

„BAROMETR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2014“
**Výzkum mezi řediteli nemocnic a
zdravotních pojišťoven v ČR realizovaný
za podpory Komerční banky**



NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ



www.hc-institute.org

Dobrý den Vám přeji vážené kolegyně a kolegové,

předkládáme Vám výsledek šestého ročníku speciálního celostátního průzkumu názorů ředitelů českých nemocnic a zdravotních pojišťoven pod názvem „Barometr českého zdravotnictví 2014“.

Cílem této speciální průzkumné sondy je pravidelně identifikovat a sestavovat klíčové problémy z pohledu vrcholových manažerů českého zdravotnictví.

Do tohoto projektu byly osloveny nemocnice s kódy 101 a 102 dle ÚZIS (tj. fakultní + krajské a městské) a všechny naše zdravotní pojišťovny.

Projekt byl realizován v období měsíce dubna 2014 ve spolupráci s renomovanou nadnárodní průzkumnou společností Ipsos Healthcare.

Detaily o počtech hlasujících, metodice a dalších zajímavých podrobnostech pak naleznete v souboru Detailní analýza Barometru 2014.

Následující strany obsahují komentáře osobností z oblasti zdravotnictví - věřím, že se budete moci spolu s námi nad těmito názory zamyslet.

Kdybyste potřebovali odpovědět na Vaše otázky či poskytnout komentáře, neváhejte nás kontaktovat.

S přáním příjemného dne a mnoha úspěchů v osobním životě Vás zdraví



Daniel Vavřina
ředitel organizace
HealthCare Institute

V Ostravě dne 11. června 2014

Zároveň chceme na tomto místě poděkovat našim partnerům
za podporu a bezvadnou spolupráci.

„Generální partner projektu Barometr 2014“

NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ



HOSPODÁŘSKÉ NOVINY

KOMENTÁŘE ODBORNÍKŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ve spolupráci s odborníky a profesionály ve zdravotnictví jsme pro Vás připravili komentáře k aktuální situaci ve zdravotnictví v České republice. Tyto názory jsou pohledy osobností, jež mají k této problematice velmi blízko a profesně se jí každodenně zabývají.

Obsah dokumentu:

- Strana 6-7 **MUDr. Pavel Vepřek** - poradce ministra zdravotnictví České republiky, předseda sdružení Občan
- Strana 8-9 **MUDr. Milan Kubek** - prezident, Česká lékařská komora
- Strana 10-11 **PharmDr. Lubomír Chudoba** - prezident, Česká lékárnická komora
- Strana 12-13 **MUDr. Jiří Běhouněk** - předseda Správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, předseda Komise pro zdravotnictví Asociace krajů České republiky
- Strana 14-15 **Ing. Ladislav Friedrich, CSc.** - generální ředitel, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- Strana 16-17 **MUDr. Pavel Frňka, DMS** - ředitel strategie, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Strana 18-20 **MUDr. Jiří Bek** - specialista pro smluvní a zdravotní politiku, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
- Strana 21-22 **Ing. Marek Ševčík** - senior marketingový manažer pro sektor Zdravotnictví, Komerční banka, a.s.
- Strana 23-24 **MUDr. Milan Cabrnach** - poslanec Evropského parlamentu, člen Výboru pro sociální věci a zaměstnanost, člen Výboru pro životní prostředí, veřejné zdraví a bezpečnost potravin
- Strana 25-26 **Ing. Petr Nosek** - bývalý náměstek pro zdravotní pojištění, Ministerstvo zdravotnictví České republiky
- Strana 27-28 **prof. MUDr. Petr Cetkovský, Ph.D., MBA** - ředitel, Ústav hematologie a krevní transfuze
- Strana 29-30 **Ing. Martin Bláha, MBA** - předseda představenstva, Jihočeské nemocnice, a.s., místopředseda představenstva a ekonomický ředitel, Nemocnice České Budějovice, a.s.
- Strana 31-32 **MUDr. Filip Horák, MBA** - člen dozorčí rady, AGEL a.s.
- Strana 33-34 **Ing. Filip Zítka** - ekonomický náměstek, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešových, a.s.
- Strana 35-36 **Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA** - vedoucí Ústavu správních a ekonomických věd, Univerzita Pardubice
- Strana 37-39 **MUDr. Miroslav Palát, MBA** - prezident, Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků (CZECHEMED)
- Strana 40-41 **Mgr. Jakub Dvořáček** - výkonný ředitel, Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)

Strana 42-43 **Ing. Tomáš Kolář, MBA** - výkonný ředitel, LINET spol. s.r.o.

Strana 44 **MUDr. Martin Kuncek** - výkonný ředitel odpovědný za oblast nefrologie a sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum v České republice a na Slovensku, Skupina B. Braun

Strana 45 **Mgr. Pavel Kubů** - Business Development manager, Intel Corporation

Strana 46-48 **Mgr. Ing. Martin Hájek** - generální ředitel a předseda představenstva, MZ Liberec, a. s.

Strana 49-50 **Ing. Petr Formánek** - obchodní ředitel, Magellan Česká republika, s.r.o.



MUDr. Pavel Vepřek

poradce ministra zdravotnictví České republiky,
předseda, sdružení Občan

Po absolvování Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy nastoupil do Fakultní nemocnice Motol, kde pracoval jako sekundář na II. dětské klinice, zástupce primáře na Kardiocentru, náměstek ředitele pro LPP, ředitel nemocnice. Rok pracoval na Ottawské univerzitě, vedl projekty řízené péče a implementace DRG, je autorem aplikace koncepce regulovaného trhu na české zdravotnictví. Vedl společnost Tým DG plus, která poskytovala poradenské služby zdravotním pojišťovnám a nemocnicím. Ve Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky řídil odbor strategie a rozvoje, vytvořil projekt AKORD a byl členem pracovní skupiny pro reformu zdravotnictví AIM, Brusel. Je předsedou sdružení Občan usilující o systémové změny ve zdravotnictví, vede semináře z ekonomiky zdravotnictví v CERGE-EI, je editorem e-měsíčníku Občan v síti, přednáší problematiku financování a organizace zdravotnictví a pracuje jako poradce ministra zdravotnictví.

Komentář:

„Šestiletá tradice projektu „Barometr českého zdravotnictví“ umožňuje nahlédnout do vývoje názorů, nálad a očekávání reprezentativního vzorku manažerů nemocnic a vzorku ředitelů zdravotních pojišťoven. Zajímavé je, že jejich pohled na aktuální situaci v jimi řízených zařízeních se v čase zásadně nemění, naopak jejich pohled do budoucnosti je silně závislý na stavu národního hospodářství a aktuálních náladách v rezortu.

Ekonomická krize se odrazila v pesimistických očekáváních, která se nenaplnila, jak ukazují malé výkyvy ve zpětném hodnocení efektivity, ekonomiky, dostupnosti služeb a jejich kvality. Zatímco v loňském roce si nikdo nedělal naději na navýšení úhrad za nemocniční péči, letos v to věří polovina respondentů. Tato očekávání budou jistě naplněna, protože se na zdravotním pojištění vybere více a stát navýšil platbu za své pojištěnce. Jistou neznámou zůstává nákladová stránka, protože bych si vsadil na vzestup počtu skrytých sociálních hospitalizací.

Obsazením poloviny v současné době neobsazených postelí se náklady nemocničního sektoru mohou zvýšit o nějakých 5 mld., a tedy absorbovat úhradové navýšení. Jistou obranou by mohlo být uplatnění administrativních regulací v podobě aplikace kritérií definujících oprávněnost pobytu na nemocničním lůžku (např. AEP). Nemocničnímu sektoru nejvíce prospějí stabilní pravidla a úhradové mechanismy, tedy dlouhodobě předvídatelná budoucnost. Proto věřme, že se podaří vytvořit stabilní instituci, která se bude věnovat údržbě klasifikačních systémů (DRG, Seznam výkonů) a průběžnou aktualizací parametrů úhradových mechanismů umožní opustit každoroční ekvilibristiku s úhradovou vyhláškou.

Jako každoročně tato analýza dobře mapuje pohledy manažerů lůžkových zařízení ve zdravotnictví, orientačně dává nahlédnout do postojů ředitelů pojišťoven a nezbyvá než tradičně povzdechnout nad chybějícím pohledem do názorů těch, kteří zdravotní péči čerpají a těch, kteří ji výkonně poskytují. To by ale už byla trochu jiná dimenze.“



MUDr. Milan Kubek
prezident, Česká lékařská komora

Promoval na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v roce 1992. Do roku 2004 pracoval v nemocnici v Praze 9 - Vysočanech nejprve jako sekundář na interním oddělení a poté jako samostatný ordinář pro angiologii. Od roku 2004 provozuje soukromou interní – angiologickou praxi na poliklinice Praha 9 - Prosek.

Problematikou organizace a financování zdravotnictví se zabývá od roku 1995. V letech 1999 – 2006 byl předsedou Lékařského odborového klubu - Svazu českých lékařů. Od roku 2004 do roku 2008 zastával funkci viceprezidenta Evropské federace lékařů zaměstnanců (FEMS).

Prezidentem České lékařské komory byl zvolen poprvé v lednu 2006, podruhé pak v listopadu 2010. V březnu roku 2009 byl zvolen viceprezidentem Stálého výboru evropských lékařů (CMPE), jehož hlavním úkolem je podpora kvality a bezpečnosti zdravotní péče v zemích EU a prosazování zájmů 2 milionů evropských lékařů zejména vůči orgánům Evropské Unie.

Motto:

Česká lékařská komora je garantem kvality lékařské péče a strážcem etiky výkonu lékařského povolání, který hájí profesní zájmy svých členů tak, aby lékaři mohli vykonávat své povolání co možná nejlépe. Existence silné a nezávislé profesní samosprávy je základní podmínkou zachování autonomie lékařů při výkonu povolání, která je nezbytným předpokladem bezpečnosti pacientů.

Komentář:

„Jako prezidenta České lékařské komory mě těší, že respondenti průzkumu oceňují kvalitu zdravotní péče. Vnímám to zejména jako ocenění práce zdravotníků, kteří bohužel stále zůstávají nedobrovolnými sponzory našeho podfinancovaného zdravotnictví, jehož mediální obraz je mnohem horší než realita. Je dobře, že si to uvědomují alespoň ředitelé nemocnic a pojišťoven.

Průzkum ukázal, když již ne nárůst optimismu, tak alespoň pokles pesimistických očekávání. Tuto změnu přičítám jednak závazku koaliční vlády zvyšovat platbu za tzv. státní pojištěnce i celkové výdaje na zdravotnictví a především pak méně restriktivní úhradové vyhlášce, která alespoň částečně zohlednila výhrady Ústavního soudu, který vyhověl návrhu iniciovanému naší komorou.

Skutečnost, že ředitelé regionálních nemocnic jsou ve svých odhadech budoucího vývoje pesimističtější než jejich kolegové z fakultních nemocnic, je snadno vysvětlitelná. Úhradová vyhláška finančně preferuje zdravotní péči, která se v regionálních nemocnicích neposkytuje.

Čemu nerozumím, to je neochota ředitelů nemocnic vyjádřit se k otázce prodlužování čekacích dob na plánované výkony. Proč tolik autocenzury v anonymizované anketě?

To, že dvě třetiny ředitelů nemocnic vnímají odchody lékařů a jejich nedostatek jako závažný problém, to asi nikoho nepřekvapí. Lékařů máme zkrátka nedostatek a v současnosti neexistuje žádné zázračné řešení jak vyhovět požadavkům evropské směrnice omezující množství přesčasové práce. Těch deset let, které naši politici promarnili, nám prostě chybí. Lékařská komora i LOK na problém nedostatku lékařů marně upozorňují mnoho let. Posledním pokusem jak situaci řešit byla akce „Děkujeme-odcházíme“, jejímž výsledkem byl podpis memoranda, ve kterém se Česká republika zavázala postupně zvyšovat platy lékařů za základní pracovní dobu. Své závazky však na rozdíl od nás vláda nesplnila.

Pokud se nechceme smířit s poklesem úrovně české medicíny, budeme muset do zdravotnictví více investovat. V první řadě je třeba zvýšit mzdy lékařů za základní pracovní dobu. Současný stav, kdy polovinu příjmu lékaře v nemocnici tvoří peníze za přesčasovou práci, je neudržitelný. Pokud potřebujeme více lékařů, měli bychom si je vychovat. Je tedy třeba zvýšit počet studentů lékařských fakult. Klíčové je zjednodušení systému specializačního vzdělávání tak, aby lékaři mohli co největší jeho část absolvovat na pracovištích co možná nejnižšího typu. Zároveň musíme stanovit jasné kompetence lékařům po ukončení tzv. základního vzdělávacího kmene. Nemocnice musíme otevřít lékařům z privátního sektoru, kteří by měli být motivováni k tomu, aby se spolupodíleli na zajišťování 24hodinové lékařské péče pro své pacienty. Nemocničním lékařům zároveň odlehčí personální posílení LSPP a záchranné služby. A v neposlední řadě bychom se měli i my snažit přilákat kvalifikované lékaře ze zahraničí.

