

KOMENTÁŘE ODBORNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ve spolupráci s odborníky a profesionály ve zdravotnictví jsme pro Vás připravili komentáře k aktuální situaci ve zdravotnictví nejen České, ale i Slovenské republiky. Tyto názory jsou pohledy osobností, jenž mají k této problematice velmi blízko a profesně se jí každodenně zabývají.

Obsah dokumentu:

- Strana 2 MUDr. Leoš Heger – ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové v demisi
- Strana 4 Ing. Jiří Čihař – ekonomický náměstek Fakultní nemocnice v Motole, Praha
- Strana 6 MUDr. Eduard Kováč – prezident Svazu zdravotních pojišťoven Slovenské republiky
- Strana 8 Ing. Rastislav Kubáň - předseda správní rady Nemocnice a polikliniky, n. o., Slovenská republika
- Strana 9 MUDr. Tomáš Fiala – ředitel Nemocnice Strakonice a.s., Jihočeský kraj
- Strana 10 Ing. Karel Pustelník, Ph.D., MBA – konzultant v oblasti zdravotnictví
- Strana 12 JUDr. Petr Šustek – Univerzita Karlova v Praze, právnická fakulta, Centrum zdravotnického práva
- Strana 13 Bc. Irena Pejznochová – tisková mluvčí České asociace sester

Organizátor: HealthCare Institute, www.hc-institute.org

MUDr. Leoš Heger – ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové v demisi

Průzkumy o stavu nemocnic v Čechách

V současnosti byl proveden další průzkum v nemocnicích, který má vypovídat něco o stavu našeho zdravotnictví. Pochází z dílny HealthCare Institute (HCI, [www..hc-institute.org](http://www.hc-institute.org)), který se v posledních letech na scéně naší zdravotnické politiky značně zviditelnil a mj. sestavil několik žebříčků nemocnic, které vyvolaly celkem zdravé diskuze. Poslední průzkum byl proveden ve formě dotazování ředitelů a opět přinesl řadu údajů, které nejsou běžně k dispozici a stal se tak znovu určitým zrcadlem toho, co se ve zdravotnictví děje. Zobrazuje například průměrné platy zdravotnických pracovníků v jednotlivých krajích a přináší údaje o tom, že nemocnice nejsou aktuálně zadlužené. Tyto údaje lze získat, byť obtížně, i z jiných zdrojů a o reprezentativnosti průzkumu lze při poměrně malém a zkresleném vzorku ředitelů svým způsobem pochybovat a například okolí naší nemocnice lze pozorovat řadu nemocnic, které bohužel výrazně zadlužené jsou. Nic z toho ovšem není důvodem mé skepse.

Sondy do zdravotnického prostředí tohoto typu, ať je lze brát úplně vážně anebo ne, alespoň zvyšují povědomí o zdravotnictví plném problémů. Nemám také ani příčinu ke kritice HCI z důvodu špatného postavení naší nemocnice, která na žebříčcích pravidelně zaujímá jedno z předních míst. Hlavním důvodem mé zdrženlivosti je stav naší zdravotnické informatiky, který je vhodné při této příležitosti znovu připomenout.

Informační zdroje a údaje, které jsou pro rozhodování ve zdravotnickém systému k dispozici, jsou kromě pojišťovenských databází, ke kterým má veřejnost dost obtížný přístup, opřeny hlavně o tzv. NZIS (Národní zdravotnický informační systém), řízený velmi podobně jako celá státní statistika. Na rozdíl od ní však dodnes nelze pomocí NZIS popsat řadu jevů, které jsou pro dění ve zdravotnictví klíčové a o kterých politici neustále mluví, aniž by se mohli opřít o solidní podklady. Pro ilustraci si dovoluji uvést tři lapidární příklady.

