HCI HealthCare Institute

Zvyšování bezpečnosti, kvality a efektivity ve zdravotnictví

„BAROMETR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2019“

Výzkum mezi řediteli nemocnic

BAROMETR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

www.hc-institute.org

Dobrý den Vám přeji vážené kolegyně a kolegové,

předkládáme Vám výsledek 11. ročníku speciálního celostátního průzkumu názorů ředitelů českých nemocnic pod názvem „Barometr českého zdravotnictví 2019“.

Od roku 2009 je cílem této speciální průzkumné sondy 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, městské, soukromé).

Projekt byl realizován v období měsíce března 2019.

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
zakladatel organizace
HealthCare Institute

V Ostravě, červenec 2019

Zároveň chceme na tomto místě poděkovat našemu partnerovi za podporu a bezvadnou spolupráci.

Realizováno pod záštitou:

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. Jedná se o pohledy osobností, které mají k této problematice velmi blízko a profesně se jí denně zabývají.

Obsah dokumentu:

Strana 6-7 **Ing. Andrej Babiš** – předseda vlády České republiky

Strana 8 **JUDr. Alena Schillerová, PhD.** – místopředsedkyně vlády České republiky; ministryně financí, Ministerstvo financí České republiky

Strana 9-11 **Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch** – ministr zdravotnictví, Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Strana 12 **prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.** – rektor, Univerzita Karlova

Strana 13-14 **MUDr. Pavel Vepřek** - poradce ministra zdravotnictví (v letech 2011 – 2014), Ministerstvo zdravotnictví České republiky; předseda, Občan z.s.; člen představenstva, Nemocnice Plzeňského kraje, a.s.

Strana 15-16 **Ing. Norbert Schellong** – poradce ministra zdravotnictví (v letech 2014 – 2015), Ministerstvo zdravotnictví České republiky; statutární ředitel, Ústav vývoje a klinických aplikací, z.ú.

Strana 17 **doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.** – prezident, Česká stomatologická komora

Strana 18 **MUDr. Zorjan Jojko** – předseda, Svaz ambulantních specialistů

Strana 19 **Ing. Vladimír Novotný** – 2. náměstek hejtmana, Krajský úřad Kraje Vysočina

Strana 20-21 **MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.** - předseda představenstva, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Strana 22-23 **Ing. Michal Čarvaš, MBA** – místopředseda, Asociace českých a moravských nemocnic; předseda představenstva, Nemocnice Prachatice, a.s.; člen představenstva, Jihočeské nemocnice, a.s.

Strana 24-25 **MUDr. Miroslav Palát, MBA** – prezident, Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků

Strana 26 **Mgr. Soňa Marková** – expertka KSČM pro oblast zdravotnictví

Strana 27-28 **JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.** – právník, PwC Legal s.r.o.; místopředseda, Platforma zdravotních pojištěnců České republiky, z.ú.

Strana 29-30 **MUDr. Martin Kuncek** – člen vedení skupiny B.Braun; jednatel společnosti, B. Braun Avitum CZ/SK

Ing. Andrej Babiš
předseda vlády České republiky

Komentář:

Zdravotnictví je místem, ve kterém se točí obrovské peníze, a je nutné kontrolovat, kam putují a za co přesně jsou utráceny. A také jestli je jich dost pro udržení vysoké kvality, kterou české zdravotnictví v současné době bezesporu má. Dokazuje to i letošní ročník průzkumu mezi řediteli nemocnic. Naše zdravotnictví má přirozeně také celou řadu problémů. Řadu z nich jsme bohužel zdědili z důvodu nečinnosti našich předchůdců, nicméně my se je snažíme intenzivně řešit a posouvat tak zdravotnictví dopředu. Tím nejpalčivějším je bezpochyby nedostatek personálu, a to hlavně zdravotních sester. Někde i lékařů. S tím pak souvisí fakt, který mi ředitelé nemocnic, se kterými se setkávám, často říkají, a tím je přetěžování zdravotníků. Musíme proto do zdravotnictví přilákat nové lidi a současně udržet ty, kteří v něm pracují. A o to se snažíme.

Jednou ze základních motivací je samozřejmě odměňování. Proto klademe důraz na kontinuální růst platů. V posledních letech se nám podařilo splatit zdravotníkům dluh z minulosti a poslední statistická data ukázala, že v přepočtu na průměrnou mzdu se plat lékaře a sestry v ČR v mezinárodním srovnání vyrovnal průměru EU.

Nyní se však také musíme zaměřit na rozvoj nemocnic, který byl kvůli platům upozaděn, a peníze soustředit na investice do zdravotnické infrastruktury. Poprvé v historii jsme tak zmapovali investiční potřeby a zanesli je do Národního investičního plánu. Pevně věřím, že se nám tímto klíčovým krokem podaří investice do zdravotnictví nastartovat.

Peníze však nejsou všechno. Profesi zdravotníků je potřeba i významně zatraktivnit. Hlavně v očích mladých lidí. To má za cíl projekt Ministerstva zdravotnictví „Studuj zdrávku“, který motivuje mladé ke studiu zdravotnických škol a k práci ve zdravotnictví.

