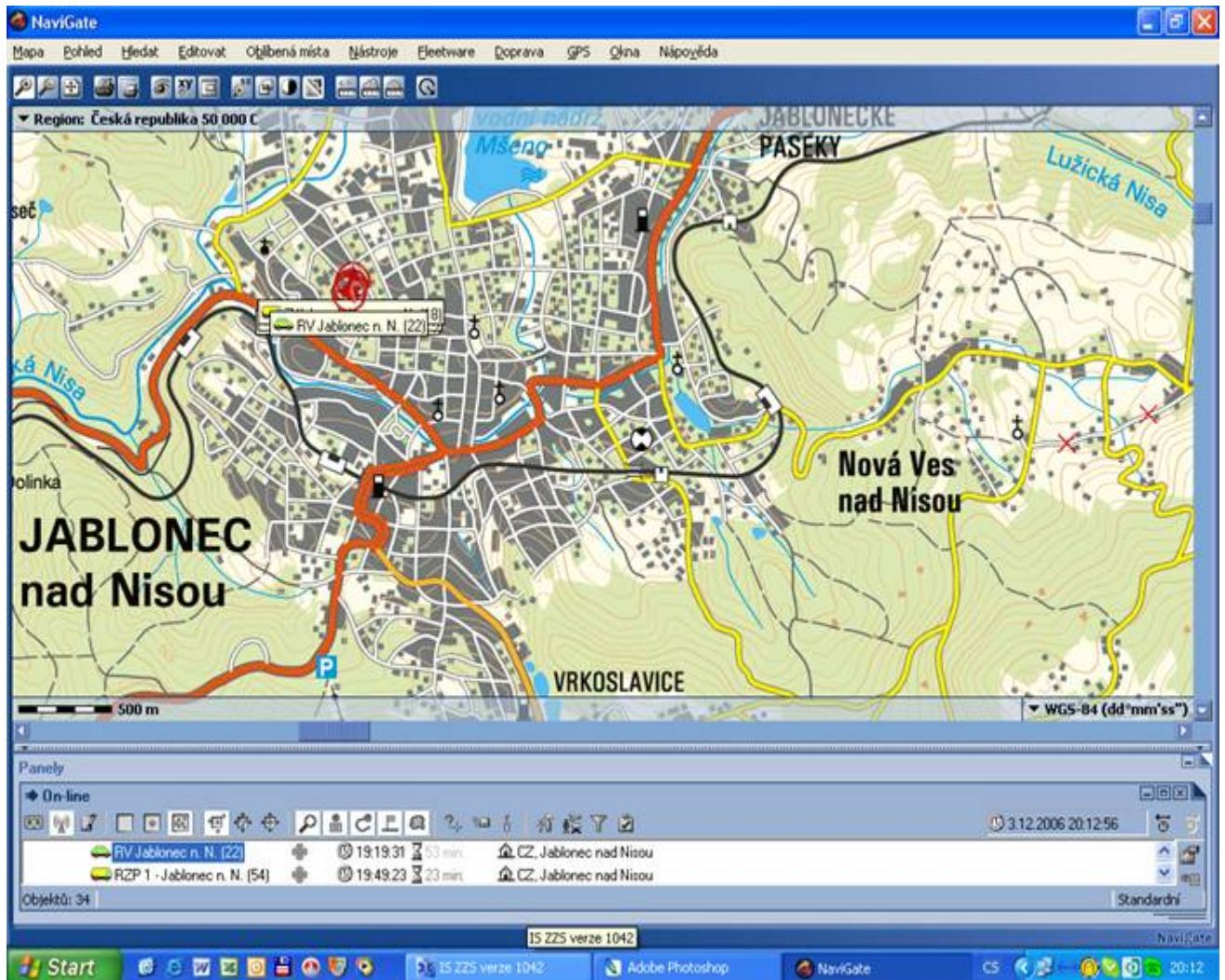
The screenshot displays the 'IS ZZS verze 1042' software interface. The top menu bar includes options like 'Zdravotnická dokumentace', 'Operační středisko', 'Sestavy', 'Servis', 'Simulace příchozího volání', 'Ukončit simulované volání', and 'Krizové plány'. The user is logged in as 'Přihášen: servis, Servisní uživatel'.

The main window is titled 'Dispečerský modul' and contains several sections:

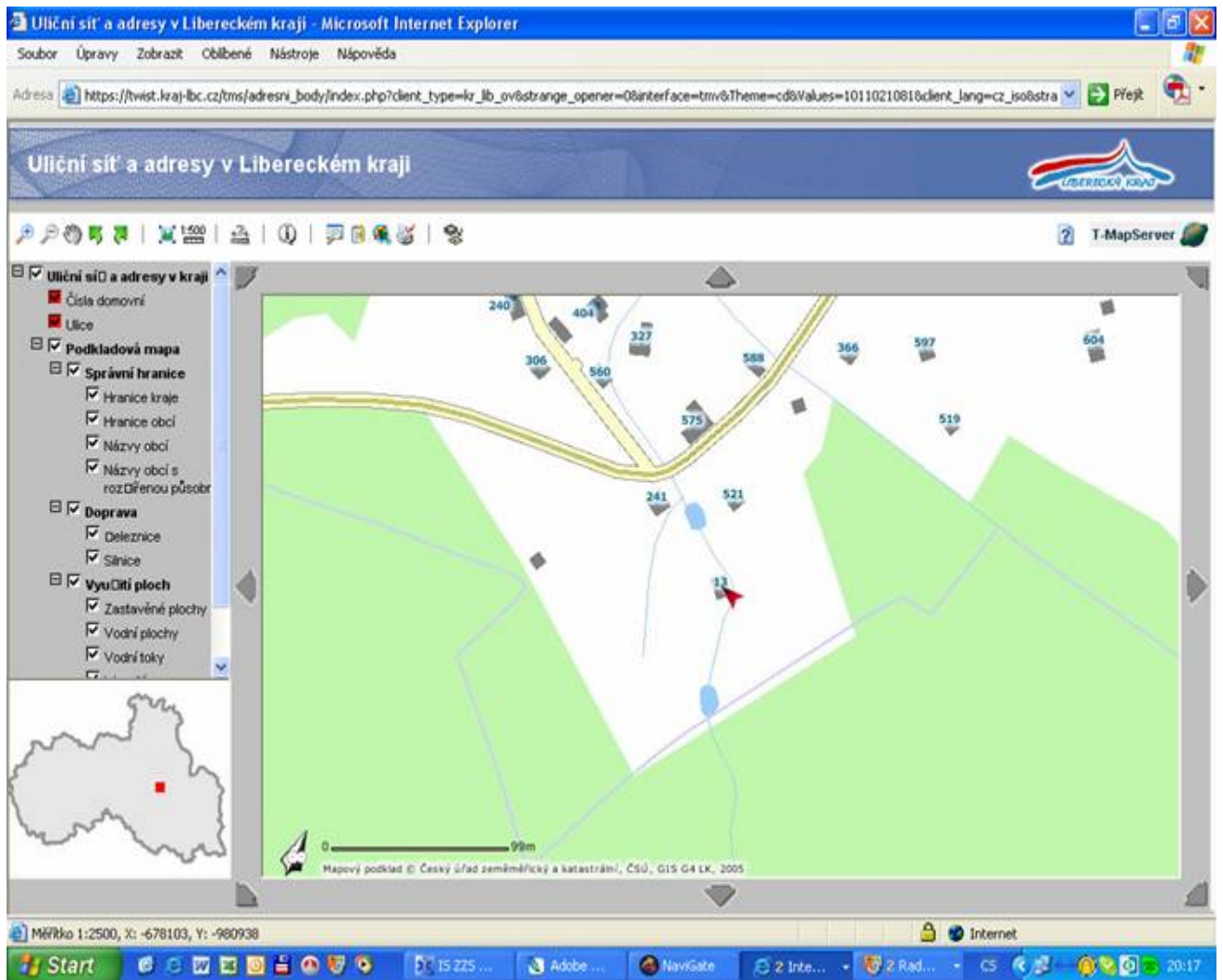
- Čekající (Waiting):** Shows 'Předej do čekajících' (Ahead of waiting) with 'Přesměř' (0) and 'Sekundární' (1). It also displays 'Výjezd' (20:07 - Tísňová výzva) and 'Stav před 4 minutami' (20:07 - Tísňová výzva) with a 'Pošlat další vozidlo' button.
- Adresa místa zásahu / převoz odkud (Address of the intervention site / transport from where):** Includes fields for 'Město' (Nová Ves), 'Ulice' (Nová Ves (Volatice)), 'Orient.' (Nová Ves nad Nisou, Nová Ves nad Popelkou, Nová Víska (Nová Ves)), 'Okres', 'Hasič', and 'Horská st.'.
- Osobní údaje pacienta (Patient's personal data):** Fields for 'Příjmení' and 'Jméno'.
- Volající (Caller):** 'Volající: TA Tarvald, Šumburk sídlitě' and 'Telefon: 483395513'.
- Indikace, věk, stav pacienta a popis situace (Indication, age, patient status and description of the situation):** Fields for 'Indikace' (F2), 'Věk' (F2), and 'Stav'.
- Poznámka (Note):** Radio buttons for 'Rizikový výjezd' and 'Nestandardní výjezd'.
- Posádkové telefony (Crew telephones):** Fields for 'Lékař', 'SZP 1', 'SZP 2', 'Řidič', and 'Vozidlo'.
- Time:** A large digital clock showing '20:11:31'.
- Grid of Vehicle Status Cards (Výjezdové skupiny):** A grid showing various vehicles and their status. Each card includes a location (e.g., 'letecká', 'Husova', 'Jablonec'), a role (e.g., 'Doktor', 'RZP'), and a vehicle ID (e.g., 'RV1 2707', 'RZP1 8601').

The Windows taskbar at the bottom shows the 'Start' button, several application icons, and the system tray with the time '20:11'.