V souvislosti s nedostatkem lékařů je třeba ještě vysvětlit, proč tento problém vnímají ředitelé regionálních nemocnic jako závažnější. Vysvětlení je jednoduché. Špatný systém specializačního vzdělávání nutí dnes mladé lékaře trávit před atestací celé roky ve fakultních nemocnicích. Zde slouží jako levná pracovní síla a přitom chybí v regionálních nemocnicích, kde by mohli získat více praktických zkušeností. Fakultní nemocnice dále těží ze skutečnosti, že část lékařů má dělený úvazek mezi školu a nemocnici, která tak může část přesčasových hodin zahrnovat do jejich základního úvazku.

A snad jen pro pousmání na závěr, aby bylo jasné, že všichni jsme jen lidé. Je až komické o kolik více ředitelů vidí zásadní rezervy v poskytování ambulantní péče, která se jich netýká, než v poskytování jejich nemocniční péče. Ostatně do stejného soudku patří názory ředitelů pojišťoven, že tyto platí za zdravotní péči v dostatečné výši.“



PharmDr. Lubomír Chudoba
prezident, Česká lékárnická komora

Narozen 1963 v Praze. Vystudoval Farmaceutickou fakultu Univerzity Karlovy, Hradec Králové, obor klinická farmacie (1987). Po studiu interní aspirant ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv na odboru farmakologie a toxikologie léčiv. Po roce 1989 lékárník - asistent a vedoucí lékárník v Lékárenské službě Hl. m. Prahy, v letech 1994 - 2008 provozovatel lékárny v Praze. V roce 1999 zvolen viceprezidentem, následně v období 2002 - 2007 vykonával funkci prezidenta České lékárnické komory. V listopadu 2011 zvolen opětovně prezidentem České lékárnické komory.

V průběhu výkonu funkce vrcholného představitele Lékárnické komory členství ve Vědecké radě Farmaceutické fakulty Univerzity Karlovy, v řadě českých a mezinárodních pracovních komisí a organizací (PGEU, EPF), bohatá přednášková činnost. Spoluúčast na tvorbě legislativních norem k lékárenské péči, spolupráce na vývoji celoživotního a specializačního vzdělávání farmaceutů.

Komentář:

„Porovnání názorů ředitelů nemocnic a zdravotních pojišťoven (ZP) je zajímavé. Často dosti odlišné hodnocení by si jistě zasloužilo detailnější rozbor. Škoda jen, že návratnost dotazníků je cca poloviční.“

Je potěšitelné, že české zdravotnictví je v celoevropském kontextu hodnoceno jako kvalitní. Rozdílný pohled na kvalitu a dostupnost péče v závislosti na jejím financování bylo možné do určité míry očekávat. Nicméně optimistický názor ředitelů ZP není pravděpodobně podložen znalostí reálných výsledků kontrol v jednotlivých nemocnicích, jak ostatně někteří sami přiznávají. Ředitelé nemocnic i pojišťoven se shodují v rezervách v kvalitě

současné poskytované zdravotní péče. Uvítal bych detailnější analýzu a hlavně návrh řešení v čase. Dostupnost nemocniční péče považuji i já za dostatečnou. Přál bych si, aby i pro péči lékárenskou byla zavedena pravidla umožňující její předvídatelnější rozvoj a financování.

Fluktuace zdravotnických pracovníků a nedostatek lékařů přetrvává, s tímto se potýkají i ostatní země EU. Domnívám se však, že řešením není jen další nárůst platů lékařů, nebo podpora vybraných lékařských specializací. Postupně by měl být účelněji využíván odborný potenciál ostatních vysokoškolsky vzdělaných zdravotnických profesí (lékárníků, klinických farmaceutů, vysokoškolsky vzdělaných zdravotních sester).

Nemocnice se domnívají, že jsou podfinancované, zdravotní pojišťovny zase naopak, že je přeplácují. Osobně přeji nemocniční sféře dostatek zdrojů pro její rozvoj. Snad se obdobného dočká i sféra ambulantní, včetně veřejných lékáren. Hospodaření nemocnic je podrobena kritice ředitelů ZP, obdobně by jistě odpověděli ředitelé nemocnic při recipročním hodnocení efektivity provozu zdravotních pojišťoven. Přiznaná neochota ředitelů ZP řešit nedostatek financí bankovním úvěrem či jiným institutem bohužel znamená, že své problémy s financováním budou přenášet na zdravotnická zařízení, třeba prodloužením splatností faktur. To není férový přístup. Pozitivní listy ZP jsou pak neuvěřitelně svérázným způsobem "rozvoje" transparentních pravidel nastavení cen a úhrad léků. Jejich důsledkem (nikoli jediným) jsou nejen časté výpadky léčiv díky reexportu, ale také podstatný nárůst spoluúčasti pacientů. Její příčinou je přetrvávající neschopnost pojišťoven zajistit dostupnost léků z pozitivního listu pro všechny své pojištěnce a originální tuzemský systém započitatelných a nezapočitatelných doplatků na léky. Vrcholem je pak názor ÚOHS, že zdravotní pojišťovny přes absenci zákonných pravidel prý svými pozitivními listy neovlivňují hospodářskou soutěž.

Překvapuje mě, že zdravotní pojišťovny nevěnují větší pozornost zohlednění kvality poskytované péče při sjednávání podmínek plateb nemocnicím. Ředitelé nemocnic i zdravotních pojišťoven se přiklání k tržní a komerční orientaci. To je jistě možné, ale v Česku se nadstandardům a konkurenci zdravotních pojišťoven vůbec nedaří. Vedení nemocnic a zdravotních pojišťoven se také podstatně liší při pojmenování a hodnocení významnosti rezerv v systému nemocniční péče. Možná jde jen o "setkání se" teorie s praxí."



MUDr. Jiří Běhounek

předseda Správní rady, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky,
předseda Komise pro zdravotnictví, Asociace krajů České republiky

Komentář:

Kvalita a dostupnost

„Trendy, které se u nemocnic a zdravotních pojišťoven v jejich hodnocení objevují, jsou kolísavými pocity o zhoršení kvality péče, ale nutno konstatovat, že za 20 roků od změny systému na „pojišťovenský“ a přes všechny potíže k dramatickým změnám nedošlo. Krok se světovou medicínou držíme stále. Je otázka, za jakou cenu. Co je jistě mnohem větším problémem, je ztráta kreativity, obratnosti a diferenciálně diagnostických schopností tak typických pro československé a později české zdravotnictví a jejich nahrazení výsledkováním čehokoliv s rezignací na syntézu těchto výsledků.“

Dostupnost akutní nemocniční péče

Díky ZZS a organizaci ve zdravotnictví se dle mého soudu dostupnost nezhoršila a ani její zhoršení nehrozí, pokud nedojde k dramatické změně, což nepředpokládám. Co však z Barometru vyčíst nelze, je stav linie prvního kontaktu – počty a struktura PLD, PLDD, stomatologů, které ani v největší snaze nemocnice nahradit nemohou a stávají se v systému nejvíce ohroženými.

Lidské zdroje

Stav je popisován jako zhoršující se s nedostatkem pracovníků. Nemohu skutečně pochopit, že směrnice EU upravující přesčasovou práci je známá už 10 let, poslední 4 se o ní intenzivně hovořilo, personálu nebyl nadbytek ale ani nedostatek, práce se zvládla a najednou působí směrnice tak značné problémy. Jsem hluboce přesvědčen, že je to jen otázka změny zaběhaných zvyklostí, stereotypů, přístupů a nedostatku snahy a ochoty hledat využití lidských zdrojů s novými výzvami a pohledy a opustit konzervativní způsoby práce a přistupovat k využití možností mnohem tvořivěji.

Zdravotní systém

Zdravotní systém jsme lehce deformovali především ztrátou jistoty klienta, že bude ošetřen v hierarchii postupu odborností dle tíže svého postižení a odborné potřeby. Bohužel ne vždy se tak děje a je nutno uvážit alespoň nějakou míru spádovosti, aby bydliště klienta nebylo limitujícím faktorem jeho pohybu v systému. Jinak si nelžeme, specializovaných pracovišť obecně máme při velikosti státu a počtu obyvatel nadbytek. A objektivizace jejich úrovně a případné srovnávání je odmítáno ze všech stran tak, jako elektronizace. Pravidla se většinou nastavují proto, aby se v ČR hledala cesta, jak je obejít. Způsoby financování nemocniční péče nemíním komentovat, protože úhradová vyhláška a způsob její tvorby s referenčními obdobími z minulosti jsou dle mého soudu překonanou cestou. Naopak to, co se má rozvíjet – systém DRG – živoří.

Hodnocení nemocnic

Hodnocení nemocnic ponechám bez dalšího komentáře. Není jednoduché srovnávat, když není dána metodologie postupu nemocnic. Hodnocení jistě neulehčují ani jejich různé velikosti, rozsahy péče, různí zřizovatelé, různé právní formy atd. Proto je třeba tvůrcům Barometru poděkovat a popřát dostatek sil k udržení projektu, protože největší přínos vidím v poměrně dlouhé časové řadě, díky níž lze vysledovat jisté trendy či postupy. Výsledky výzkumu bychom se měli snažit maximálně využít k dalšímu nasměrování českého zdravotnictví.“



Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

generální ředitel,

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Od roku 1997 je generálním ředitelem Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Zastává funkci viceprezidenta Svazu zdravotních pojišťoven České republiky a zastupuje jej v Association Internationale de la Mutualité jako člen rady guvernérů AIM. Je místopředsedou představenstva Národního referenčního centra, společného sdružení zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotní péče a ministerstva zdravotnictví. Je člen řídícího výboru Projektu vytvoření jednoho inkasního místa pro příjmy veřejných rozpočtů (JIM).

Komentář:

„Barometr českého zdravotnictví 2014“ již tradičně ukazuje hodnocení stavu našeho zdravotnictví očima manažerů nemocnic a pojišťoven. Tentokrát však nelze srovnávat účast 46 % ředitelů nemocnic, která je jistě reprezentativní s 45 % řediteli pojišťoven, protože tři ředitelé dostatečně reprezentativním vzorkem prostě nejsou. Bylo by jistě velmi žádoucí mít na některé otázky i pohled současného pacienta.

Od průzkumu v roce 2013 se mnoho změnilo. Padla vláda, máme za sebou období drobných korekcí v závěru loňského roku a novou vládní politiku. To se projevovalo radikálními hodnoceními v druhé polovině loňského roku i určitým uklidněním nyní po zvýšení příjmů nemocnic od 1. 1. 2014 a kompenzací poplatků od 1. 7. 2014. Takže aktuální hodnocení nakonec proti roku 2013 tak velké odchylky nevykazuje. Shodujeme se, že máme pořád ještě kvalitní zdravotnictví. Aktuálně je počet stížností a zejména počet oprávněných stížností v této oblasti minimální.

Nepochybně to především znamená, že přes všechny problémy je celkově zdravotnictví kvalitní a péče dostupná. Určitě to však neplatí vždy a všude. Zde je zajímavé, jak se zhruba stejně velký počet ředitelů nemocnic u některých výkonů domnívá, že se časová dostupnost zlepšila a stejný počet, že se zhoršila. Buď se tedy péče přesouvá, nebo si nejsme moc jisti, jak to vlastně je. Pokud jde o kvalitu a dostupnost, tak se zatím pacienti svých práv dovolávají jen ojediněle. V Oborové zdravotní pojišťovně se snažíme právě tento přenos informací pro pojištěnce maximálně usnadnit a využít elektronické komunikace.

Myslíme si, že je ve vlastním zájmu vedení nemocnic i pojišťoven, aby byly vystaveny tlaku všude tam, kde by pacient mohl být oprávněně nespokojen. Je to ta nejlepší zpětná vazba pro řízení.

K vlastním výsledkům „Barometru“ musím znovu zopakovat výrazně jiný pohled na rezervy v efektivitě. Jako ředitel pojišťovny dnes a denně vidím, že jsou prováděna zbytečná vyšetření, že část kapacit nákladné přístrojové techniky je využívána buď nedostatečně a neměla být vůbec pořízena, nebo její využití prudce naroste, když regulace poklesne, ale bez výrazného nárůstu vlastní kvality a racionality léčby. Dokonce se zdá, že čím rozsáhlejší soubor ukazatelů si lékař například z laboratoře vyžádá, tím je větší pravděpodobnost, že bude některá hodnota hraniční a dojde k dalším vyšetřením.

Chápu však i hodnocení ze strany nemocnic, kdy za daných podmínek může být v jednotlivých případech a v krátkém čase obtížné výrazné úspory provést. Rezervy v efektivitě nepochybně jsou, ale může být stále obtížné je skutečně uvolnit.