Nutné jsou i další systémové kroky, jako třeba navyšování počtu studentů lékařských fakult, abychom do budoucna předešli prohloubení nedostatku lékařů, které predikuje demografický vývoj. Naše vláda proto ze státního rozpočtu uvolnila téměř 7 mld. korun, které v následujících jedenácti letech dostanou lékařské fakulty, aby mohly učit více studentů a lépe zaplatit učitele. Je to ta nejlepší investice do budoucna, kterou jsme mohli udělat.

Věřím, že jsme na dobré cestě vyřešit mnoho problémů, které ředitelé nemocnic v tomto Barometru zmiňují.

JUDr. Alena Schillerová, PhD.
místopředsedkyně vlády České republiky,
ministryně financí, Ministerstvo financí České republiky

Komentář:

Hospodářskou, ani zdravotní politiku nelze provádět z Prahy od stolu, ale je potřeba naslouchat všem aktérům se znalostí praxe. V tomto směru hraje průzkum mezi řediteli nemocnic „Barometr českého zdravotnictví 2019“ důležitou roli. S řediteli nemocnic se navíc často setkávám osobně a navštěvuji nemocnice v regionech. Barometr však jejich názory kvantifikuje a vyjadřuje statisticky.

Barometr potvrzuje, že ředitelé nemocnic se musí potýkat s nedostatkem personálu, který se projevuje v celé české ekonomice, a vysokým množstvím přesčasů. Ukazuje se, že plošné zvyšování platů z posledních let, jakkoli zlepšilo finanční situaci pracovníků ve zdravotnictví, uvedené problémy nevyřeší. Je potřeba provádět systémové kroky, jako např. aktuální navyšování kapacit lékařských fakult, na které vláda uvolnila potřebné finance ze státního rozpočtu.

I přes zvyšující se rozpočtové požadavky všech ostatních resortů se snažím hledat cesty ke zlepšení situace nemocnic zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví. Například nyní jsme posílili jejich výdaje na investice o půl miliardy korun. Tyto investice se týkají snižování energetické náročnosti, které následně přinesou provozní úspory. A právě tyto provozní úspory bude možné použít na řešení problémů, které ředitelé uvádějí v Barometru.

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch
ministr zdravotnictví, Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Komentář:

Těší mě, že můžu komentovat výsledky již 11. ročníku průzkumu mezi řediteli nemocnic nazvaného Barometr českého zdravotnictví 2019 z pozice aktivního spolutvůrce a hybatele změn. Vnímám to jako důležitou zpětnou vazbu z terénu a podnět k dalším krokům.

Velkou radost mám ze skutečnosti, že téměř všichni ředitelé českých nemocnic považují český zdravotnický systém v celoevropském srovnání za kvalitní. Díky tomu, že obdobné zjištění vychází také z průzkumů v minulosti, je zcela zřejmé, že udržujeme naše zdravotnictví na vysoké úrovni, a to dlouhodobě.

Stejně jako každým rokem, i letos vidí většina ředitelů nemocnic rezervy v kvalitě zdravotní péče. Jsem přesvědčen, že kvalita péče v našich nemocnicích je na velmi dobré úrovni, nicméně je nutné přiznat, že je v mnoha ohledech ještě prostor pro zlepšení. Dluh směrem ke zdravotníkům v oblasti odměn se nám podařilo úspěšně dorovnat. Díky významným injekcím v posledních letech se platy lékařů a sester vyrovnaly průměru EU. Nyní je však potřeba prioritně se zaměřit na investice do technického a medicínského rozvoje nemocnic. V rámci Národního investičního plánu vlády jsme vůbec poprvé zmapovali potřebné investice do zdravotnictví, což je klíčový odrazový můstek pro budoucí investiční plány. Přicházíme rovněž s iniciativou, kdy chceme měřit kvalitu zdravotní péče, neboť platí citát zakladatele moderního managementu Petera Druckera „Když něco nemůžete změřit, nemůžete to ani řídit.“

Problémem, který dlouhodobě trápí celé české zdravotnictví, je nedostatek lékařů a zdravotních sester. Je zřejmé, že tento problém nevyřešíme lusknutím prstů, ale trpělivou a usilovnou prací. Naším cílem je zajistit, abychom současné zdravotníky udrželi a nové přilákali. A analýza ÚZIS ukázala, že naše kroky nesou ovoce. Na posledních datech vidíme, že sestry přestávají odcházet a dochází ke stabilizaci jejich počtu. Jak zlepšit současnou situaci, tím se průběžně již rok a půl zabývá pracovní skupina pro personální stabilizaci, kterou jsem na Ministerstvu zdravotnictví ustanovil. S ohledem na významné demografické stárnutí populace lékařů jsme společně s resortem školství připravili jedenáctiletý akční plán na navýšení počtu mediků a učitelů na lékařských fakultách. Jedná se o významný systémový krok v řešení situace výrazného a neustále se prohlubujícího nedostatku lékařů ve zdravotnickém systému ČR. V letech 2019–2029 tak budou české lékařské fakulty podpořeny částkou téměř 7 miliard korun, což jim umožní zvýšit kapacity o 15 % a zároveň zvýšit platy učitelům. Pracujeme také na tom, abychom nelékařským profesím vrátili zaslouženou prestiž a zatraktivnili je v očích mladých lidí. Spustili jsme proto kampaň „Studuj zdrávku“, která má za cíl motivovat mladé ke studiu zdravotnické školy a k práci ve zdravotnictví.