Po letech nikam nevedoucích diskuzí o tom, že by bylo třeba podporovat jednodenní chirurgii (organizování chirurgických výkonů tak, aby pacienti nemuseli být hospitalizováni) se vůbec neví, kolik takových operací je u nás prováděno. Bohužel se nezná ani údaj, kolik operací vůbec se v ČR dělá! Druhým příkladem jsou náklady na pacienty z jednotlivých krajů, které vydávají zdravotní pojišťovny bez ohledu na fakt, kde je péče poskytována (náklady na kmenové pacienty dle místa bydliště). Tyto údaje, publikované ve výročních zprávách Všeobecné zdravotní pojišťovny koncem 90. let minulého století ukazovaly obrovské rozdíly mezi jednotlivými kraji. Nevím, jestli nejsou k dispozici již nyní proto, že se na ně zapomnělo, anebo proto, že u nás není potřeba přesně dokladovat, jak jsou veřejné peníze rozdělovány. Je však smutným faktem, že tyto údaje velmi věrohodně zobrazovaly dostupnost péče a ekvitu (rovný a spravedlivý přístup k péči), kterou zaručuje naše ústava. Přitom strašení snížením dostupnosti péče je oblíbený argument, když se má například někde měnit zdravotnická síť, a naopak argument o nadužívání péče se velmi hodí při jakékoliv diskuzi o nedostatku peněz a nízké efektivitě zdravotnictví. Oporu v číslech pro dokladování těchto nežádoucích jevů v dostupných zdrojích však prakticky nikdo nemá.

Posledním příkladem defektní informatiky ve zdravotnictví jsou zcela jednoduché, ale rovněž chybějící údaje o počtech různých výkonů na 1 milion obyvatel, např. transplantací kostní dřeně, počtů

správně léčených onkologických pacientů podle jednotlivých diagnóz, léčení tzv. biologickou léčbou v revmatologii a mnoho jiných. V tlustých a veřejně přístupných statistických ročenkách, kde je mnoho detailních údajů, se takovéto klíčové informace vůbec nenajdou, a přitom by jejich srovnání např. s jinými evropskými zeměmi jednoznačně ukázalo, jak jsou na tom jednotlivé segmenty medicíny, jak jsou u nás některé podfinancovány a některé naopak docela dobře, a jak se situace dlouhodobě vyvíjí v čase, aby bylo zdravotnickou politiku možno inteligentně a bez politických vášní přizpůsobovat skutečným potřebám pacientů.

Osobně si velmi cením aktivit HCI a jeho různých průzkumů a lituji, že tolik aktivity a investice nenacházíme u některých oficiálních institucí, které by měly výše zmíněné nezbytné údaje pro řízení našeho zdravotnictví produkovat a pro zdravotnické politiky fungovat ve smyslu kvalitního analytického a controllingového oddělení, bez kterého se neobejde žádná nemocnice. HCI, ani další podobné, často novinářské aktivity, nemají přístup ke zdrojům, které jsou pro takovou práci potřebné a jsou odsouzené paběrkovat v tom málu, co se dá běžně sehnat, a spoléhat na různé průzkumy názorů, jako je právě dokončené šetření mezi řediteli nemocnic, které iniciovalo tento článek. Dostáváme tak sice k dispozici některá fakta, ale co s nimi?

Údaje z provedeného průzkumu říkají, že ředitelé říkají, že je finanční krize nepostihla, anebo že vypláceli takové či onaké mzdy v jednotlivých krajích, jsou ve směru interpretovatelnosti ještě dobré. Co ale údaj, že jedna třetina nemocnic, které na průzkum odpověděly, nemá žádný podíl úhrad od zdravotních pojišťoven ve formě DRG (podle diagnostických skupin). Je to tak, že příslušní ředitelé nemají zájem o moderní systém? Nebo je spektrum jejich pacientů takové, že v momentálně vybraných diagnostických skupinách nemají žádné pacienty? Nebo nemají patřičné počítačové vybavení, aby mohli pacienty kódovat do příslušných výkazů? Nebo jejich partnerské pobočky zdravotních pojišťoven nechtěly systém nasmlouvat, nebo se systémem pracovat ještě neumí, anebo jen ještě s nemocnicemi neuzavřely dohody o úhradách pro rok 2009, které měly být podepsány 1. 1. t. r.