Máme za sebou poznání, že se již nejspíše už nikdy nebude opakovat období 5 až 10% nárůstu pojistného. Aktuálně pro rok 2014 vypomohl státní rozpočet a rezervy, ale ani na tento zdroj bych opakovaně nespolehl. Takže opět přijde maximální růst zdrojů jen nepatrně nad inflací a ročně nám pak budou scházet 2 – 3 % zdrojů na pokrytí stárnutí populace a rozvoj medicíny. Tyto 2 – 3 % v každém případě zaplatí občané. Mělo by být otázkou pro politickou diskuzi, zda cestou daní, které dopadnou v různé míře jen na některé z nás nebo na poplatcích a doplácích, které zase nerovnoměrně zatíží pacienty.“



MUDr. Pavel Frňka, DMS

ředitel strategie, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Po absolutoriu Fakulty všeobecného lékařství v Praze v roce 1986 pracoval jako chirurg a traumatolog v Okresní nemocnici Havlíčkův Brod a Nemocnici neodkladné péče v Praze. Od roku 1995 působí na manažerských pozicích v České národní zdravotní pojišťovně a České průmyslové zdravotní pojišťovně, je předsedou Zdravotní sekce Svazu zdravotních pojišťoven České republiky. Snaží se soustředit především na témata, která mohou prospět rozvoji systému veřejného zdravotního pojištění a zdravotních služeb obecně. Narozen 1961 v Praze, má jednoho syna.

Komentář:

„Tak jako každý rok, i letos jsem si se zájmem prolistoval výsledky Barometru českého zdravotnictví. Jako vždy mne potěšil již jeden z prvních grafů - jak plátcí, tak ředitelé nemocnic považují i nadále český systém zdravotní péče v celoevropském srovnání za kvalitní. Samozřejmě můžeme namítat něco o tom, že to je skupina, která si nebude hanět výsledky své práce, ale tento výstup není v rozporu ani s dlouhodobými výsledky, které Česká republika dosahuje v hodnoceních Eurostatu nebo OECD.“

Důležitější je tedy pohled na vývoj v čase - zdá se, že obavy (především z pohledu ředitelů nemocnic) z hrozby zhoršení dostupnosti a kvality péče, které se projevily statisticky významným zvýšením podílu negativních odpovědí v letech 2012 a 2013 jsou za vrcholem. Můžeme diskutovat o tom, zda jde o vliv překonání strachu z nedostatku zdrojů na poskytování zdravotních služeb, odpískání akce optimalizace lůžkového fondu nebo se ve změně pohledu odráží i obecné společenské změny (a výměna politické garnitury).

Varujícím trendem je naopak oblast personální, která může mít bohužel v budoucnosti zásadní dopad na kvalitu poskytovaných služeb. Jestliže se zhoršují obavy ředitelů jak z fluktuace zdravotnického personálu, tak i přímá vyjádření jeho nedostatečnosti (66% ředitelů nemocnic pocituje nedostatek lékařů a 31% nedostatek sester) jedná se o výrazný fenomén, zvláště v porovnání s minulostí. Zdá se tedy, že se budeme muset začít více zajímat o příčiny - je to jen tím, že se změnily podmínky přesčasové práce nebo i tím, že naše zdravotnictví není atraktivní pro ty, kteří v něm pracují nebo do něj přicházejí? Osobně si přidávám ještě jednu otázku - není to tím, že investujeme příliš prostředků do betonu a technologií a málo do lidí?

Samozřejmě jako pojišťovák nemohu přejít bez poznámky finanční část. Optimistické vyjádření k trendu výše úhrad v roce 2014 odpovídá již známým parametrům úhrad, které nastavila pro lůžkovou péči vyhláška z prosince minulého roku. Překvapivý pro ty, kteří ji znají podrobněji a modelovali si možné dopady, není ani výrazný rozdíl v odpovědích za jednotlivé skupiny nemocnic. Právě proto si ale stojí za to zopakovat "cui prodest": 71 % ředitelů fakultních nemocnic očekává pozitivní trend ve výši úhrad, naopak 64 % ředitelů příspěvkových nemocnic čeká negativní trend nebo při nejlepším stagnaci.



MUDr. Jiří Bek
specialista pro smluvní a zdravotní politiku,
Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Po promoci se věnoval 25 let chirurgii (zejména traumatologii), více jak 20 let ve Fakultní nemocnici na Královských Vinohradech. Od r. 1989 byl primářem chirurgického oddělení Nemocnice neodkladné péče v Praze 5 na Malvazinkách. Má 3 atestace (I. a II. stupeň chirurgie, traumatologickou). Účastnil se několika misí humanitární pomoci. V roce 1994 vytvořil Českou národní zdravotní pojišťovnu a po 15let její samostatné existence byl jejím ředitelem. V současnosti působí ve Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, kde se věnuje využití IT technologií ve vztahu ke kvalitě, efektu a ceně poskytované zdravotní péče. Byl také jmenován jako zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky do představenstva společnosti IZIP a.s.

Komentář:

„Činnost společnosti HCI dlouhodobě sledující názory hlavních aktérů ve zdravotnictví na poskytování zdravotní péče a její úhradu vč. dopadu na vývoj a stav našeho zdravotnictví, je velmi potřebná. V každém odvětví činnosti je nutné znát vazby, souvislosti, dopady a z toho se odvíjející i předpoklady vývoje dalšího směřování systému. Je tedy velmi záslužné vědět, s jakým efektem pracujeme, co by mohlo být eventuálně překážkou a tedy čeho se vyvarovat a naopak kterým směrem se dále ubírat, abychom udrželi úroveň. Zároveň ale musíme být schopni s předstihem reagovat na měnící se „medicínu“ a včas realizovat nové pohledy na diagnostiku a terapii. Současně je nutné mít velmi na paměti, že vše něco stojí a finanční možnosti nejsou neomezené, tedy sledovat nejen kvalitu a dostupnost ale i efektivitu a cenu zdravotní péče, aby zdravotnictví dobře fungovalo.“

Kvalita a dostupnost péče

Převažující názor představitelů zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven o srovnatelné kvalitě našeho zdravotnictví v celoevropském měřítku je velmi potěšující. Nicméně titíž lidé se shodují v názoru, že je možnost zlepšení nejen v dostupnosti, ale i v kvalitě současné zdravotní péče. Jestliže je naše zdravotnictví srovnatelné se zdravotnictvím vyspělých států Evropy, pak se ale náš názor vztahuje nejen ke zlepšení úrovně zdravotní péče v České republice, ale v celé Evropě! Nebo to byla jenom odpověď na jednu otázku, a když přišla druhá, odpovím bez jakékoliv konsistence k předešlé? Nicméně většina z nás ví, že znalosti našich lékařů a zdravotníků a vybavení nemocnic a ambulantních ordinací, jsou plně srovnatelné s kolegy a pracovišti ostatních států Evropy, přesto také víme, že neustále je nutno stávající stav zlepšovat.

Lidské zdroje

Zjištění potenciálního nebezpečí nedostatku lékařů a zdravotnického personálu by pro nás mělo být velkým mementem vedoucím již v tento okamžik k nastavení pravidel a podmínek pro řešení této situace, abychom jí zcela předešli, anebo alespoň snížili dopad na únosnou míru a realizovali opatření k nápravě. Víme, že vstupem naší republiky do EU, při zajištěném volném pohybu osob nejen za turistikou, ale i za prací, zde existuje možnost zajištění péče prostřednictvím odborníků z jiných zemí EU. Víme také, že jsou zde určité trajektorie, po kterých se pohyb odborníků děje. Tak jak od nás jdou někteří lékaři do zemí na západ od nás, tak zase přicházejí zdravotničtí pracovníci z východně položených zemí k nám. Globalizace světa a tedy i Evropy je zde a je nutno ji vnímat jako pozitivum, před kterým zavírat oči je velkou chybou, ale stejnou chybou by bylo spolehnout se na tento stav a nesnažit se saturovat personální potřeby pro zajištění našeho zdravotnictví výchovou a vzděláním vlastních dětí – studentů. Je dobře, že o potenciálním problému víme, protože pak se na řešení můžeme připravit.

Finance

Oblast snad nejtěživější a také nejkontroverznější. Vidíme zde diametrální rozdíl vnímání dostatku či nedostatku financí z pohledu plátce zdravotní péče, tedy ředitele zdravotní pojišťovny a poskytovatele zdravotní péče, ředitele nemocnice. Názor ředitele nemocnice je z pohledu zajištění všech souvisejících činností s jejím provozem, tedy mzdové náklady, investice do výstavby a oprav nemovitého majetku, do rozvoje zajištění moderních diagnostických a léčebných metod apod., je z této pozice naprosto legitimní prezentovat názor o nedostatku stávajících finančních prostředků. Představitel zdravotní pojišťovny má ale definovaný objem financí, který je při tvorbě zdravotně pojistného plánu předpokladem a teprve Výroční zpráva za uběhlý kalendářní rok má informaci o skutečném finančním objemu. Vyplývá z toho nezáviděníhodná situace pro obě strany, protože zdravotní pojišťovna může garantovat pouze identický objem péče jako v již uběhlém roce, kdy úhradu vykázané a uznané zdravotní péče jako oprávněné, již proplatila. Je tedy nutné mít určitou rezervu na objem péče, který vznikl nově. Zavedení systému úhrady některých diagnóz dle DRG bylo nesporně správným směrem, rovněž stanovení „balíčkových cen“ za některé dg. je rovněž řešení. Nicméně je nutné vědět, že objem péče není stabilní a rok co rok absolutně stejný, a rovněž musíme vnímat i změnu charakteru péče a tím i její cenu. Výrazné ovlivnění charakteru dosavadní zdravotní péče je zcela změněné pojetí prevence. Prevence v budoucnu bude vycházet z informací na histogenetickém základě s cílem ovlivnit již dispozici vzniku onemocnění a ne až již vzniklé klinické příznaky, a to třeba i v latentní fázi. Budoucnost je ve sledování kvality, efektu a ceny zdravotní péče ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi. Samozřejmě, že všechna opatření vedoucí k objektivizaci transparentních finančních toků, jsou realizovatelná s očekávaným efektem pouze při plném využití možností IT technologií, které nám doba přináší na stříbrném talíři.

Názory na zdravotnický systém

Současný systém veřejného zdravotního pojištění financovaného prostřednictvím zdravotních pojišťoven má své přednosti ale také svá úskalí při srovnání s financováním péče prostřednictvím jedné instituce (viz NHS ve Velké Británii). Je potěšující, že „Barometr“ registruje u svých respondentů pocit nutnosti zefektivnění systému a určité sympatie k tržnímu principu organizace našeho zdravotnictví. Rozdílný pohled na finanční rezervy systému jsou opět dány určitou „nekomunikativností“ mezi jednotlivými účastníky systému. Individualizace s vazbou na pozitivní

motivaci smluvního vztahu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením založeném na rychlém zjištění diagnózy a cílené léčbě vedoucí v optimálním čase k uzdravení pacienta je nutným krokem pro zajištění efektivity zdravotnictví.

Shrnutí

Je dobře, že existují společnosti, které zjišťují stávající vnímání skutečnosti u jednotlivých účastníků systému veřejného zdravotního pojištění a zveřejňují na profesionální úrovni svá zjištění a zároveň vybízejí k zlepšování současného stavu. Je ale nutné také říci, že jenom aktéři, i když velmi významní, sami bez spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví jako gestorem rezortu a podpory napříč politickou reprezentací, mnoho nezmohou.“



Ing. Marek Ševčík

Senior marketingový manažer pro sektor Zdravotnictví, Komerční banka, a.s.

Komentář:

„Že nám v Čechách neustále hrozí zhoršení kvality nebo dostupnosti zdravotní péče, si můžeme v novinách přečíst poměrně často. Všichni, kdo se ve zdravotnictví orientují, ale i my, čas od času běžní pacienti, můžeme potvrdit, že je tomu spíše naopak. V posledních letech zaznamenala kvalita péče v českých nemocnicích poměrně značný vzestup. S názory ředitelů nemocnic i pojišťoven, kteří považují český zdravotnický systém v celoevropském měřítku za kvalitní, se nedá než souhlasit.“

Koneckonců, když se mému tělu v letošní zimě-nezimě nelíbila léčba antibiotiky, vyzkoušel jsem si péči v nemocnici na Bulovce na vlastní kůži, i když jen ambulantně. Dalo by se říci doslova „na vlastní kůži“, protože jsem vypadal tak, že by mě kterýkoli kmen jihoamerických indiánů bez váhání přijal za náčelníka.

Zda měla alergickou reakci na svědomí levnější generika nebo šlo o běžné nežádoucí účinky antibiotik, nedovedu posoudit. Že neustálý tlak na ceny léků, resp. pozitivní listy, pomohou k dosažení úspor, je evidentní. Letošní Barometr ale ukazuje, že ředitelé nemocnic o kladném dopadu pozitivních listů na celkovou kvalitu a cenu zdravotní péče přesvědčení nejsou. Musel bych po léčbě jiným typem antibiotik běhat do nemocnice? Nevím. Možná by byly celkové náklady za léčbu nižší.

Tak či tak musím interní a následně kožní ambulanci Bulovky pochválit. Přestože se čekárna rychle plnila, celkem to, jak se říká, „odsejpalo“. Vstřícný personál pak oceníte hlavně při injekčním podání látek tlumících alergickou reakci, jež se aplikují do místa, které člověk běžně využívá při sezení v kanceláři.