Průzkum také ukázal, že rostou obavy ředitelů nemocnic ze zhoršení dostupnosti zdravotní péče. Mohu ředitele ujistit, že na Ministerstvu zdravotnictví děláme maximum proto, aby se jejich obavy nenaplnily. Snažíme se maximálně podpořit zlepšení dostupnosti zdravotní péče v regionech, kde se s nedostatkem lékařů potýkají. Například tak činíme prostřednictvím dotačních programů, o které je čím dál tím větší zájem. Vypsali jsme dotační program pro praktické lékaře v oblastech s omezenou dostupností zdravotních služeb, na který je každoročně vyčleněno zhruba 5 milionů korun. Dále máme dotační program pro zubní lékaře v oblastech s omezenou dostupností zdravotních služeb. Stomatologové mohou do konce roku 2021 žádat o příspěvek až do výše 1,2 milionu korun. Aktuálně pracujeme také na návrhu nové podoby rezidenčních míst, dotací pro mladé lékaře, která by umožnila mimo jiné zohlednit ve výši dotace i potřebnost lékařů dané specializace v regionu. V případě „nedostatkových specializací“ jako jsou např. pediatři nebo praktičtí lékaři by tak mohla být dotace na jedno rezidenční místo vyšší v periferních regionech, než ve velkých městech. Protože v současné době čelíme odlivu mladých lékařů do velkých měst, nová vyhláška o vzdělávání v základních kmenech lékařů umožňuje, aby se lékaři vzdělávali v základních kmenech v okresních nemocnicích. Jde tak o nástroj, který umožní návrat mladých lékařů do regionů a regionálních nemocnic. V neposlední řadě jsme zahájili kontrolu toho, jak zdravotní pojišťovny plní svou povinnost zajistit občanům místní a časovou dostupnost zdravotní péče. Domnívám se totiž, že zdravotní pojišťovny by měly v otázce zajištění zdravotní péče pro své klienty hrát aktivnější roli. Je to jejich elementární povinnost.

Zaujalo mě také zjištění, že velké rezervy ředitelé dlouhodobě vnímají v komunikaci a propojení spolupráce mezi poskytovateli primární péče, zdravotního personálu nebo pacienty. Nejen z tohoto důvodu připravujeme zákon o elektronickém zdravotnictví. Chceme, aby se sdílela data nejen o lécích, ale také o vyšetřeních a laboratorních testech a jejich výsledcích. Dosavadní neexistence jasné strategie způsobila, že vývoj byl nekoordinovaný a z tohoto důvodu máme v provozu mnoho nespolupracujících systémů. Je pro mě prioritou sladit právě nekoordinované aktivity a vytvořit jednotné důvěryhodné prostředí pro všechny, kterých se služby elektronického zdravotnictví týkají. Chceme nabídnout užitečné služby a řešení, která povedou k efektivní komunikaci ve zdravotnictví a každé ze skupin, tedy pacientům, poskytovatelům a zdravotníkům, kterých se elektronizace zdravotnictví nějakým způsobem dotýká, přinesou řadu výhod.

Děkuji všem ředitelům nemocnic za jejich práci pro české zdravotnictví a budu se těšit na další výzkum, jelikož pevně věřím, že se nám všechny plány pro zlepšení situace ve zdravotnictví úspěšně podaří zrealizovat a změnit tak některé výsledky k lepšímu.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.
rektor, Univerzita Karlova

Komentář:

Průzkum mezi řediteli nemocnic, který hodnotí české zdravotnictví očima managementu nemocnic, vnímám každoročně jako zpětnou vazbu k aktuální situaci ve zdravotnictví. V roce 2019 se vyjádřilo 80 respondentů, což poukazuje na fakt, že představitelům nemocnic není české zdravotnictví lhostejné.

Letošní ročník tohoto průzkumu byl zaměřen na meziroční posuny vnímání změn v klíčových oblastech zdravotnictví, a to přineslo zajímavá, leč realitu odrážející zjištění. Narůstající obavy ze zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče dle mě vnímají nejen sami představitelé nemocnic, ale také široká veřejnost. Tato situace úzce souvisí s nedostatkem zdravotnického personálu hlavně u nemocnic, které jsou dlouhodobě podfinancovány. Mezi nemocnicemi tak vzniká doslova „boj“ o tento personál, ať už ve smyslu udržení stávajícího personálu, nebo nastavení výhodných podmínek pro přijetí personálu z jiných nemocnic, z jiných států, ale také absolventů lékařských fakult.

Další palčivou oblastí, na kterou výsledky tohoto průzkumu dlouhodobě poukazují, je komunikace. Největší rezervou je pak konkrétně komunikace s poskytovateli primární péče (93 % ředitelů!). Zde já osobně vidím potenciál ve zlepšení této oblasti formou elektronizace zdravotnictví, což by se dle mého názoru projevilo také ve zjednodušení předávání informací o pacientech v obou směrech.
Český zdravotnický systém by se také měl zamyslet nad tím, proč jen 46 % ředitelů si myslí, že jejich nemocnice hospodaří efektivně?

Byl bych rád, aby HCI tento průzkum realizoval také v příštím roce a přinesl s sebou v některých oblastech pozitivnější pohledy.