Po zadání obce systém zobrazí lokalitu na mapě a ukáže nejbližší výjezdové skupiny



Po zadání ulice, a čísla domu v obci, systém zobrazí seznam možných objektů



## Možnost zobrazení místa zásahu na letecké mapě

The screenshot shows a web browser window displaying a GIS application. The browser's address bar shows the URL: [https://twist.kraj-lbc.cz/tms/adresni\\_body/index.php?client\\_type=kr\\_lib\\_ov&strange\\_opener=0&interface=tmv&Theme=cd&Values=1011021081&client\\_lang=cz\\_iso&stra](https://twist.kraj-lbc.cz/tms/adresni_body/index.php?client_type=kr_lib_ov&strange_opener=0&interface=tmv&Theme=cd&Values=1011021081&client_lang=cz_iso&stra). The page title is "Uliční síť a adresy v Libereckém kraji".

The main content area features an aerial photograph (orthophoto) of a residential area. A red arrow points to a specific location marked with the number "13". The map is overlaid with various data layers, including roads (yellow lines) and administrative boundaries (blue lines). The legend on the left side of the map is expanded, showing the following layers:

- Ulice
- Podkladová mapa
- Správní hranice
  - Hranice kraje
  - Hranice obcí
  - Názvy obcí
  - Názvy obcí s rozdílenou působností
- Doprava
  - Deleznice
  - Silnice
- Využití ploch
  - Zastavěné plochy
  - Vodní plochy
  - Vodní toky
  - Intravilán
  - Lesní plochy
- Ortofotomapa

At the bottom of the map, there is a scale bar and the text: "Mapový podklad © Český úřad zeměměřický a katastrální, ČSÚ, GIS G4 LK, 2005".

The browser's status bar at the bottom shows the coordinates: "Měřítko 1:2500, X: -678072, Y: -980843". The taskbar at the bottom of the screen shows several open applications, including "IS 225...", "Adobe...", "NaviGate", "2 Inte...", and "2 Rad...". The system clock shows the time as 20:18.



Na základě zjištěných informací vybere dispečerka vhodnou výjezdovou skupinu

IS ZZS verze 1043

Soubor Zdravotnická dokumentace Operační středisko Sestavy Servis Pojízbovna Krizové plány Přihášen: Keil, Keil Dušan

Dispečerský modul

Přehled záznamů Vlastnosti Historie

Čekající Zobrazit čekající Výjezd Stav před 1 minutou

Předej do čekajících: 0  
Sekundární: 0  
Č. výjezdu: 14:33 - Tísňová výzva  
Poslat další vozidlo

Příměří záznamů: Storno, změna

Adresa místa zásahu / převoz odkud

Město: Nová Ves Zobrazit v: Navigate  
Ulice: čp: 13 Vyhledat na internetu  
Orient. bod: U kostela  
Okres: Liberec Policie: -  
Hasič: - Horská sl.: -

Osobní údaje pacienta

Příjmení: Malý Jméno: Ja

Volající: soused

Indikace, věk, stav pacienta a popis situace

Indikace: Bolesti na hrudi F2 Věk: 60 - 80 F2  
Stav: -

Poznámka Rizikový výjezd Nestandardní výjezd

Posádkové telefony Posádka

Lékař: F2  
SZP 1: F2  
SZP 2: F2  
Řidič: F2  
Vozidlo: F2

14:34:43

Další údaje Výjezdové skupiny Přehrát hovor

Itecká Doktor RV1 2707	Husova RZP RZP1 8601 Auto obsazeno	Husova RZP RZP3 56	Jablonce RZP RZP 0009	Fojdánk Doktor RV 7181
Husova Doktor RZP1 8601 Výzva předána	Husova Doktor RV1 2701	Husova RZP RZP3 56	Husova RZP RZP4 2005	Hřádek RZP RZP 20
Jablonce Doktor	Jablonce RZP Amálie 8603	Jablonce RZP Twety 8878	Jablonce RZP Lazar 5355	Č. Dub RZP RZP 4060
Tarvald RZP Pikachu 0830	Dokty RZP RZP 0422	Jablonce Doktor RV 2704	Jablonce RZP RZP 0821	
Č. Lipa Doktor RV 6399	Č. Lipa RZP RZP1 4866	Č. Lipa RZP RZP2 0818	Č. Lipa RZP RZP3 0820 Mimo službu	Č. Lipa RZP Rezervní 0819 Mimo službu
Tumov Doktor RV 5002	Tumov RZP RZP1 7460	Tumov RZP RZP2 0827 Mimo službu	Tumov RZP RZP nová 8602	Rokytnice RZP RZP 0828
Semáň Doktor RV 2705	Semáň RZP RZP 7459	Jlewnice Doktor RV 2706	Jlewnice RZP RZP 7458	

Potvrzení

Opravdu předat výjezdové skupině "Twety 8878" ?  
Výj. stanovit: Jablonce

Ano Ne

Start

IS ZZS verze 1043

14:34

Zobrazení informací o výjezdu na zařízení CarTerminál