S kvalitou péče jsme na tom tedy poměrně dobře, což potvrzují nejen výsledky Barometru, s hospodařením nemocnic už je to ale horší. Prakticky každý druhý ředitel nemocnice připouští, že jeho nemocnice nehospodaří zrovna efektivně. Další a další zdroje do systému přicházejí logicky nemohou. Finanční zdraví českých nemocnic proto pociťují zejména dodavatelé léků, zdravotnických prostředků nebo služeb, kteří musejí v porovnání s ostatním podnikatelským sektorem čekat nepoměrně déle na platby za své dodávky. Při současném tlaku na ceny dodávek tak není divu, že musí občas přistoupit k účtování penále za pozdní splatnost faktur. V rámci skupiny KB umíme nemocnicím a dodavatelům pomoci tento problém řešit a závazky nemocnic / pohledávky dodavatelů profinancovat. Dodavateli tak pomůžeme snížit objem kapitálu vázaný v pohledávkách, nemocnicím ušetříme náklady spojené s platbou případných penále. V době historicky nejnižších úrokových sazeb na trhu je proto faktoring stále cenově výhodnějším nástrojem financování dodavatelsko-odběratelských vztahů. Koneckonců naše dceřiná společnost Faktoring KB tyto služby poskytuje běžně v řadě různých odvětví české ekonomiky. KB je ve zdravotnictví historicky velmi aktivní, proto máme s tímto sektorem dlouhodobé zkušenosti. Jsme připraveni nabídnout veškeré služby poskytované univerzálními bankami, ať už ve financování nebo jiných oblastech (platební styk, karty, platební termíny, vklady), a to firmám, podnikatelům i občanům.

Pokud se management českých nemocnic bude stejně jako doposud snažit neustále zvyšovat kvalitu péče i personálu, podobně jako i my neustále zlepšujeme služby a servis poskytovaný našim klientům, nemusíme se o budoucnost českého zdravotnictví obávat.“



MUDr. Milan Cabrnach

poslanec Evropského parlamentu,
člen Výboru pro sociální věci a zaměstnanost,
člen Výboru pro životní prostředí, veřejné zdraví a bezpečnost potravin

MUDr. Milan Cabrnach se věnuje problematice organizace zdravotnictví a souvisejícím tématům dlouhodobě a souvisle. Je spoluautorem koncepce zdravotnictví Občanské demokratické strany. V současné době se zabývá zejména informovaností pacientů a na to navazující oblasti eHealth. Mimo to se věnuje zaměstnávání zdravotně postižených a jako předseda a zakladatel Českého národního fóra proti osteoporóze usiluje o zvýšení povědomí o tomto onemocnění.

Komentář:

„Výzkum se soustředí na podstatné problémy vztahující se k českému zdravotnictví, zejména k nemocnicím a jejich vztahu ke zdravotním pojišťovnám. I přes malý počet zúčastněných ředitelů zdravotních pojišťoven výsledky potvrzují zásadní rozpor mezi hodnocením situace i návrhy na její řešení mezi pojišťovnami a nemocnicemi. Svůj vliv na výstupy má jistě i fakt, že výsledky neobsahují hodnocení soukromých nemocnic, jejich přístupy i výsledky hospodaření jsou často rozdílné. Jak asi hodnotí české zdravotnictví pacienti?

V hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb přetrvává optimismus jak mezi nemocnicemi, tak mezi pojišťovnami. Respondenti hodnotí svou vlastní práci. Vidí možnosti zlepšení kvality, ale současně se většinově obávají jejího zhoršení - zřejmě v důsledku vnějších vlivů. Stejně tak vidí i možnosti zlepšení dostupnosti, která se ale nemění. Osobně se obávám, že víra ve vysokou kvalitu poskytovaných služeb není podložena reálnými

výsledky. Hodnocení kvality poskytovaných služeb v nemocnicích má většinou strukturální povahu, které je nedostačující. Hodnocení spokojenosti pacientů přináší užitečnější výstupy. Alarmující je, že ani smluvní politika zdravotních pojišťoven, ani úhradové mechanismy kvalitu poskytovaných služeb neberou v potaz!

V oblasti lidských zdrojů je zřetelná rostoucí obava z fluktuace zdravotnických pracovníků a jejich nedostatku. Zajímavé je, že nemocnicím chybí více lékaři, než sestry. Zaráží mne, že si manažeři ve zdravotnictví stěžují na fluktuaci. Pohyb pracovníků s vysokou kvalifikací je běžný jev. Lidé sbírají zkušenosti, získávají praxi, využívají příležitosti a přesouvají se na pracoviště, kde mohou zastávat odpovědnější pozice nebo dělat zajímavější práci. Nedostatek kvalifikovaných zdravotnických pracovníků je v Evropě běžný a celá řada zemí jím trpí více než Česká republika. Je potřeba se trendu přizpůsobit a hledat kvalifikované pracovníky pro naše zdravotnická zařízení i z jiných zemí.

Výsledky v oblasti financování ukazují, jak je systém českého zdravotnictví a zdravotního pojištění již několik let zafixovaný ve stavu, který není dobrý. Doby splatnosti se nemění, způsob úhrady se nevyvíjí, rozsah nasmlouvané péče se nemění, pozitivní listy jsou sice smysluplné, ale nemají pozitivní dopad ani na kvalitu ani na cenu péče (kde je tedy ta smysluplnost, mají snad dopad na dostupnost?). Výše úhrad je podle 3/4 nemocnic nedostatečná, ale podle všech pojišťoven dostatečná - překvapivě se spíše shodují na tom, že nemocnice efektivně ne hospodaří. Optimismus směrem k očekávání vyšších úhrad tak pramení jen z toho, že je ministrem opět jeden z ředitelů nemocnic, za stranu připravenou více rozdávat - s jediným problémem - z čeho?"



Ing. Petr Nosek
bývalý náměstek pro zdravotní pojištění,
Ministerstvo zdravotnictví České republiky

V sektoru zdravotnictví pracuje od r. 1990, kdy působil na pozici náměstka ředitele Okresního ústavu národního zdraví pro okres Jičín. Od založení Správy všeobecného zdravotního pojištění v r. 1991 a Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky v r. 1992 pracoval na vedoucích pozicích okresní a krajské úrovně Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Aktivně se podílel na rozvoji Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a účastnil se řady projektů, byl vedoucím I. Pilotního projektu na zavedení klasifikace DRG 1995-1998, vedoucím projektu „Lázně“ 2000-2002. V letech 2007 – 2010 působil na pozici ředitele krajské pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny pro Středočeský kraj. V období od září 2010 do října 2013 působil na pozici náměstka pro zdravotní pojištění na Ministerstvu zdravotnictví České republiky.

Komentář:

„Obecné vnímání úrovně českého systému zdravotní péče v evropském srovnání je dlouhodobě pozitivní. Toto vnímání je již po několik let v přímém rozporu s prakticky nepřetržitým „zasedáním krizového štábu“, který opakovaně předjímá katastrofický vývoj českého zdravotnictví a to zejména v oblasti nemocniční péče. Naproti tomu se podstatná část manažerů shoduje na rezervách v oblasti efektivity poskytování zdravotních služeb bez výraznějšího posunu při pohledu na minulá hodnocení.“

Kvalita a dostupnost péče

Lze konstatovat, že již tradičně je kvalita a dostupnost zdravotní péče v České republice v porovnání s evropskou úrovní velice dobře hodnocena. V tomto kontextu je velice zajímavé i hodnocení v oblasti možnosti zlepšení především kvality zdravotní péče, což svědčí o dosud nevyčerpaných možnostech v této oblasti, které jsou si manažeři ve zdravotnictví dobře vědomi.

Lidské zdroje

Je zajímavé, že přes zjevnou ekonomickou stabilizaci systému zdravotnictví se tato dosud nepromítla do personální oblasti, i když zde lze zaznamenat rozdíly mezi fakultními a ostatními nemocnicemi. K dané situaci vede jistě i „boj“ o zaměstnance s praxí mezi jednotlivými nemocnicemi. Na druhou stranu je pozitivní, že se ředitelé nemocnic dokázali vypořádat s problémem přesčasové práce po konci výjimky.

Finance

Tato oblast hodnocení je oproti minulému roku jednoznačně ovlivněna realizovaným zvýšením platby za státní pojištění, příslibem kompenzace zrušených regulačních poplatků a pozitivním ekonomickým vývojem, což se projevuje ekonomickou stabilitou ve všech parametrech včetně očekávané splatnosti faktur. Rozdílné hodnocení dostatečnosti finančních prostředků mezi řediteli nemocnic a řediteli zdravotních pojišťoven je logickým výstupem jejich postavení. Zajímavý je názor ředitelů nemocnic na tzv. pozitivní listy, je známou skutečností, že nemocnice při řízení svých nákladů běžně používají „nemocniční pozitivní listy“, ale jejich uplatnění v rámci zdravotních pojišťoven nevnímají pozitivně v oblasti kvality zdravotní péče. Positivně lze hodnotit i zvýšení počtu ředitelů nemocnic, kteří preferují platbu za případ oproti paušálním úhradám.

Zdravotnický systém

Je poměrně paradoxní, že ačkoli se obě skupiny manažerů většinou kloní tržním principům organizace systému zdravotnictví a legislativa jim umožňuje dohodnout se na způsobu úhrady, tak v praktické rovině tento princip není uplatněn a to ani v zohlednění kvality poskytovaných zdravotních služeb ani v oblasti zavádění nových výkonů a přístrojů. Paradox podtrhuje i zjištění shody na nutnosti zefektivnění celého zdravotnictví.

Hodnocení nemocnic

Shoda podstatné většiny ředitelů na potřebě opatření vedoucí k zefektivnění systému i vlastních nemocnic se nemění, takže se nabízí otázka, do jaké míry je tato ambice z jejich strany naplňována. Pozitivně hodnotím shodu ředitelů nemocnic a pojišťoven v oblasti rezerv nemocniční péče „komunikace s pacienty“ kde se projevuje skutečný zájem o pacienta = pojištěnce jako o klienta, dále v oblasti „větší efektivita práce“. Dopad nového občanského zákoníku v oblasti vztahů pacient vs lékař se zjevně projeví až v dalších letech.“



prof. MUDr. Petr Cetkovský, Ph.D., MBA
ředitel, Ústav hematologie a krevní transfuze

Absolvoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni a do roku 2000 působil ve Fakultní nemocnici Plzeň. Poté přešel do Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze, kde do července loňského roku vedl klinický úsek. Od 1.7. 2013 Ústav hematologie a krevní transfuze v Praze řídí. Titul Ph.D. získal v oboru onkologie na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity Brno, MBA pak v oboru zdravotnictví na CMC/Auburn University v České republice. Profesorem pro obor onkologie byl jmenován v únoru 2012. Kromě práce v Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze se věnuje publikační a pedagogické činnosti v Ústavu klinické a experimentální hematologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze a na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity Brno.

Komentář:

„Do zdravotnictví se pomalu vrací dobrá nálada. Ministru Němečkovi se tak alespoň na první pohled daří, co si předsevzal: Ředitelé nemocnic se méně obávají poklesu rozsahu nasmlouvané péče a také mají menší obavy z toho, že zdravotním pojišťovnám dojdou peníze. Loni očekávalo opožděné platby 34 procent z nich, nyní to je jen 18 procent.

Je to však trochu paradox. Kdo čte tento opravdu rozsáhlý a v Česku ojedinělý průzkum pozorně, vidí, že i když se o neefektivitách ve zdravotnictví přestalo mluvit, uvnitř v systému stále existují.

Existenci značných rezerv totiž připouští 65 procent ředitelů. A proč je to problém? Podívejme se třeba na organizaci zdravotní péče. Zatímco na jedné straně slyšíme o přebytku lůžek v oborech, které ovládla jednodenní chirurgie, například v hematologii se potýkáme s nedostatkem kapacit.

Podle analýzy, kterou máme k dispozici, chybí jen v Praze a ve Středočeském kraji 10 až 15 lůžek. V našem centru je kvůli tomu na čekací listině na transplantaci kostní dřeně aktuálně 24 pacientů. Průměrná hospitalizace jednoho z nich přitom trvá 24,2 dne.“



Ing. Martin Bláha, MBA

předseda představenstva, Jihočeské nemocnice, a.s.,
místopředseda představenstva a ekonomický ředitel, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Martin Bláha (* 1978) vystudoval ekonomii na Fakultě financí a účetnictví Vysoké školy ekonomické v Praze, obory finance, účetnictví a finanční řízení podniku a daně a finanční kontrola. Oboru se věnoval již během studia, kdy se stal členem Komory daňových poradců České republiky a tuto činnost vykonával nejprve jako fyzická osoba a poté ve vlastní firmě, kterou založil. V roce 2007 spoluzaložil obchodní společnost zabývající se internetovým prodejem kontaktních čoček. Tato společnost je dnes největším prodejcem kontaktních čoček v České republice a na Slovensku, prodává v 11 zemích Evropy. Obě společnosti existují a pokračují v činnosti dodnes.