A co říká poslední otázka průzkumu, ze které vysvítá, že 77 % ředitelů nemocnic si myslí, že se konkurenční prostředí mezi nemocnicemi v následujících dvou letech zostří. Jistě zostří, já si to také myslím, protože po dlouhých letech zase vzrostla naděje na to, že peníze půjdou tak zvaně za pacientem. Je to velmi zdravý jev, ale co nyní s touto informací? Bude to tak, jako to již bylo jednu v první polovině 90. let? Budou neúspěšnější poskytovatelé péče, kterým pacienti odejdou znovu dotováni, aby se udrželi, anebo se síť poskytovatelů trochu zeštíhlí a ozdraví?

Třeba o tom někdo napíše další článek. Já jsem o otázkách informatiky s nadšením začal psát už někdy před 15 lety a moc se od té doby nezměnilo. Jsem z toho tak jako mnoho jiných také trochu vyhořelý, a protože už určitě v žádné vyšší funkci ve zdravotnickém systému nebudu, jsem na jednu stranu rád, že se s tím bude muset prát někdo další. Ale přece jen musím přiznat, že mě to trochu mrzí. A kdybych po svém převtělení přeci jednou v nějaké vyšší funkci zdravotnického systému byl, potřeboval bych k tomu určitě někoho, jako jsou lidé v HCI, neutuchající nadšence a optimisty. Vzal bych si je s sebou jako analytiky, protože s nimi by se další otázky, indexy, sondy a rozborů dělaly určitě dobře a diskuze o věčných problémech našeho zdravotnictví by tak mohla probíhat v daleko větší pohodě než dnes.



Ing. Jiří Čihař – ekonomický náměstek Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Profesní zkušenosti a praxe: letos si připomíná 20 let ve zdravotnictví

1989–1997	Nemocnice Na Homolce nejdříve odbor vztahů se zdravotními pojišťovnami následně ekonomický náměstek Homolky
1997-2000	Ministerstvo zdravotnictví ČR, ekonomický náměstek ministra celkem 5 ministrů či pověřených (Stráský, Roithová, David, zast. Špidla ,Fišer)
2000–2009	FN v Motole ekonomický náměstek

Komentář k online panelu pro ředitele nemocnic 2009

Zhruba pouze 27% odpovědí z oslovených ředitelů (44 ze 165) v anonymní anketě mi připadá poměrně málo a skoro to vypadá, že i zájem šéfů nemocnic o věci veřejné ve zdravotnictví upadá (to by ovšem nebyla úplně dobrá zpráva).

K otázce č. 1.

Není vůbec překvapivé, že 2/3 šéfů odpovědělo, že se jich ekonomická krize zatím nedotkla. Toto stanovisko má hlubokou logiku, neboť úhradová vyhláška je nastavena ještě z doby optimistických výhledů z roku 2008 úhradovou vyhláškou MZ a růst příjmů v lůžkovém sektoru na úrovni cca 4-5% je růstem, který by zejména průmysl mohl jen závidět (toto platí bez uvažovaného dopadu nákladů na mzdy, který se týká jen příspěvkových organizací). Není zde uvažován ani případný finanční dopad zrušení výběru poplatků (na úrovni nemocnic činí cca kolem 1% výnosů).

Současně zdroje (finanční rezervy) ve zdravotních pojišťovnách jsou díky rychle rostoucím přebytkům v roce 2007 a 2008.

Současně nelze přehlédnout zpomalení tempa výběru pojistného proti plánu ZP (meziročně za 1-5/2009 proti 1-5/2008 jen 99,2%).

Více je překvapivá až 1/3 odpovědí ředitelů, že se jich krize dotkla.