MUDr. Pavel Vepřek

poradce ministra zdravotnictví (v letech 2011 – 2014), Ministerstvo zdravotnictví České republiky,
předseda, Občan z.s.,
člen představenstva, Nemocnice Plzeňského kraje, a.s.

Komentář:

Nevím, kdy nastává čas začít bít na poplach. Pokud počet ředitelů nemocnic obávajících se zhoršení kvality poskytované péče dosáhl 79 procent a 85 procent z nich se obává snížení její dostupnosti, tak bych asi začal. Dlouhodobě špatně nastavený systém financování nemocnic, historicky zakonzervovaný způsob organizace práce, insuficientní mimonemocniční péče a nulová motivace občanů nevyužívat nemocniční péči jako nízkoprahové náhražky zařízení sociálních služeb se stále více manifestuje zejména problémy v personální oblasti. V méně atraktivních lokalitách začíná být citelný nedostatek lékařů i sestřiček, jehož dopad je akcentován rozsahem nemocničních pohotovostních služeb a 146 hodinami povolené přesčasové práce ročně. To se odráží v často brutálním nátlaku na růst platů/mezd, vydatně stimulovaném odboráři všeho druhu, a tak personální náklady stoupají k hodnotám ohrožujícím samotnou existenci nemocnic. Personální problémy budou hlavním hybatelem změn, které se v nejbližších letech v nemocniční síti odehrají. Jen na nás záleží, zda se tak stane kontrolovaně nebo se odevzdáme osudu. Na vystřílení slabých a nemocných kusů stáda není principiálně nic špatného, ale má se tak dít v situaci, kdy se stádo pase na stejné louce. Naše zdravotnictví po léta poskytuje nemocnicím pastviny v celé škále, od těch žírných po vyschlé polopouště, a tím se výrazně zkresluje hodnocení jejich užitečnosti.

K tomu, abychom adaptovali naši lůžkovou péči na moderní medicínu a budoucí potřeby občanů, vede několik kroků. Tím základním je zavedení jejich férového financování opírajícího se o funkční systém DRG,

který je zatím v nedohlednu. Vytvoření výchozího klasifikačního systému, což se zřejmě děje v projektu DRG Restart, je jenom začátkem procesu, který vede k implementaci DRG. Při něm musí být předem jasné, jak budou sjednocovány základní sazby a kdo bude každoročně upravovat váhy jednotlivých skupin. Zavedení DRG není jednorázový úkon, ale dlouhodobý proces, ve kterém bude DRG měnit chování nemocnic a chování nemocnic měnit DRG. K tomu, aby nemocnice fungovaly efektivně, potřebujeme změnit strukturu nemocniční i mimonemocniční péče.

Naším problémem je, že v nemocnicích je příliš mnoho království, máme jeden normativ pro minimální personální a přístrojové vybavení oddělení bez ohledu na to, zda se jedná o fakultní nemocnici nebo nemocnici orientovanou na poskytování základní péče. Stále převládá názor, že všichni mohou dělat to, na co si troufnou a po pracovní době je v našich nemocnicích neudržitelně mnoho lékařů. Řešením je vytvořit moderní typologii nemocnic a té přizpůsobit normativy, spojit co se spojit dá – lůžka, sály, JIPky, Emergency a redukovat rozsah péče v mimopracovní době v menších nemocnicích společně se snížením počtu lékařů ve službě.

K tomu, aby nemocnice nebyla prvním místem kontaktu pacientů se zdravotními službami, vede zvýšení efektivity extramurální péče, jak primární, tak ambulantních specialistů. Snem je zavedení integrované péče, zejména o chronicky nemocné pacienty. Ve vzdělávání lékařů jsme si nadrobili nepříjemnosti preferováním specializací nad univerzalitou, a tak univerzálně použitelní doktoři nejsou k mání. Zájem o práci sestry klesá a ty, které dosáhly vysokoškolského vzdělání v našich nemocnicích, práci lékařům neubraly. Z toho je zřejmé, že potřebné úpravy pre i postgraduálního vzdělávání lékařů a sester nás ještě čekají.

No a závěrem si připomeňme dva evergreeny. Tím prvním je sdílení informací mezi všemi zdravotníky, kteří se starají o stejného pacienta. Léta se o tom mluví, ale zatím to vypadá nadějně jen s lékovým záznamem. Tím druhým je vyrovnání podmínek se sociální sférou a motivace občanů k odpovědnému čerpání zdravotní péče. Dokud bude pobyt v nemocnici bezplatný, potud budou do ní mířit i ti, kteří do ní nepatří. Dokud bude bezplatná rychlá záchranná služba, potud ji budou ti otrlejší využívat jako gratis taxislužbu. Dokud…

Každému je jasné, že podobu českých nemocnic nezměníme do švestek, ale alespoň vykročme.

Ing. Norbert Schellong, MPH

poradce ministra zdravotnictví (v letech 2014 – 2015), Ministerstvo zdravotnictví České republiky,
statutární ředitel, Ústav vývoje a klinických aplikací, z.ú.