Od roku 2009 působí Martin Bláha v managementu jihočeských nemocnic, kde zastává pozice předsedy představenstva Jihočeských nemocnic, a. s. a místopředsedy představenstva a ekonomického ředitele největší jihočeské nemocnice - Nemocnice České Budějovice, a. s. Je zodpovědný za řízení ekonomického, obchodního a provozně-technického úseku včetně investičního oddělení a oddělení IT.

Komentář:

„Máme za sebou poměrně složitý rok 2013, ve kterém se musela zdravotnická zařízení vyrovnat s poklesem úhrad od zdravotních pojišťoven, jakož i s dalšími negativními finančními vlivy. Některým se to podařilo lépe, jiným hůře.

Jsem rád, že jihočeské nemocnice tento nelehký rok opět zvládly a jejich hospodaření skončilo, jako každoročně, v černých číslech.

Jak se bude vyvíjet české zdravotnictví v roce 2014? Především je potřeba říci, že bude nadále na světové špičce co do kvality a dostupnosti zdravotní péče pro občany státu, a to všechno při velmi nízkých nákladech, reprezentovaných pro občany toliko pojistným veřejného zdravotního pojištění.

I nadále bude to, jak vypadá naše nemocnice, záležet v první řadě a téměř výhradně na nás samotných, kteří v ní pracujeme. V České republice se pořádá velké množství různých konferencí a kulatých stolů, na kterých se s větší či menší intenzitou diskutuje o tom, co všechno je v českém zdravotnictví špatně. Výsledkem těchto setkání pak mohou být dlouhé série výmluv či poukázání na viníky našeho vlastního neúspěchu.

Není to „špatná úhradová vyhláška“, „zlé zdravotní pojišťovny“ nebo „nevyzpytatelný stát“, který si mění DPH, jak se mu zachce, co by nás mělo v naší práci nejvíce trápit. Toto všechno jsou jen vnější podmínky, které bychom měli znát, ale zároveň si dobře uvědomit, že je můžeme přamálo ovlivnit. Vedle těchto vnějších podmínek je ovšem celý svět příležitostí, kterých se můžeme chopit, aby naše nemocnice byla finančně zdravá, poskytovala tu nejlepší péči, našli jsme v ní spokojené pacienty a spokojené zaměstnance.

Co by si měl vlastně manažer nemocnice přát? S jistou nadsázkou říkám, že pouze dvě věci. Za první tým lidí (spolupracovníků), který táhne za jeden provaz. Za druhé, každých pět let krizi, která nás donutí udělat více než jindy a být tak zase o něco lepší.

Přeji českému zdravotnictví v roce 2014 méně politiky a více zdravého rozumu.“



MUDr. Filip Horák, MBA
člen představenstva, AGEL a.s.

Člen dozorčí rady AGEL, a.s. od letošního roku. Dříve ve společnosti AGEL, a.s. vykonával funkci generálního ředitele a předsedy představenstva, ředitele pro strategie a místopředsedy představenstva, zdravotního ředitele. Místo zdravotního ředitele zastával také ve Vítkovické nemocnici, a.s. v letech 2005-2006. Byl ředitelem Nemocnice Třinec, p.o. (2006-2008) a ředitelem Nemocnice Bílovec, p.o. (2004). První léta své profesní dráhy působil jako náměstek ředitele LP v Městské nemocnici Ostrava-Fifejdy (1996-2000). Následující tři roky vedl Odbor zdravotního pojištění ve Fakultní nemocnici Ostrava.

Komentář:

Kvalita a dostupnost péče

„Kvalita a dostupnost péče - přes všechny neduhy českého zdravotnictví, patří kvalita a dostupnost péče v České republice ke světové špičce. Společným úkolem všech účastníků našeho zdravotního systému je o tomto faktu přesvědčit naše občany a mnohdy i politiky. Letošní pozitivní zprávou je, že si to myslí čím dál víc ředitelů nemocnic, kteří by měli být hlavními nositeli těchto myšlenek.

Lidské zdroje

Lidské zdroje - ředitelé nemocnic vnímají jako problém fluktuaci lékařů, nicméně je si třeba přiznat, že se prostě mění to, že lékař kdysi nastoupil do nemocnice a vydržel tam až do důchodu. Je přirozené, že i lékaři, tak jako to dávno dělají špičkoví odborníci v jiných odvětvích, jdou tam, kde mají zajištěný největší odborný rozvoj a zároveň

odpovídající finanční ohodnocení. Na skutečný počet lékařů, máme prostě více nemocnic a lékaři se postupně budou koncentrovat tam, kde oni sami vidí největší možnost svého uplatnění. Buď se musí zvýšit počet lékařů, nebo se bude muset snížit počet nemocnic. Přestože se s touto myšlenkou ještě mnozí nesmířili, je jednoznačný trend ke koncentraci péče do větších nemocnic, kde se samozřejmě řeší jednodušeji i personální problémy. Je rozdíl, když odejdou 2 chirurgové z nemocnice, kde jsou celkem 4 lékaři na oddělení, nebo když odejdou 2 lékaři z oddělení, kde jich je 8. To samé je i u přesčasové práce, platí přímá úměra, čím menší nemocnice, tím větší problémy.

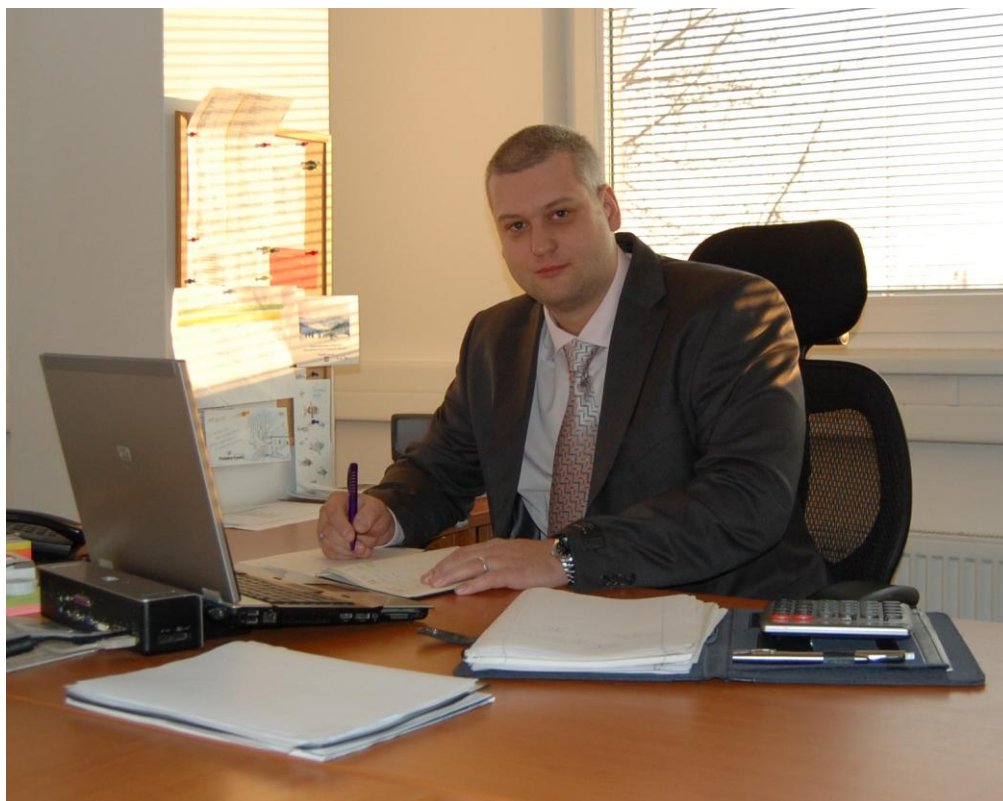
Finance

Po třech letech stagnace, když v loňském roce došlo k dalšímu, téměř 10ti% snížení úhrad, je naděje, že se mnohé nemocnice mohou letos trochu nadechnout. Pokud se už nic zásadního nestane a budou opravdu nahrazeny chybějící poplatky za hospitalizaci, je možno se na letošní rok dívat optimisticky, minimálně optikou uplynulých tří let. Stejný mírný optimismus sdílejí i ředitelé nemocnic. Zároveň je pozitivní jistá míra sebereflexe, protože si většina ředitelů myslí, že jsou ještě stále rezervy v efektivitě hospodaření jejich zařízení. I zde platí to co jsem již naznačoval v předchozí kapitole, čím menší nemocnice, tím větší problémy personální i ekonomické, neboť fixní náklady spojené s dostatečným personálním obsazením i s profinancováním péče jsou tak velké, že od jistého minimálního počtu pacientů není nemocnice schopna poskytovat kvalitně akutní péči.

Zdravotnický systém

Pokud chceme opravdu a systémově vyřešit problémy lůžkové péče v České republice, musí dojít k redukci těch lůžkových zařízení, které nejsou schopny z omezeného počtu svých pacientů efektivně profinancovat svůj provoz. Nejde o přímé rušení těchto zařízení, ale o převedení do režimu následné péče s posílením ambulantní složky a koncentraci akutní péče do větších nemocnic. Je nelogické, že neustále existují okresy v České republice, které mají více než tři nemocnice, vzdálené od sebe třeba jen 10 km. Při mé nedávné návštěvě Izraele jsem byl překvapen tím, že tato osmi miliónová země má pouhých 25 nemocnic, když v České republice je nyní dle ÚZIS cca 180 lůžkových zařízení. Samozřejmě se nedají srovnávat dva zcela odlišné státy, nicméně ten rozdíl je tak významný, že je ho třeba zmínit. Jde o to, že tím, že Izraelský stát si síť nemocnic budoval relativně nedávno, mohli postupovat efektivně a poskytují lůžkovou péči v komplexních a relativně velkých nemocnicích, kde efektivita je výrazně vyšší, než v menších zařízeních.

Přes všechny výše popsané problémy však zůstávám optimistou a budme rádi za systém zdravotní péče, který u nás máme. Jeho největší výhodu vidím v solidaritě zdravotního pojištění a tím pádem ekonomické dostupnosti a zároveň ve vysoké kvalitě poskytované péče. Mezi negativa patří stále nízká efektivita systému a mnohdy neúčelná investiční politika.“



Ing. Filip Zítko

ekonomický náměstek, Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.

Absolvent Vysoké školy ekonomické v Praze. Od roku 2008 působil jako konzultant daňového oddělení v mezinárodní auditní a poradenské společnosti Deloitte Advisory s.r.o. V současné době zastává funkci ekonomického náměstka v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.

Komentář:

„Barometr českého zdravotnictví pomáhá identifikovat nejzávažnější aktuální problémy českého veřejného zdravotního systému tak, jak je vnímají ředitelé na straně plátců i poskytovatelů. Díky zastoupení obou, z hlediska toku financí, klíčových prvků systému tak zároveň získáváme informace o rozdílném vnímání některých zásadních ukazatelů oběma stranami. Navíc díky své historii podává Barometr českého zdravotnictví také zpětnou vazbu o posunech ve vnímání zásadních problémů sektoru.

V otázce kvality péče panuje mezi oběma stranami shodný názor. Jak zástupci zdravotních pojišťoven, tak zástupci poskytovatelů považují naše zdravotnictví v otázce kvality za srovnatelné s ostatními rozvinutými ekonomikami. Ve srovnání s předchozím rokem došlo na straně poskytovatelů ke snížení nejistoty týkající se kvality a dostupnosti péče pro pacienta. Nárůst jistoty pravděpodobně vyplývá ze stabilizace struktury sítě poskytovatelů po podpisu rámcových smluv se zdravotními pojišťovnami na příštích pět let a nadějami na zvýšení objemu prostředků, které bude mít zdravotnictví k dispozici. Tato očekávání podporují jak prognózy predikující postupné oživení ekonomiky, tak deklarace a první přijatá opatření stávající politické reprezentace.

Zajímavý je trend týkající se změny délky čekací doby na plánované velké kloubní operace. Nárůst počtu ředitelů očekávajících zkrácení této doby souvisí patrně s již poměrně vysokou prooperovaností populace.

V oblasti lidských zdrojů se ukazuje jako zásadní nedostatek především kvalifikovaných lékařů, který vyplývá z nevhodně nastaveného systému jejich vzdělávání. Zcela dle očekávání jejich deficit pociťují výrazně více „obyčejné“ nefakultní nemocnice. Oproti loňskému roku začíná být také více pociťován deficit zdravotních sester, který se v souvislosti s hospodářským oživením a možností jejich uplatnění v jiných sektorech ekonomiky může do budoucna prohlubovat. Za této situace mě osobně nepřekvapil podíl ředitelů nemocnic, kteří vnímají odměňování zdravotníků jako nedostatečné. V tom se nicméně zásadně rozcházejí s názorem zástupců zdravotních pojišťoven.

Noční můrou personalistů se v letošním roce stalo ukončení výjimky upravující objem přesčasové práce lékařů. Obrovský problém představuje samo zajištění dostatečného množství lékařů. Řešení pak ve většině zařízení také vede k výraznému nárůstu osobních nákladů.