Zde to mohou být spíše dílčí nedohody se ZP ohledně tempa růstu v tzv. centrech (onkologie, roztroušená skleroza apod.), kde možná již některé ZP nechtějí, nebo nemohou pokrývat tempa růstu

minulého období. Ale tento problém kolem center se týká především „trojkových“ nemocnic jako jsou FN a velké nemocnice obdobného významu.

Proto ani nepřekvapuje odpověď drtivé většiny ředitelů (98%) u otázky č. 2 ohledně omezení péče, které žádné není.

U odpovědí 3) a 4) je jasně vidět (91%), že prodloužení splatnosti ze strany dodavatelů ani ze strany ZP není zatím problém. A je tedy zřejmé, že když platí pojišťovny, tak i nemocnice platí svým dodavatelům.

U otázky 5) nepřekvapí, že nejvyšší plat lékařů je v Praze a naopak u otázky 6) je překvapivé, že není nejvyšší plat sester v Praze, neboť zde je jich největší nedostatek.

Průměrné číslo je možná i zavádějící vzhledem k malému počtu FN v pražském průzkumu. Podíl FN v Praze na lůžkové péči je však dominantní.

Platy sester v Praze se ve FN pohybují za 1-4/2009 od 23 800 Kč až do 28 000 Kč.

U odpovědi na otázku 7) ani nepřekvapí, že platy lékařů rostly v roce 2008 zhruba na úrovni inflace (6,7 %). Více je překvapivé, že růst u sester (otázka 8) rostl méně než u lékařů (5,8%). Vypadá to, jako by nastávající problém s nedostatkem sester se ještě nepromítl plně do mzdové politiky organizací, které na anketu odpovídaly.

U otázky 9) zda se zkrátila doba čekání na TEP v ortopedii je překvapivý malý počet kladných odpovědí (14%), vzhledem k oddělení této problematiky do samostatného úhradového mechanismu. Je však fakt, že ale celé 1. pololetí 2008 provázely s některými i podstatnými ZP zmatky kolem nasmlouvání jak počtu TEP tak i úhrad.

Odpovědi na otázku 10) – nákup péče, které jsou zhruba půl na půl odpovídají očekávání.

Ovšem u zkoumání finančního objemu péče vyjádřený pouze (8,7%) svědčí o opatrném přístupu na straně nemocnic, ale i některých ZP. Z tohoto pohledu je rok 2008 nutno považovat za startovací se snahou na všech stranách osahat terén a jednalo se převážně zřejmě o TEP.

Otázka 11) úhrada dle DRG je vidět jasně se prosazující trend, kdy kladně odpověděli dvě třetiny respondentů. S tím i logicky souvisí objem úhrad (otázka 12) ve výši již významných 40% finančního objemu.

Odpovědi na otázku 13) ukazují, že si drtivá většina šéfů nemocnic (77 %) správně uvědomuje, že “lépe už bylo”. Je zřejmé, že nelze zůstat lhostejným k tomu, co se odehrává zejména v průmyslu a ostatních sektorech ekonomiky.

Opatření státní správy z roku 2009 k určitému zmírnění problémů jistě přispějí, ale obtížně mohou zcela nahradit růst HDP, na který ČR byla v minulosti zvyklá.

Pokud si 11 % ředitelů myslí, že se nic nezmění a na všech frontách po dobu řady let zadlužující se stát bude dosypávat právě tolik, aby právě zdravotnictví nic nepoznalo, pak toto vidění světa patří bezbřehým optimistům.

Je však určitě s výhodou, že zdravotnictví v roce 2009 díky přijatým úhradovým mechanismům v roce 2008 a přebytkům ZP z roků 2007 i 2008 dostává ve srovnání s jinými oblastmi vzácný dar – rok odkladu dopadů celkové finanční krize a tím i čas na přípravu.