Komentář:

Děkuji společnosti HCI za oslovení ve věci mého názoru v každoročním barometru českého zdravotnictví v kontextu kvality a dostupnosti péče. Chci jí také poděkovat za dlouholetou práci pro české zdravotnictví v této oblasti, protože každoročně vyvolávají diskuse a možnosti se k nim vyjádřit na aktuální ožehavá témata v českém zdravotnictví a těší mě, že i odborná úroveň konference rok od roku roste.

České zdravotnictví dlouhodobě trápí personální problémy - na toto téma už bylo nespočet diskuzí, konferencí, přednášek, seminářů a politických debat, proto samozřejmě pro nikoho asi není překvapením, že pro většinu ředitelů českých nemocnic je tento problém skoro existenční otázkou. V nemocnicích univerzitního typu přímo řízených státem tento problém ještě není tak akutní, protože je stále z řad absolventů poptávka po specializovaných pracovištích a nabízené možnosti kontinuální edukace, specializace a atraktivity pracoviště. Když do této rovnice dosadíme možnosti privátně vlastněných nemocnic v oblasti finančního ohodnocení, drží tuto chvíli v českém zdravotnictví pomyslného Černého Petra nemocnice zřizované kraji a dalšími regionálními samosprávami. Každopádně pokles kvality péče, způsobený úbytkem personálu, a dostupnost zdravotní péče ze stejného důvodu je stejný problém pro všechny nemocnice bez ohledu na vlastníka a zřizovatele, protože ve svém důsledku je potom přímo ohrožena specializace špičkových center z důvodu alternace bazálních a méně specializovaných výkonů, které by měly řešit personálně nestabilní nemocnice okresního charakteru. Problém, o kterém se hovoří dlouhá léta, se podle mě pořád neřeší systematicky, diskuse o tom, zda-li

nábor pracovních sil, ať už lékařů či nelékařů z východních oblastí je receptem či nikoli, je jen zbytečné mrhání energie od daleko důležitějších otázek, kterými jsou systematická výchova, edukace a schopnost systému produkovat nové české lékaře a zdravotní sestry. Ano, poslední dva ministři zdravotnictví v tomto ohledu podnikli a podnikají různá opatření, otázkou zůstává, zda jsou tyto kroky dostačující, což ukážou následující roky. V tuto chvíli to dokáže posoudit jen akademická lékařská obec, která by v tomto systémovém řešení měla hrát prim, navrhovat a definovat systémové změny.

Mezi hlavními zjištěními i letošního barometru plynou obavy ředitelů ze zhoršování kvality zdravotní péče, jakož i problematika přesčasů lékařského, tak i nelékařského personálu. Obě dvě problematiky se vážou na zmíněnou personální situaci a nedostatek odborníků, proto považuji za zbytečné je dále analyzovat, řešením je opět dlouhodobá koncepce výchovy českých lékařů a sester. Ano, pravdou je, že ve většině nemocnic stále přetrvává systém odměňování, kde polovinu, někdy i více procent platu tvoří odměna za služby a příplatky. V některých krajích, kde je již fatální personální situace v nemocnicích, to potom vytváří mzdovou spirálu a poskytovatelé se předhání v hodinové sazbě a navzájem se přetahují o zdravotnický personál. Zde by měli zasáhnout organizátoři péče, což jsou v tomhle případě krajské úřady a bez ohledu na zřizovatele by měli vytvářet tlak a alespoň snahu o dohodu mezi jednotlivými poskytovateli zdravotní péče, v lepším případě, kdy jsou i zřizovateli nemocnic, přímo pravidla.

Rok od roku se potom v barometru na nejvyšších hodnotách pomyslného žebříčku problémů objevuje jak interní, tak externí komunikace nemocnice v jejím přirozeném prostředí. Většina ředitelů se shoduje, že nefunguje komunikace se specialisty ani praktiky. Dnes již v některých krajích existují komunikační platformy pro sdílení pacientských záznamů a pro mezioborovou komunikaci nad zdravotním stavem a intervencemi daného pacienta. Toto řešení však v rámci České republiky existuje pořád v minimální míře a i tam, kde existuje, není entita, která by soukromé lékaře motivovala k účasti v takové komunikační platformě. Zde často slýchávám, že tato aktivita musí být prováděná odspodu, s čímž možná trochu souhlasím, máme-li na mysli aktivity krajů, které by tuto roli měli suplovat, ale zásadní pravidla a motivační prostředí, včetně financování takovýchto komunikačních platforem na úrovni regionu, by měl řešit stát. Přitom existuje vládou schválená strategie elektronizace zdravotnictví, na které jsem se aktivně podílel od jejího zárodku a která tyto věci jasně popisuje, ale zásadně zde chybí další etapa, což jsou centrálně řízené (omlouvám se za tuto marxistickou terminologii), nebo alespoň koordinované implementační aktivity. Výsledkem jsou potom různé heterogenní a nekoordinované aktivity s otazným výsledkem provázanosti na nadregionální úrovni v budoucnu.