V oblasti úhrad jsou v letošním roce ředitelé nemocnic výrazně optimističtější. Nastavení letošní úhradové vyhlášky i volba referenčního období bude mít pro většinu zařízení pozitivní dopad. I přesto však úhrady nebudou dle názoru většiny poskytovatelů pokrývat celkové náklady spojené s poskytováním zdravotních služeb. V tomto názoru se tak diametrálně liší od zástupců zdravotních pojišťoven, kteří problém spatřují v neefektivitě hospodaření většiny zdravotnických zařízení. Jistou neefektivitu připouští také více než tři čtvrtiny ředitelů nemocnic. Zvýšení objemu prostředků ve zdravotnictví pak také přispělo k uklidnění situace kolem splatnosti závazků ze strany zdravotních pojišťoven.

Novým tématem bylo zavedení pozitivních listů a jejich dopad na efektivitu jako nástroje pro dosažení vyšší efektivity systému. Nižší míra nadšení ze strany nemocnic pak může souviset s nekompatibilitou nastavení jejich interních pozitivních listů a pozitivních listů pojišťoven.

Dobrou zprávou na závěr kapitoly je nárůst obliby DRG jako systému měření výkonu nemocnic.

Obě strany se shodují v názoru na nutnost zefektivnění systému jako celku. Zajímavé by bylo znát názory ředitelů na dopady možných opatření vedoucích k vyšší efektivitě systému jako například optimalizace sítě a struktury (zejména) lůžkových zařízení, řízení toku pacientů skrz jednotlivá zařízení včetně vyhodnocování terapeutické úspěšnosti aplikované léčby či řízení spotřeby léků například pomocí vyhodnocování lékových interakcí. Většina ředitelů vidí cestu ke zvýšení efektivity v posílení tržních principů a zvýšení spoluúčasti pacienta. Vyšší míra participace na vlastním zdraví by bezpochyby přispěla k redukci případů nadužívání veřejných prostředků ze strany neukázněných pacientů, nicméně v takovém případě bude nutné systém vybalancovat tak, aby tímto krokem nedošlo zároveň ke zhoršení přístupu ke zdravotní péči i pro skutečně nemocné, nebo uzavření nové celospolečenské smlouvy o míře solidarity v rámci společnosti.

Největší rezervy v rámci jednotlivých zařízení pak spatřují obě strany v oblasti komunikace. A to především komunikace s pacienty. Právě komunikaci personálu s pacientem bude do budoucna třeba věnovat výrazně větší pozornost i v souvislosti se změnami vyplývajících z nového Občanského zákoníku. Jeho dopady na náklady nemocnic se dnes projevují především ve formě navýšení pojistného v důsledku navýšení pojistných limitů a zvýšeného rizika plnění. Další dopady změn ukáže až budoucí praxe.“



Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA

vedoucí Ústavu správních a ekonomických věd, Univerzita Pardubice

Absolvent Vysoké školy báňské v Ostravě, ekonomické fakulty, obor: Národohospodářské plánování. V letech 1994 – 1996 absolvoval Pražskou mezinárodní manažerskou školu při VŠE Praha a získal titul MBA. Ph.D. v roce 2003 na VŠB Ostrava – TU, Ekonomické fakultě, obor: Podnikatelství. Praxe: 1984 – 1994 ŽDB a.s., normovač, ekonom závodu, vedoucí odboru účetnictví; 1994 – 1996 finanční ředitel HZP Ostrava; 1996 – 1998 soukromý podnikatel; 1999 – 2008 ZP MV ČR nejprve ekonomický ředitel a od roku 2000 generální ředitel; 2009 – odborný asistent Univerzita Pardubice; 2012 – vedoucí Ústavu správních a ekonomických věd, Univerzita Pardubice. V posledních 5 letech je autorem 8 odborných článků a kapitol knih zaměřených na ekonomiku zdravotnictví, autorem studijních opor zaměřených na ekonomiku zdravotnictví a zdravotní pojištění, spoluautorem 15 článků a kapitol knih týkajících se etiky a ekonomiky v návaznosti na zdravotnictví, autorem monografií Perspektivy a dopady reformy zdravotního pojištění, Zdravotnické systémy, spoluautorem odborných článků k problematice BSC, etice a managementu publikovaných v WSEAS. Je spoluřešitelem 2 projektů MPSV a 3 projektů MŠMT.

Komentář:

„Úvodem bych chtěl vyjádřit přesvědčení o potřebnosti a důležitosti takového typu průzkumu pro další rozvoj, směřování a uvědomění si současného stavu zdravotnického systému v České republice.

Nejprve pár slov k metodologii, kdy musím vyjádřit zklamání nad velikostí vzorku ze strany ředitelů zdravotních pojišťoven. Vyšší účast, než pouze tři pojišťoven ze sedmi, by více vypovídala o validnosti průzkumu a z toho vyplývajících závěrů.

Oblast kvality a dostupnosti péče

Je obecná spokojenost se zvoleným systémem, který je v našem zdravotnictví. Je zde jasný trend orientace z kvality na kvalitu, jen to vypadá, že v reálné situaci se toho mnoho neděje. Je tedy otázkou, proč tomu tak je a zda mají poskytovatelé zdravotnických služeb dostatečné finanční stimuly se na kvalitu orientovat.

V oblasti dostupnosti došlo k výraznému poklesu v názoru na zlepšení. Důvodem, podle mého názoru je současná hospodářská recese a nutnost stabilizačních opatření.

Oblast lidských zdrojů

Oproti minulému období postupně narůstají obavy z fluktuace lékařů a částečně také zdravotních sester. Podle mého názoru vzrůstá problém ohodnocení kvalitních lékařů a jejich udržení. Samozřejmě, tato skutečnost nabývá vyššího významu u menších nemocnic.

Oblast financí

I když oblast nasmlouvané zdravotní péče zůstává stabilní, je pozitivním trendem vnímání růstu úhrad za nemocniční péči v tomto roce. Stav, kdy názor na nedostatečnost úhrad mezi řediteli nemocnic a mezi řediteli pojišťoven je v kontrastu, považuji jako naprosto přirozený a nedovedu si představit, že to bude někdy jinak.

Je dobrým signálem, že systém DRG se postupně rozšiřuje a roste podíl ředitelů nemocnic, kteří jej považují za více vyhovující, než systém paušální. Toto přináší do budoucna možnosti dalšího rozvoje.

Oblast zdravotnického systému

Správným signálem je snaha směřování úprav úhrad v návaznosti na kvalitu. Otázkou je, zda se to v reálné praxi zrealizuje. Všichni respondenti se sice shodují v otázce zefektivnění celého českého zdravotnického systému, ale dle mého názoru opět realizace v praxi stejně jako u problematiky kvality, pokulhává.

Oblast hodnocení nemocnic

Ředitelé nemocnic i ředitelé pojišťoven se shodují v nutnosti změn. Jen to vypadá, že každý tyto změny vidí jinak.

Nedobrym signálem je prezentace potřeby zlepšení v oblasti komunikace s pacienty, což s ohledem na důležitost zdraví a turbulentně se měnících podmínek okolního prostředí, může přinášet v současném období značné problémy.

Celkově je tedy vhodné říci, že přechod pohledu z kvantitativních na kvalitativní parametry a jejich provázání v našem systému na finanční složku, nebyl uskutečněn, ale je podle mého názoru, jednou z cest řešení mnoha problémů. Současná hospodářská recese a nutnost hledání úspor a jejich motivací je mimořádnou časovou příležitostí k uskutečnění této změny.“



MUDr. Miroslav Palát, MBA

prezident, Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků (CZECHMED)

MUDr. 1989 Fakulta všeobecného lékařství (dnes 1. lékařská fakulta) Univerzity Karlovy v Praze.

MBA 2002 – Katz Graduate School of Business, Pittsburgh University.

Prvních devět let své profesní dráhy strávil v klinické praxi ve vnitřním lékařství. Pracoval v Československu, Velké Británii, Německu a zpět v České republice. V roce 1999 pak nastoupil do společnosti Johnson&Johnson jako Specialista ekonomických výstupů. Do jeho zodpovědnosti patřili otázky úhrad zdravotnických prostředků a vstupu na trh. V roce 2000 se stal Ředitelem pro klinické a ekonomické výstupy ve Střední Evropě. V této roli zastával postupně roli obchodního manažera, ředitele kvality i strategického plánování. V letech 2005 až 2008 vyvinul a implementoval v EMEA skupině poboček Jonson&Johnson koncepci Strategic Affairs – co představovalo organizaci a výkon strategických funkcí ve firmě. Od roku 2008 pracuje jako prezident asociace Czechmed, což je Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků. Vedle této role se věnuje konzultační a přednáškové činnosti v především v oblasti ekonomie zdravotnictví se zvláštním zřetelem na zdravotnické technologie.

Komentář:

„V loňském vydání komentářů již JUDr. Ondřej Dostál pojmenoval pregnančně dlouhodobé a zjevné neduhy zdravotnického systému. Zmiňuje nonšalanci při nakládání s právním řádem při tvorbě klíčových mechanismů rozdělování peněz, netransparentnost těchto a nakonec absenci zpětných vazeb. Když si pár poznatků dáme dohromady s tím, jak by se měl chovat komplexní systém, který někam směřuje, ryze emotivní reakcí by bylo rezignovat na analýzy a odebrat se do restaurace anebo na ryby. Nicméně, systém se adaptuje, pacienti se léčí, někdy po zásluze jindy náhodou i uzdravují, zdravotníci pracují a celý tento sektor servisní ekonomiky, ve kterém se obrátí cca 7 % HDP, funguje. Je mnoho důvodů se domnívat, že bude fungovat i nadále.

Volba metodologie průzkumu „Barometr“ se nejeví zcela šťastnou. Pro tak komplexní téma a tak malý vzorek by se hodil průzkum spíše kvalitativní, s vedením hloubkových rozhovorů „tváří v tvář“ s pečlivou identifikací opravdu relevantních parametrů spolu s nastavením citlivosti škál s adekvátní výpovědnou hodnotou. Naproti tomu se zde pomíjí jakákoli definice pojmů, ke kterým se ředitelé vyjadřují – my například nevíme, na základě čeho třeba respondenti hodnotí lepší anebo horší dostupnost péče a podobně. Kvantitativní vyhodnocení malého vzorku ředitelů pojišťoven kdy $n=3$, si lze jen stěží představit, že je míněno vážně.

Také lze těžko hodnotit meziroční posuny, které mohou být spíše „šumem“ než trendem, zejména protože nemáme respondenty spárované. V anonymním šetření může docházet k posunům byť jenom tím, že letos odpovědělo na výzvu „jiných 46%“ dotázaných, než v roce předešlém. Máme-li tedy „přesná čísla o nepřesných jevech“, zkusme se nějak vypořádat s výsledky.

V oblasti lidských zdrojů dochází k nárůstu vnímání fluktuace především lékařů. Je určitou fabulací tohoto komentáře, že migrující lékaři jsou spíše mladí. Vyjadřují tedy svůj postoj „nohama“ a také ochotu nějak inteligentně řešit svoje postavení a další profesní směřování, včetně zeměpisného. Úvaha je pouhou hypotézou, jednou z možných variant. Co zde schází, je určitý vhled do otázky, z jakých důvodů se fluktuace děje a zda je některý z důvodů významný. Jak se říká, ďábel je skryt v detailu, nevíme však vždycky ve kterém.

Co do financí je pozoruhodným výsledkem, že ředitelé v letošním roce hledí optimisticky co do budoucí výše úhrad, na druhou stranu vnímají výraznou nedostatečnost úhrad vzhledem k nákladům nemocnic. Na druhé straně ředitelé pojišťoven to vidí přesně opačně. Vypovídá to spíše o předvídatelném „světonázorovém“ rozdílu pozic ředitelů nemocnic a pojišťoven, než že bychom se z toho měli něco nového dozvědět.

O finanční situaci nemocnic vypovídá nepřímo i odhad vývoje situace kolem splatnosti faktur. Ředitelé nemocnic vnímají splatnosti, jakože se nemění. Těch, kteří očekávají, že se splatnost zhorší, navíc oproti loňsku ubylo. Ředitelé také pozoruhodně vidí lepší vyhlídky pro investice v roce 2015 než letos.

Co do názorů na „zdravotnický systém“ vidím opět pohříchu rozškálované odpovědi „ano až ne“ na nesmírně komplexně postavené otázky. Jedna však zaujala více, než jiné, a sice otázku na vstřícnost pojišťoven při zavádění nových výkonů a přístrojů. 76% z ředitelů nemocnic říká, že pojišťovny vstřícné nejsou, zatímco 2 ze 3 ředitelů pojišťoven říká, že ano.

Co se týká identifikovaných rezerv, tak zvláštní posun je vidět u ředitelů nemocnic v oblasti efektivního pořizování. Zatímco při otázce na rezervy systému je „efektivní pořizování“ na druhém místě – s mírně klesajícím trendem v průběhu 3 let, tak při dotazu na rezervy v nemocnicích už jejich ředitelé vnímají „úspory výdajů“ až na devátém místě.

Zajímavé je ovšem, že ve fakultních nemocnicích figuruje v názorech na rezervy systému „efektivnější pořizování“ až na desátém, v příspěvkových organizacích na druhém a v obchodních společnostech na prvním místě. Při konkrétním dotazu na rezervy v nemocnicích – tedy jakýsi pohled na vlastní dvorek – jsou u fakultních nemocnic „úspory výdajů“ až na jedenáctém místě, u příspěvkových organizací a obchodních společností na devátém místě.