MUDr. Eduard Kováč - prezident Svazu zdravotných poisťovní Slovenskej republiky

profesní praxe: generální tajemník Slovenské lékařské komory, specialista na evropskou integraci v oblasti zdravotního pojištění, ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny SR, ředitel Sekce zdravotního pojištění na Ministerstvu zdravotnictví SR, ředitel odboru systémového řízení Společné zdravotní pojišťovny SR, ředitel Pojišťovny ministerstva vnitra SR, organizační poradce v oblasti zdravotnictví

Komentáře k výsledkům online průzkumu mezi řediteli nemocnic ČR:

- Nemocnic na Slovensku sa kríza jednoznačne dotkla. Ich odpoveď by som predpokladal na 90% áno. Rôzna je len miera dopadu krízy.
- Riaditelia nemocnic v SR na 75-80% tvrdia, že sa nedotkla dostupnosti a kvality zdravotnej starostlivosti, avšak musia robiť rôzne škrty – napríklad personálu.
- V otázke splatnosti faktúr vystavených zdravotným poisťovňami: niektorí sa dali počuť, že od najväčšej zdravotnej poisťovne sa splatnosť predlžuje.
- Slovenskí zdravotnícki odborári hovoria, že vo FN za ostatné 3 roky narástla mzda + 40%, v menších nemocniciach cca + 30%.
- Čakacie doby na plánované operácie sa predlžujú, nie je to však plošný problém. Ide o kombináciu kapacitných problémov a finančných problémov.
- Na Slovensku je diametrálne odlišná situácia od ČR v otázke plánovania nákupu zdravotnej starostlivosti. Prakticky na 100% sa robí dohadovanie (vrátane plánovania) nákupu a podporuje to aj legislatíva.
- Skutočný systém DRG sice na Slovensku neexistuje ale súkromné ZP využívajú jeho prvky (CMI, váhy jednotlivých Dg, indikátory kvality a efektivity s následnou implementáciou do zmlúv – cena za hospitalizáciu podľa typu nemocnice, medicínskych odborností ...)

Stručne k situácii v SR:

Očakávaný nárast zdrojov zdravotného poistenia mal byť pre r. 2009 + 13,9%. Realita po prvom kvartáli bola + 7,6%. Tzn. 45% pokles oproti kalkuláciám. Od ekonomicky aktívnych nebol žiadny nárast a tak čiastočne pomohlo poistné štátu za ekonomicky neaktívnych (zo 4,5% na 4,9% z priemernej mzdy z r. 2007). K prvému polroku sa očakáva ďalší pokles (nezamestnanosť rastie, mzdy nerastú, zhoršuje sa odvodová disciplína...).

Slovenské zdravotné poisťovne nemali žiadne „našetrené zdroje“ z r. 2008 (na rozdiel od českých ZP). A tak aj celkové dopady na poskytovateľov zdravotnej starostlivosti sú iné ako v ČR.

Za celý zdravotnícky systém v SR sa dá povedať (z pohľadu financií), že ak by sa podarilo udržať finančnú úroveň roku 2008, bol by to úspech. Poskytovatelia, vedomí si reálnej situácie by uvítali finančný nárast (prostredníctvom zmlúv) od 1.7. 2009 o infláciu (4,4%). Nepredpokládám však, že to bude v možnostiach zdravotných poisťovní.



**Ing. Rastislav Kubáň – predseda správnej rady Nemocnice a polikliniky, n.o.,
Slovenská republika**

Od 2005: predseda správnej rady Nemocnice a polikliniky, n.o.

Krízu cítime v súvislosti s veľmi opatrným prístupom zdravotných poisťovní k zvyšovaniu zazmluvnených objemov určitých pre zdravotnú starostlivosť. Aj naše snahy o otvorenie nových ambulancií zostávajú pre tento čas nerealizovateľné. To isté sa týka aj našej snahy o zvýšenie cien za nami poskytovanú zdravotnú starostlivosť.

Tento fakt je navyše aj poznačený skutočnosťou, že od 1.7.2009 bude účinná nova vyhláška ohľadne personálneho zabezpečenia zdravotníckych zariadení, ktorej naplnenie nás stálo dosť podstatný finančný objem v súvislosti s prijímaním nových zamestnancov, ako aj stabilizáciou existujúcich.