Z dalších oblastí, zkoumaných letošním průzkumem, mě docela překvapilo zjištění, že více než třetina managementu českých nemocnic nepovažuje nástroj pro management kvality, např. ISO za oblast “ve které jde ještě něco zlepšovat”. Vždyť samotná podstata managementu kvality a jakosti je kontinuální zlepšování všech procesů v organizaci, včetně komunikace s lékaři či pacienty, kterou jako kritickou uvádí 86 % dotázaných respondentů. Při akreditaci SAK jsou u nás zásadně brány v potaz většinou odborné a specializované procesy diagnostické a terapeutické povahy, a přestože standarty SAK alespoň stručně definují oblasti kvality managementu, komunikace a řízení organizace, nejsem si jist, zda je věnována i těmto oblastem dostatečná pozornost. Pod pojmem kvalita zdravotnictví se zkrátka u nás vnímá prioritně to, co je spíše odbornou úrovní specialistů řešit různě závažná onemocnění pomocí nejmodernější technologie a která je i při podfinancovaném systému zdravotnictví v ČR na velmi dobré úrovni, avšak chceme-li tvrdit, že kvalita českého zdravotnictví je dobrá, musíme se zaměřit i na kvalitu procesu řízení, komunikace a souvisejících činností v českých nemocnicích.

doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc.
prezident, Česká stomatologická komora

Komentář:

Manažeři našich nemocnic mají naše zdravotnictví za kvalitní (bez čísel), ale zároveň se bojí zhoršování dostupnosti a kvality. Z toho vyvozuji, neb se to opakuje, že dobře už bylo, třeba za socialismu. Zároveň ale plánují stejné investice, tedy strach není reálný, to by šetřili. Je to taková výzva - naše zdravotnictví je úžasné, ale pošlete více peněz, nebo bude zle. Klíčovým problémem je podle nich syndrom vyhoření, tedy problémy jsou u nás spíše psychologického než materiálního charakteru. Nikde nečtu o aktuálních výzvách - restrukturalizace DRG, primární péče. Světově unikátní je názor, že nemůžeme šetřit, neboť na to máme málo peněz. Nemocnice nemluví jako část ekonomiky, ale jako rozpočtová položka. Je to jen více peněz na více lékařů a sester. Tedy snaha přežít další rok a ticho před bouří…

Za mě. Proti syndromu vyhoření nejlépe zabojujeme tím, že začneme systém měnit - náplně práce jednotlivých pracovníků - přesunutí kompetencí na SSP, posílení pomocného personálu. Zmenšení počtu míst, kde se "slouží", naopak více směnných provozů a méně otevřených pracovišť. Poslat peníze schopným. Rovná DRG sazba. Peněz nebude nikdy dost a stát tuneluje zdravotnictví tím, že za své pojištěnce platí méně, než platí jiní plátci. Stát nemůže být dále "černým pasažérem" a my musíme zdravotnictví optimalizovat na situaci s více nemocnými a méně lékaři a sestrami.

MUDr. Zorjan Jojko
předseda, Svaz ambulantních specialistů

Komentář:

Při četbě výsledků šetření mě zaujalo, nakolik jsou problémy celého zdravotnictví stejné nebo alespoň podobné.

I v ambulancích
- chybí lékaři i sestry,
- jsme ohroženi syndromem vyhoření,
- nás obtěžuje GDPR méně, než jsme čekali.

I u nás jsou jistě rezervy v komunikaci s lékaři jiných skupin, což je třeba zlepšit.
Nejspíše „zásluhou“ úhradových vyhlášek sociálně demokratických ministrů do roku 2018 včetně jsme se dostali do situace, že jsme museli velmi racionalizovat naše provozy s cílem maximálně efektivního využití finančních prostředků, které jsme měli a máme k dispozici.
Trpěly především investice a mzdy personálu.

Obojí se snad povede aspoň částečně zlepšit během roků 2019 a 2020, ačkoli nadále bude, bohužel, asi platit, že politici nebudou akceptovat, že zdravotnictví je jeden celek a budou různými dotacemi státním, městským a krajským zařízením de facto křivit finanční podmínky prostředí, v němž pracujeme. A to vždy na úkor soukromých poskytovatelů. A pokud píšu o investicích, myslím tím především obnovu vyšetřovacích přístrojů, nikoli výdaje na IT, do nichž jsme v posledních letech tlačeni nikoli na základě objektivně vzniklé potřeby a naší vůle, ale „politicky“ nejčastěji z úrovně MZ. Ale na tom jsme de facto zase stejně jako ty nemocnice.

Ing. Vladimír Novotný

2. náměstek hejtmana, Krajský úřad Kraje Vysočina

Komentář:

Vlastně v souladu s výsledky Barometru lze konstatovat, že problémy v hospodaření našich nemocnic jsou stále stejné. Nárůst osobních nákladů, nevykrytí nákladů na poskytnutou zdravotní péči úhradami od zdravotních pojišťoven a samozřejmě nedostatek lidských zdrojů.

Rok 2018 nám zkomplikoval situaci pro rok 2019 ještě více. V posledních prosincových dnech došlo na kraje nařízení vlády, které plošně navyšovalo mzdy o 7 % u středního personálu a obsahovalo další opatření v oblasti osobních nákladů, se kterými nikdo nepočítal. Nárůst osobních nákladů k úhradám mnohdy stoupnul u našich nemocnic až k devadesáti procentům. To tedy mnoho prostoru pro rozvoj zdravotnictví našim nemocnicím nedává.