Lze z toho dovodit, že respondenti se liší ve svých názorech na „efektivní pořizování“ respektive „úspory výdajů“ když se jedná o pohled „na systém“ na straně jedné a při pohledu „na sebe“ na straně druhé. Protože však otázka není ve zjištění „o systému“ a „o nemocnicích“ totožná, je možná i tento rozpor pozorován na příliš nepřesném zjišťování, než aby z něj šlo činit nějaké dalekosáhlé závěry.

Ať už byla metodika průzkumu jakákoli a výsledky nejednoznačné výpovědné hodnoty, s jistotou můžeme konstatovat, že se účastníci „komplexního systému zdravotnictví“ chovají každý tak, že inteligentně sledují svoje

cíle. Ať už jsou to lékaři, ředitelé nemocnic anebo pojišťoven. Abychom se v podobných analýzách hnuli trochu dál, bude nutné, abychom tyto cíle nazvali správnými jmény. To však bude už na jinou diskusi.“



Mgr. Jakub Dvořáček

výkonný ředitel, Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)

Výkonným ředitelem AIFP od roku 2011. V letech 2009 – 2011 působil v divizi investic agentury CzechInvest, státní příspěvkové organizaci Ministerstva průmyslu a obchodu ČR, zaměřené na podporu podnikání a investic. Zde byl zodpovědný především za příliv přímých zahraničních investic do České republiky a správu sítě zahraničních zastoupení agentury. Zároveň působil jako poradce ministra na Ministerstvu školství, tělovýchovy a sportu České republiky. V předchozích letech zastával různé pozice v Charitě České republiky, kde zodpovídal za řízení rozsáhlých osvětových kampaní, rozvojových a humanitárních projektů po celém světě.

Komentář:

„Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) sdružuje inovativní farmaceutické společnosti, proto se v následujícím komentáři zaměřím na oblasti, které se vztahují k farmaceutickému průmyslu, lékové politice a na tvrzení zaměřená na zdravotnický systém obecně.

Průzkum uvádí, že „většina ředitelů nemocnic a všichni zúčastnění ředitelé pojišťoven považují pozitivní listy za smysluplný nástroj pro dosažení úspor.“ Aby byl systém pozitivních listů účinný, je třeba, aby byla zajištěna jeho transparentnost – musí být tedy jasně dána pravidla soutěže a vstupu do pozitivního listu. Klíčové ovšem je, aby pozitivní listy zůstaly pouze doporučením pro lékaře, který by tak neměl být omezen v objektivitě předepisování

léčivých přípravků a měl by nadále vycházet z principu de lege artis a léčiva předepisovat na základě zdravotního stavu pacienta, nikoliv stanoveného seznamu.

V části zaměřené na názory na zdravotnický systém se ředitelé nemocnic i pojišťoven shodují na nutnosti zefektivnění českého zdravotnického systému. S tímto tvrzením souhlasím. Hlavní nástroje zefektivnění českého zdravotnictví přitom vidím ve třech bodech. Prvním z nich je oblast nemocniční péče, v rámci které je potřeba nastavit externí standardizované akreditace nemocnic, zavést benchmarking nemocnic, důležitá je také revize struktury nákladů nemocnic, kontrola jejich výdajů a revize lůžkového fondu. Druhým bodem je přesun léčebné agendy dle modelových vzorů ze zahraničí, kde tyto změny vedly k zefektivnění systému lékařské péče i po stránce ekonomické. Konkrétním příkladem může být tzv. gate-keeping, tedy posílení role praktických lékařů. Třetím bodem je pak zavedení efektivní elektronizace zdravotnictví.

Respondenti zmiňují v průzkumu také konkrétní oblasti, které je potřeba zlepšit. Z pohledu inovativního farmaceutického průmyslu se jedná především o financování zdravotnictví a s tím spojenou elektronizaci, na kterou je navázán proces optimalizace a restrukturalizace.

Většina ředitelů nemocnic a všichni ředitelé pojišťoven se dále shodně přiklánějí spíše k tržnímu principu organizace systému zdravotnictví. V oblasti farmaceutického průmyslu tento systém funguje, věřím tedy, že zefektivnění fungování pacientů-plátců by přispělo i ke zlepšení fungování samotných nemocnic.“



Ing. Tomáš Kolář, MBA
výkonný ředitel, LINET spol. s.r.o.

Ing. Tomáš Kolář, MBA (1971) je absolventem Elektrotechnické fakulty Českého vysokého učení technického (ČVUT), kde se věnoval oblasti zdravotnické techniky. První profesní zkušenosti získal v oboru neonatologických inkubátorů, od nichž se přesunul k nemocničním lůžkům. Do společnosti LINET nastoupil v roce 1994 jako produktový manažer, od roku 2010 zde působí jako výkonný ředitel firmy. Tomáš Kolář je zároveň předsedou České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed. Je ženatý, má dvě děti, ve volném čase se věnuje například horolezectví či orientačnímu běhu.

Komentář:

„V rámci svého komentáře se budu držet těch oblastí, které vnímám jako relevantní vůči roli, kterou LINET, jakožto dodavatel určitého typu vybavení a návazných služeb pro zdravotnická zařízení, sehrává ve zdravotnickém systému.“

Kvalita a dostupnost péče

Není sebemenšího důvodu zpochybňovat přesvědčení respondentů z obou skupin o špičkové kvalitě české zdravotnické péče. Sdílím ale názor s necelými dvěma třetinami oslovených ředitelů nemocnic, které vnímají, že tento stav může být ohrožen. Osobně v této souvislosti vidím nejvyšší nebezpečí v omezeném prostoru pro vstup inovací do českého zdravotnictví.

Technologie, které se při výkonu zdravotní péče využívají a které mají na její kvalitu přímý vliv, ze své podstaty zastarávají funkčně i morálně. Pokud se proces jejich obnovy bude nadále řídit diktátem nejnižší ceny, úroveň péče bude klesat. Samozřejmě je nezbytné důkladně definovat, co je vlastně inovace, a specifikovat ekonomické

přínosy, které by kompenzovaly vyšší náklady spojené s inovativními technologiemi. Ale vždy bude platit, že vývoj medicíny, resp. kvality medicínské péče, a vývoj medicínských technologií jsou na sobě vzájemně závislé. Ignorování tohoto vztahu je krokem zpět.

Finance

Poměrně mne překvapil sebekritický postoj zástupců nemocnic, z nichž pouze třetina vnímá, že nemocnice hospodaří efektivně. Samozřejmě v každém systému lze hledat rezervy, ale kvalita managementu nemocnic se v posledních několika letech výrazně zvýšila a nemocnice jsou převážně řízeny profesionály s dostatečnými zkušenostmi.

Bohužel jsou ale omezeni vnějšími podmínkami, jako jsou politická rozhodnutí, systém financování prostřednictvím pojišťoven a přežitými kvótami a normami (byť zástupci pojišťoven na to asi z podstaty věci budou mít vždy rozdílný názor). Jsem přesvědčen, že samotný systém financování zdravotní péče, úhrady jednotlivých výkonů a souvisejících technologií zasluhuje generační revizi.

Významným faktem je také absolutní objem prostředků, kterými je české zdravotnictví financováno. V přepočtu poměru k HDP jsme se 7,5 % na chvostu žebříčku zemí EU a postupně lze sledovat vnitřní zadluženost a podinvestovanost systému. Ve standardně fungující firmě by se pro udržení úrovně mělo ročně investovat alespoň ve výši odpisů. To bohužel pro naše zdravotnictví neplatí a vytváříme si tak vnitřní skrytý dluh.

Zdravotnický systém

Shoda mezi řediteli nemocnic a pojišťoven v oblasti zdravotnického systému není nijak překvapující. Základní principy fungování systému se po čtvrtstoletí de facto nezměnily a neodrážejí aktuální potřeby moderní zdravotní péče, která se kromě jiného orientuje na nákladovou efektivitu, prevenci, intenzivnější spolupráci s pacientem apod.

Vítám v této souvislosti převažující názor na potřebu hlubší integrace tržních principů do zdravotnického systému. Dle uvedených opatření se ale zdá, že představa o tržním fungování zdravotnických zařízení zahrnuje zejména vyšší zapojení pacienta (participace, připojištění, standard vs. nadstandard apod.). Jako důležitější podmínku tržního fungování zdravotnického systému osobně vnímám nastavení konkurenčnějšího prostředí v rámci celého systému, tedy i mezi nemocnicemi.

To je ale nepředstavitelné mimo jiné bez důkladné revize zákona o veřejných zakázkách. Jeho současná podoba pro mne představuje hlavní problém ve všech výše uvedených oblastech. Neumožňuje zařízením fungovat ani transparentně, ani efektivně. Pořízení technologií, o které by nemocnice skutečně stály je kvůli němu prakticky nemožné. Přitom právě možnost samostatněji se rozhodovat, jakým způsobem dosáhnout své konkurenční výhody, je pro tržní chování klíčová.“



MUDr. Martin Kuncak

výkonný ředitel odpovědný za oblast nefrologie a sítě dialyzačních středisek B. Braun Avitum v České republice a na Slovensku, skupina B. Braun

Komentář:

„Většina ředitelů nemocnic vidí potenciál ve zvýšení kvality poskytované zdravotní péče. Dokonce všichni ředitelé pojišťoven tento názor sdílejí, ale nikdo z nich to paradoxně v praxi neuplatňuje. Pokud máme hledat rezervy v efektivitě systému, pak diferencovaně. Navažme výši úhrady na skutečně doloženou kvalitu péče. S pojišťovnami již dlouhou dobu probíráme, aby vázaly platby za výkony na určitá kvalitativní kritéria, která jsou v daném oboru standard. Bohužel, dosud to vždy skončilo na nějakém byrokratickém procesu a samotné pojišťovny jako plátcí zdravotnické péče, to nejsou schopné uchopit. Změna je potřeba udělat v rámci celého systému, takové modely v zahraničí již existují, nemusíme nic složitě vymýšlet, jen se k tomuto kroku odhodlat.“

Velká shoda panovala také v oblasti potřeby zlepšit komunikaci, a to jak zdravotníků s pacienty, tak mezi zdravotníky samotnými. Tento bod je důležitější, než na první pohled vypadá. O tom, že psychika pacienta hraje velkou roli, jak při léčbě, tak v pozitivním či negativním vnímání kvality zdravotního systému, netřeba rozebírat. Je však nutné podívat se na to z pohledu lékaře nebo zdravotní sestry. Pokud oni sami v rámci pracovního prostředí spolu otevřeně a přátelsky nekomunikují, těžko lze očekávat, že to budou dělat s pacienty. Zde je stále velká mezera v oblasti vzdělávání a celkového osobnostního rozvoje zdravotnického personálu.“



MUDr. Pavel Kubů

Business Development Manager, Intel Corporation

Pavel Kubů je expertem v oborech lékařské informatiky a adiktologie. Pracuje pro společnost Intel, kde z pozice Business Development Manager vede projekty Intel World Ahead Program pro rozvoj zdravotnictví ve střední a východní Evropě a školství v ČR a SR. Je členem správní rady Českého národního fóra pro eHealth. Působí v české expertní skupině Joint Action on New Synthetic Drugs Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti.

Komentář:

“Barometr českého zdravotnictví citlivě ukazuje jednoznačný trend, že chápání významu elektronických nástrojů ve zdravotnictví společně s potřebami na jejich intenzivnější míru využití se zvyšuje. Ředitelé nemocnic i zdravotních pojišťoven si více uvědomují rezervy jak přímo v elektronizaci poskytování zdravotní péče tak v komunikaci personál navzájem i s managementem, ale především v komunikaci s pacienty. Tu shodně obě skupiny dotazovaných staví na první místo v rezervách nemocniční péče. Informační a komunikační technologie dnes disponují vhodnými nástroji na využití rezerv nejen v komunikaci interní a externí, ale i v efektivitě práce, kvalitnějším prostředí či zlepšeném odměňování zdravotnických profesionálů. Nezastupitelné se pak stávají pro zvyšování kvality poskytované péče a vyšší dostupnost pro narůstající počty potřebných ve stárnoucí společnosti.”



Mgr. Ing. Martin Hájek
generální ředitel a předseda představenstva, MZ Liberec, a. s.

Mgr. Ing. Martin Hájek, generální ředitel a předseda představenstva MZ Liberec, a.s., výrobce a dodavatele zdravotnické technologie a řešení na klíč v rámci systému rozvodů medicinálních plynů. Narozen v roce 1977 ve Vsetíně, absolvent Vysokého učení technického v Brně, Vysoké školy ekonomické v Praze a Univerzity Palackého v Olomouci. Ve společnosti MZ Liberec, a.s. působí šestým rokem.