V tomto roku sme preto pristúpili k viacerým organizačným zmenám, napríklad k zmene niektorých oddelení s dôrazom na jednodňovú zdravotnú starostlivosť. K obmedzeniu zdravotnej starostlivosti v našich zariadeniach nedošlo, pričom aktuálne rokujeme s jednotlivými poisťovňami o zmluvných podmienkach platnými od 1.7.2009.



MUDr. Tomáš Fiala – ředitel Nemocnice Strakonice a.s., Jihočeský kraj

V současném systému poskytování zdravotní péče při nárocích kladených na zdravotníky (systémy kontrol, certifikací, akreditací, standardů, kontrol zdravotních pojišťoven atd.) kvalitu zdravotní péče omezit nelze. Je-li dostupnost chápána ve smyslu rozsahu poskytované péče, pak smluvně rovněž nikoliv.

Jinak anketa přináší zajímavé srovnání v odměňování zdravotníků a ukazuje na regionální rozdíly. Plánování nákupu zdravotní péče od pojišťoven je fenomén, za který bych se přimlouval.

Pojišťovny by měly, dle mého názoru, nakupovat péči cíleně kvalitní a za přiměřenou úhradu - ne snad péči úplně nejlevnější, ale cenově přiměřenou. Zde vidím velké hřiště pro Asociaci českých a moravských nemocnic.



Ing. Karel Pustelník, Ph.D., MBA - konzultant v oblasti zdravotnictví

Bývalý náměstek ministra zdravotnictví, ředitel fakultní nemocnice, ředitel zdravotní pojišťovny.

1. Stanovisko k panelovému průzkumu mezi řediteli nemocnic ČR

Podobné výzkumy považuji za velmi potřebné a jejich výsledky by měly zajímat jednotlivé zřizovatele, především tedy MZ, jednotlivé kraje, ale i další subjekty. Je ovšem zarážející, že se tohoto panelu zúčastnilo tak málo nemocnic a jen zlomek zdravotních pojišťoven.

Přitom management, jak na straně plátců, tak na straně poskytovatelů, by měl analyzované problematice věnovat maximální pozornost. Jeho nezájem účastnit se (a to přitom anonymně) na posouzení aktuálního dění v českém zdravotnictví, identifikuje sám o sobě jeden z dlouhodobých problémů zdravotnického managementu, kterým je nejistota eventuálně obava z následků veřejně vyjádřit svůj názor.

2. Pár poznámek k současnému stavu

České zdravotnictví se od roku 1989 nachází v situaci permanentního úsilí o jeho transformaci. Po přechodu na veřejné zdravotní pojištění přichází každý nový ministr s novou koncepcí organizace českého zdravotnictví. A že jich za tu dobu bylo!

Všichni pak zapomínají, že zdravotní péče se týká všech občanů, a že proto bez konsenzu politických stran nemůže žádná, byť sebelepší, koncepce uspět. A tak dále pokračuje stav, kdy české zdravotnictví je vysoce decentralizované, bez vzájemné propojenosti, zdravotnická zařízení jsou na různých stupních hospodářského zdraví, vyspělosti jednotlivých lékařských oborů, materiálního vybavení. Zdravotní pojišťovny vystupují vůči poskytovatelům velmi autonomně, neexistují ani úhradové standardy, ani standardy poskytované péče, přetrvávají z nepochopitelných důvodů obavy z přechodu na úhradový systém DRG, který by byl silným nástrojem pro racionalizaci procesů jak ve vyšších samosprávných celcích, tak i v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Stále existuje nevyužitý potenciál technologií (na kterém se podílejí i zdravotní pojišťovny), nevyužitá kapacita lidských zdrojů (nízká frekvence

výkonů lékařů), mnohdy nedostatek pacientů pro určité lékařské výkony (nadbytečné kapacity), nevyužitá kapacita prostorů (např. operačních sálů), ale přesto paradoxně vzniká řada projektů na výstavbu nových.