Za všemi průzkumy, čísly, ekonomikou a statistickými údaji se ve zdravotnictví skrývá spousta práce, obětavosti a času vedení nemocnic, lékařů, sester a dalšího zdravotnického i nezdravotnického personálu při zajištění a udržení kvality a dostupnosti zdravotní péče všem pacientům. A tak využívám této možnosti a dovolím si, za nás všechny současné i budoucí pacienty, za tuto péči poděkovat.

MUDr. Ing. Michal Šnorek, Ph.D.
předseda představenstva, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Komentář:

Přestože rok od roku stoupá podíl ředitelů českých nemocnic, kteří se obávají zhoršení kvality zdravotní péče, považují téměř všichni (91 %) český zdravotnický systém stále za kvalitní. Zároveň rostou obavy ze zhoršení dostupnosti zdravotní péče. V kontextu první věty je zajímavé, že 90 % ředitelů vidí možnosti zlepšení kvality zdravotní péče ve vlastní nemocnici, ale samozřejmě vždy je co zlepšovat.

Kvalita a dostupnost zdravotní péče představují dva ze tří vrcholů trojúhelníku zdravotní péče (Iron Triangle of Health Care, Kissick 1994). Tím třetím vrcholem jsou náklady. Z uvedeného konceptu, který má své nesporné limitace, plyne, že změna v jednom sledovaném parametru se odrazí v jednom či obou zbývajících. Pokud by tedy byla zdravotní péče v ČR skutečně vysoce kvalitní, zároveň stále dobře dostupná, měla by být velmi nákladná. Výdaje ČR na zdravotnictví však představují 7,2 % HDP, zatímco průměr EU je 9,9 % (https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS). Víme tedy, že exaktně vyčíslitelné náklady na zdravotní péči v ČR jsou relativně nízké. Dostupnost zdravotní péče, místní i časová, také není špatná. Například otloukánek podobných diskuzí, britská NHS, jistě není tím, po čem by čeští pacienti prahli, aniž si to připouštějí. Je tedy zdravotní péče v ČR skutečně kvalitní? Vyhodnocujeme její kvantitativní a kvalitativní parametry či indikátory dostatečně? Pokud ano, srovnáváme je a máme k dispozici seriózní benchmarking? Jsou tyto výstupy dostupné pacientům v použitelné formě, a nejen v podobě občasných bulvárních žebříčků vyzdvihujících spektakulární čísla bez znalosti potřebného kontextu? A jde to vůbec?

Barometr českého zdravotnictví krásně ukazuje rozpory, které v českém zdravotnictví přetrvávají. Rostoucí obavy ze zhoršení dostupnosti zdravotní péče musíme rozdělit na dvě větve. Obáváme se zhoršení dostupnosti zdravotní péče celkově nebo zhoršení dostupnosti kvalitní zdravotní péče? V tom je

totiž zásadní rozdíl. Jako pacient bych měl být rád, že přestane být dostupná nekvalitní péče. Měl bych ocenit, že péče, která zůstane zachovaná, bude kvalitní. Dokud budeme mít v jednom okrese tři čtyři nekoordinované a vzájemně se nedoplňující poskytovatele akutní lůžkové zdravotní péče, bude barometr signalizovat stejné problémy. Tento stav není při dnešním toku peněz do zdravotnictví, ale i absolutním počtu personálu, dlouhodobě udržitelný. Vize dostupné, opravdu kvalitní zdravotní péče není nereálná, budeme-li řešit příčinu současného stavu a nikoliv až nepříznivé následky. Když budeme mít provázanou a koordinovanou racionální síť akutní, následné, rehabilitační a sociální péče, nebude 84 % ředitelů pociťovat nedostatek lékařů a 81 % nedostatek sester.

Ing. Michal Čarvaš, MBA

místopředseda, Asociace českých a moravských nemocnic,
předseda představenstva, Nemocnice Prachatice, a.s.,
člen představenstva, Jihočeské nemocnice, a.s.

Komentář:

Výsledky realizovaného průzkumu Barometr českého zdravotnictví 2019 potvrzují, že české zdravotnictví podává nadstandardní výkony na to, jak málo peněz do něj jde a že řada dlouhou dobu neřešených a nevyřešených problémů je vnímána jako časovaná nálož, která v budoucnu zhorší dostupnost a kvalitu péče. Všechny 3 nejčastěji zmíněné obavy ředitelů – nedostatek lékařů a zdravotních sester, syndrom vyhoření a agresivita pacientů – spolu velmi těsně souvisí a mohou vést právě k omezování péče, zhoršení její kvality i dostupnosti. Jiná je dostupnost péče v hlavním městě a jiná v příhraničí, kde je hustota obyvatel výrazně nižší a ještě řidší je hustota poskytovatelů zdravotní péče, kteří patří mezi „ohrožené“ druhy. Dalším problémem je změna chování nových generací zdravotníků, kteří již nechtějí jako jejich starší předchůdci trávit spoustu hodin v nemocnicích ve službách, ale chtějí mít více volného času, věnovat se koníčkům, rodině, cestování atd. Na tuto společensko-ekonomickou změnu v chování není zatím české zdravotnictví připraveno ani reformováno.