Komentář:

„S velkým zájmem jsem si prostudoval výsledky projektu "Barometr českého zdravotnictví 2014". Věřím v sílu srovnávání, protože si myslím, že jen přes relace se dá hodnotit, zda je něco dobré či špatné, zda se to lepší, je stejné či se zhoršuje. Jsem rád, že mám možnost se za MZ Liberec, a.s. jako tradičního českého výrobce zdravotnické technologie a zdravotnických prostředků, který má dlouhodobou zkušenost s dodávkami technologických investic a poskytováním servisních služeb nejen v České republice, ale i v zahraničí, vyjádřit. Jako dodavatel vstupujeme do českého zdravotnického systému jinak než představitelé zdravotních pojišťoven a nemocnic, kteří byli v rámci tohoto projektu dotazováni. S velkou dávkou pokory musím rovněž říct, že si netroufám komentovat spoustu atributů, které jsou zmíněny ve výsledcích průzkumu a na kterou mi chybí potřebná erudice a zkušenost.

Kvalita a dostupnost zdravotnické péče

Jsem přesvědčen o tom, že v České republice máme velmi kvalitní a dostupnou zdravotnickou péči, která snese přísné mezinárodní srovnání. V mnoha zdravotnických oborech se řadíme ke světové špičce. Podle mého názoru vycházíme dobře i v poměru kvalita/cena zdravotnické péče. Nemyslím si, že je to však většinový názor ve společnosti, přílišnou kritiku a názor "vše je špatně" bereme jako Češi za národní sport. Rádi bychom viděli u nás

jako standard kvalitu špičkové švýcarské nemocnice, kterou u nás jednoduše zobecníme na celé švýcarské zdravotnictví, ale již za něj nejsme ochotni zaplatit ty švýcarské prostředky. Vždyť zdravotní péče je zdarma, max. něco platíme v rámci zdravotního pojištění.

Kvalita poskytované zdravotní péče je výsledkem zejm. práce a vynaloženého úsilí lékařů a sester, celého systému vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, oborovou specializací, výzkumem a vývojem. Za tu práci bych chtěl českým lékařům a dalším pracovníkům ve zdravotnictví poděkovat. Mám pocit, že dalšímu zvyšování kvality by prospělo méně koncepcí a změn na jeden rok a větší soustředění na to, co se naopak osvědčilo, v čem je dobré pokračovat a co dále rozvíjet. Domnívám se, že další zvyšování kvality je silně spojeno s množstvím peněz v systému. Pokud chceme další růst kvality, nemůžeme dle mého názoru financovat tak široce dostupnou síť zdravotnických zařízení a je nutné přistoupit k větší koncentraci náročné a specializované péče. K tomu ale chybí politická odvaha. Zde mluvím přímo proti zájmům dodavatelů do zdravotnictví vč. naší společnosti, protože čím více zdravotnických zařízení, tím větší je potenciál obchodních příležitostí.

Financování

Všichni ředitelé pojišťoven si myslí, že úhrady jsou dostatečné, zatímco 3/4 ředitelů nemocnic, že ne. Současné jsou ředitelé nemocnic optimisté ve smyslu očekávaných úhrad v r. 2014 a ředitelé pojišťoven říkají, že zdravotnická zařízení hospodaří málo efektivně s důrazem na hledání rezerv v systému.

Realita, se kterou se setkáváme např. my, je taková, že 80% pohledávek je ze strany zdravotnických zařízení placeno po splatnosti. Pohledávky po splatnosti v r. 2013 nám byly uhrazeny v průměru 208 dní po datu splatnosti. Máme však i pohledávky přes 400 dní po splatnosti. Situace v úhradách se zhoršuje permanentně prakticky od r. 2012. Domnívám se, že je to systémový a strukturální problém a že se zkrátka ředitelé nemocnic mohou stavět na hlavu, ale peníze na úhrady nemají. Inkorporace evropské směrnice do českého právního řádu týkající se plateb ze strany veřejných institucí do 30 dní, ve výjimečných případech do 60 dní, je v českých podmínkách jen cárem papíru. Převážila snaha o rychlé převzetí normy před snahou o vytvoření podmínek pro to, aby česká zdravotnická zařízení vůbec mohly být schopny tuto normu plnit.

Co se týká přípravy technologických modernizací a investic, stále méně akcí je připravováno a zahajováno. Tyto věci podle mého názoru souvisí právě dlouhodobě s podporou kvality celé poskytované zdravotnické péče a podporou práce lékařů a sester. Pokud v systému nebudou zbývat peníze na investice, nemůžeme počítat ani s růstem kvality. A stejně tak nebát se požadovat kvalitu i v soutěžích na zdravotnickou techniku či materiál jako kritérium a nekupovat nahnílé pomeranče či párky bez masa by mělo být samozřejmostí. Požadavek na kvalitu navíc přitom není v rozporu s kritériem ceny, kdy se nehodnotí jen cena pořízení, ale i např. délka záruční doby a náklady na pozáruční servis a údržbu v rámci předpokládané doby životnosti a provozu investice.

Ředitelé zdravotnických zařízení nemají prostředky ve svých provozních rozpočtech právě ani na pravidelný servis a údržbu. Pro zajištění kvality, ale i pro zajištění úspor po celou dobu životnosti je nutné se o používané zdravotnické prostředky po dobu jejich mnohaleté životnosti řádně starat. Faktem je, že málokterá nemocnice si může dovolit vyčlenit byť půl procenta ze svého provozního rozpočtu na řádnou údržbu a nezbytné servisní zásahy a bezpečnostně-technické kontroly zdravotnických prostředků během životnosti. Ve finále je to až ten poslední zbytný výdaj, protože všechny mandatorní výdaje mají přednost. Dokonce má přednost kvůli napjatým provozním rozpočtům i běžná údržba typu opravy splachovacího zařízení na toaletě čekárny v nemocnici před bezpečnostně-technickou kontrolou zdravotnického prostředku, na kterém je přitom mnohdy v daný okamžik závislý život a zdraví pacienta. Vůbec přitom nepochybuji, že vedoucí pracovníci nemocnic chtějí i na poli používaných zdravotnických prostředků zajistit kvalitu a domnívám se, že i zde jde o systémový problém v rámci financování.

Již čtvrtým rokem se v systému šetří, resp. v tomto období nerostou příjmy zdravotnických zařízení. Protože se ale současně nepřistoupilo k určité redukci dostupnosti péče či její odborné koncentraci, a je snaha rozsah všude

zachovat a dále rozvíjet, přirozeným jevem, který zde nastal, je, že stále víc zdravotnických zařízení má problémy plnit své závazky. Chybějící příjmy nemocnic za zrušené poplatky stále nejsou dostatečně kompenzovány a i toto přispívá k dalšímu růstu tlaku na rozpočty. A tak nemocnicím nezbývá nic jiného tento problém přenést dál - na své partnery a subdodavatele. Jak to řešíme my? Velmi těžko, ale musíme si poradit. Např. navýšením provozního úvěru, což nejde dělat do nekonečna, rovněž přesunem na naše dodavatele a diversifikací - za posledních 8 let náš export narostl do několika desítek zemí na 70 % obratu a bez této diverzifikace bychom měli zcela zásadní ekonomické problémy.

Věřím ale, že v tak ostře společensky sledovaném a důležitém resortu se najde společný konsensus nad tím, jaký rozsah zdravotnické péče bychom jako občané společnosti měli mít a kolik prostředků z hlediska dlouhodobého financování chceme do něj vložit. Současně jsem si vědom, jak je obtížné nastavit základní parametry celého systému a jak je to nesmírně složitá úloha. Proto bych nechtěl, aby mé poukázání na konkrétní problémy vyznělo jako nekonstruktivní kritika a snížení hodnoty práce všech decision-makerů, kteří se v dobré víře systém snaží nastavit. I za tuto práci bych jim chtěl poděkovat a věřím, že výsledky barometru pozitivně ovlivní další diskuzi týkající se našeho zdravotnictví.“



Ing. Petr Formánek

obchodní ředitel, Magellan Česká republika

Absolvent Vysokého učení technického v Brně, s možností studia na Navajo Highschool Altus, Oklahoma, USA a na Katholieke hogeschool Limburg, Diepenbeek, Belgie. Od roku 1998 pracoval ve firmě Mercl & spol. Consulting a MBA Kontakt jako konzultant, od roku 2000 jako senior konzultant s působností v 15 firmách v různých oborech. Rovněž pracoval na pozici senior lektora základního, středního i vyššího managementu v oblasti soft skills (time management, motivace, komunikace, optimalizace nákladů, personální poradenství, procesní řízení a analýza, finanční řízení, efektivní management). Od roku 2006 spolupracuje se společností HealthCare Institute jako analytik později jako vedoucí projektu v rámci průzkumů, analýz a grafických vizualizací.

Od roku 2009 pracuje na pozici obchodního ředitele pro Českou republiku ve společnosti Magellan Česká republika s.r.o., která se zabývá financováním zdravotnických zařízení. Finančně silná a stabilní společnost je vlastněna renomovanými penzijními fondy jako jsou **ING, Aviva, Generali** či **Aegon**. Aktivně spolupracuje a realizuje pracovní setkání (workshopy) ředitelů a ekonomických náměstků nemocnic s dodavateli do zdravotnických zařízení na téma finance a optimalizace a řízení dodavatelů.

Komentář:

„Barometr sleduji již od začátku vyhodnocování. Vypovídací úroveň výsledků Barometru má každým rokem vyšší hodnotu, i když penzum informací je obrovské. Mám lehký pocit, že se v poslední době začínají probouzet k aktivitě všechny zúčastněné strany ve zdravotnickém systému. Výsledky průzkumu odrážejí jistý trend zvyšující se obecné spokojenosti, avšak nadále spatřuji jedinou jistotu opět v nejistotě.

Politizace v systému nadále převažuje nad věcnými a racionálními kroky. Nedokonalost a pomalé zefektivňování celého zdravotního systému tak nejspíš vyhovuje.

Kvalita, dostupnost péče a lidské zdroje

Kvalita a dostupnost zdravotní péče je mimo jiné odvislá od investic, které budou v nejbližším období velmi potřebné. V oblasti lidských zdrojů vidím problém v neustálé změně personálu zejména v pozicích TOP managementu hospodářsky méně stabilních nemocnic.

Finance, Zdravotnický systém a hodnocení nemocnic

Interní rezervy systému ve všech oblastech pořád existují. Finanční výkyvy výrazně pomáhají vykrývat dodavatelé. Je patrný zvýšený tlak na jednotkovou cenu, což přináší konsekvence v dodržování platební morálky. Nemocnice sice často odmítají využívat finančních nástrojů stabilizace, nicméně je stejně budou potřebovat. Rozdílné názory a odpovědi zástupců ředitelů nemocnic a pojišťoven jsou logickým jevem. Možná by bylo zajímavé personálně tyto dvě strany prostřídat...”

Informace o Ipsos

Ipsos poskytuje komplexní služby v oblasti výzkumu trhu a veřejného mínění včetně poradenské činnosti. Síť Ipsos má za sebou více než 20 let činnosti, je jednou z největších světových výzkumných sítí v oblasti výzkumu trhu. Ipsos se v r. 2009 stal největší agenturou výzkumu trhu a veřejného mínění v ČR z hlediska dosaženého obrátu. Ipsos Health je specializovanou divizí na výzkumy ve zdravotnictví a na farmaceutickém trhu.

www.ipsos.cz

Informace o HealthCare Institute

V roce 2014 realizuje již devátý ročník porovnávání kvality a bezpečnosti českých nemocnic z pohledu **spokojenosti hospitalizovaných pacientů, spokojenosti ambulantních pacientů, spokojenosti zaměstnanců nemocnic a finančního zdraví nemocnic**. Také pořádá středoevropskou odbornou konferenci „Efektivní nemocnice“ se zaměřením na strategii nemocnic. Tato konference se bude konat ve dnech 25. – 26. listopadu 2014 v Praze. Mezi účastníky patří zřizovatelé a vrcholový management nemocnic a zdravotních pojišťoven z České republiky a Slovenské republiky, včetně odborníků na management ve zdravotnictví ze států Evropské unie.

www.hc-institute.org

Informace o Komerční Bance

KOMERČNÍ BANKA je jednou z nejefektivnějších univerzálních bank ve střední Evropě. Poskytuje klientům komplexní služby v oblasti drobného, podnikového a investičního bankovníctví. Celkem 8 537 zaměstnanců skupiny Komerční banky obsluhuje 2,5 milionu klientů, kteří mohou využít rozsáhlé sítě 398 obchodních míst v celé České republice. KB nyní provozuje 728 bankomatů. Jeden z kanálů přímého bankovníctví využívá 1,1 milionu klientů. KB je součástí skupiny Société.

www.kb.cz

Kontakt:

Mgr. Michal Kudernatsch, Executive Director ČR & SR, Divize Ipsos Healthcare

e-mail: michal.kudernatsch@ipsos.com, tel: +420 603 448 256

Daniel Vavřina

ředitel, HealthCare Institute, o. p. s.

e-mail: d.vavrina@hc-institute.org, tel: +420 608 878 400

Ing. Marek Ševčík

Senior marketingový manažer pro sektor Zdravotnictví, Komerční banka, a.s.

e-mail: marek_sevcik@kb.cz, tel: +420 724 954 993