Předpokládám, že z tohoto pohledu může současná hospodářská krize nastartovat řadu ozdravných opatření, i když do zdravotnického rezortu by neměla mít až tak dramatické dopady.

Česká republika zaostává za vyspělejšími státy dosti výrazně v podílu HDP na výdajích do zdravotnictví, přitom prognózy o růstu HDP nejsou optimistické. Lze tedy předpokládat, že v nejbližší budoucnosti se příjem zdravotnických zařízení zvyšovat nebude, ale naopak ty se budou muset vypořádat s oprávněnými požadavky nemocničního personálu na zvýšení mezd. To povede k prodlužování splatnosti faktur dodavatelům, ale snad konečně i ke krajským řešením, k zavádění benchmarkingových a controllingových metod, ke standardizaci léčebných procesů, k definitivnímu zavedení DRG, a to vše s cílem racionalizovat řídicí procesy i poskytování zdravotní péče. Předpokládám, že takovými opatřeními se podaří dopady hospodářské krize překonat, ale vnitřní dluh jednotlivých zdravotnických zařízení poroste. V důsledku toho poroste i legitimní tlak na navýšení procentuálního podílu HDP do zdravotnického systému. Jednou z možností, jak takovéto navýšení provést v době dopadu hospodářské krize, je zavedení dobrovolného zdravotního pojištění (zdravotní připojištění), to bude ovšem vyžadovat odvážnější přístupy ze strany politiků (změna legislativní báze), ale samozřejmě i managementu pojišťoven a zdravotních zařízení.



**JUDr. Petr Šustek – Univerzita Karlova v Praze, právnická fakulta,
Centrum zdravotnického práva**

Vývoj českého zdravotnictví je bohužel výrazně negativně ovlivněn politizací jednotlivých témat. Tento neustále se stupňující trend důsledně dusí jakékoli středně a dlouhodobé manažerské plánování jednotlivých subjektů na zdravotnickém trhu. Jako příklad za všechny lze uvést regulační poplatky. K tomu připočtené důsledky ekonomické krize, které se v systému teprve projeví, zvyšující se kvalita poskytované zdravotní péče včetně pro pacienty stále více dostupnější nákladné léčby, směřují k jedinému receptu: pro zachování dobré kondice českého zdravotnictví je životně důležitá skutečná dohoda hlavních politických stran. Protože je takový scénář spíše přáním než v úvahu přicházející realitou, budoucnosti českého zdravotnictví se obávám.

JUDr. Petr Šustek je koordinátorem Centra zdravotnického práva Právnické fakulty Univerzity Karlovy. Působí jako právní konzultant ve zdravotnictví, zabývá se zejména systémem veřejného zdravotního pojištění, kvalitou zdravotní péče a farmaceutickým právem.



Bc. Irena Pejznochová – tisková mluvčí České asociace sester

Česká asociace sester (ČAS) – profesní organizace sdružující nelékařské profese - si je vědoma nedostatku nelékařských profesí v jednotlivých regionech. Spolu s Ministerstvem zdravotnictví již několik let na tuto skutečnost upozorňuje. Nedostatek personálu tedy není spojen s hospodářskou krizí. Díky dlouhodobému vyjednávání se podařilo v letošním roce dosáhnout zvýšení platů všeobecných sester a tím alespoň částečně pomoci zajistit stabilizaci personálu na střední úrovni. To však samo o sobě nestačí a je nutné dále sledovat a specifikovat skutečné potřeby zdravotnického personálu a motivace k tomu, aby setrvali ve své profesi nebo se pro ní rozhodli již volbou studia.

Formami motivace jsou např. motivační programy formou odměn, možnost profesního růstu v návaznosti na celoživotní vzdělávání, sociální programy apod.

Bc. Irena Pejznochová je původním povoláním zdravotní sestra do roku 1995. Od té doby lektor vzdělávání nelékařských profesí v oboru ošetrovatelství. Nyní studuje magisterský program oboru Veřejná správa.