Z hlediska výsledků průzkumu v oblasti rezerv v nemocnicích mne zaujal rostoucí trend u odpovědi „snižování fixních nákladů“, z 56 % v roce 2018 na 68 % odpovědí v roce 2019. Toto je zajímavá otázka, zejména v době, kdy nám ředitelům fixní náklady dlouhodobě a výrazně rostou, což je dáno zejména osobními náklady. Podíl osobních nákladů vzrostl v nemocnicích za posledních 5 let o cca 10 procentních bodů. U malých nemocnic se posunul z 55 % na 65 %, u velkých z hodnot kolem 40 % na hodnotu kolem 50 % a u LDN zařízení se vyšrouboval ze 70 % na více jak 80 % nákladů. Pokud k tomu přičteme i další fixní náklady, je zřejmé, že prostor k řízení nákladů a rozvoji nemocnice je stále menší a problematičtější.

Zde je potřeba zdůraznit, že tím, že hlavním nákladem ve zdravotnictví je lidská práce, kdy náklady na ni výrazně rostou, jak ve zdravotnictví, tak i v jiných oblastech české ekonomiky, je třeba najít další zdroje na financování těchto nákladů. Nelze očekávat, že se to „pokryje“ úsporami v společném nákupu léků a SZM. Ta doba už je dávno pryč a tyto zdroje využity. Nelze očekávat ze strany státu ani zdravotních pojišťoven, že „jednotkové ceny“ za péči budou stejné či podobné jako před 5 či 10 lety. Základní sazby za DRG hodnocenou hospitalizační péči pod 35.000Kč jsou silně podhodnocené. Stejně tak je „přežité“ myšlení, že výkonová cena bodu má být kolem 1 Kč/bod. Reálné náklady jsou šroubovány spirálou rostoucích osobních nákladů či cen energií, které se projevují nejen v ceně práce zaměstnanců nemocnice, ale také v ceně nakupovaných služeb a zboží. Je třeba tedy začít debatu nejen o reformě primární péče či nemocnic, ale také o skutečných nákladech a kdo se bude podílet na jejich pokrytí.

MUDr. Miroslav Palát, MBA

prezident, Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků

Komentář:

Co se týká metodiky průzkumu, komentář by zůstal totožný, jako loni. Máme vcelku přesná čísla o nepřesných jevech. Jaký dojem však činí na diváka letošní barometr? Podívejme se na dnešní situaci ve zdravotnictví, kterou v jistých rysech barometr reflektuje.

Vzpomenete si, kdy se naposledy prohnala médií nějaká zdravotnická kauza? Stěží. To samo o sobě svědčí o tom, že na vsi je vcelku klid. Lékaři a sestry pracují, pacienti se léčí, péče se hradí. Počet lékařů i jejich kompenzace rostou, podobně i sester. To však zdaleka neznamená, že jich je všude a dost. Úroveň platů a mezd dosáhla úrovně, nazvěme ji, „důstojné“. Co však neznamená, že nebudou nadále růst a rychleji než hospodářství. Ale u zaměstnanců - jak zmiňují ředitelé - už jsou to nefinanční benefity, které je zajímají. Nikoli pouze peníze, ale možnost si jich užít. Cesta povede postupným snižováním přesčasových hodin, snesitelnějším pracovním zatížením. Země OECD s nadprůměrnými výdaji za zdravotnictví na obyvatele mají více sester v přepočtu na obyvatele. Podle všeho toto je i náš směr, kterým se budeme ubírat, i když nikterak závažnou rychlostí.

Médii však přece něco proběhlo. Česká televize přinesla z cyklu infiltrace reportáž o hrůzu vyvolávajících kauzách nejzávažnějšího poškození lidí zdravotníky, ať už neschopností, zanedbáním anebo fatálním selháním systému v situaci, kdy rozhodují minuty. Jak autoři pořadu naznačili, toto nejsou jediné případy. Sami mají povědomí o nějakých a další se ozývají. Běžná reakce diváka je úžas, zděšení i oprávněné rozhořčení. Vzedmutí takových emocí v široké veřejnosti často bývá tím motorem, aby se někdo začal kauzou zabývat, aby se jí začal zabývat vážněji a třeba i rychleji než předtím. Také zvýší šance postiženým dobrat se finanční kompenzace, která sice blízkého či jeho zdraví nenahradí, avšak učiní nastalou situaci trochu snesitelnější.

Při čtení následujících řádek je vždy zapotřebí pamatovat na respekt i hlubokou účast s osudy postižených či pečujících. Pro praktické kroky k tomu, jak zamezit podobnému, však braní viníků k zodpovědnosti není tak úplně cestou, respektive není cestou dostačující. Jistě, prokáže-li se pochybení, musí být vyvozeny důsledky. Ale podobně jako při jiných neštěstích s komplexní spletí příčin, není uspokojivým výsledkem pouze to, že najdeme, kdo za to může. Spokojíme se, že spravedlnosti bylo učiněno zadost. Nesoustředíme se však tolik na příčiny krizových situací, které se mohou objevovat každý den a občas mohou vyústit v tragédii hodnou televizního zpracování. Když se vždy a za vším hledá nějaký viník, tak se síť účastníků obranně stáhne do sebe a s odkazem na to, že probíhá vyšetřování, nic dalšího neřekne. Mezitím je prakticky nemožná věcná debata o příčinách, možnostech a souvislostech, ze kterých tragická událost vyplynula.

Možná by stálo za úvahu natočit pořad až po vyšetření kauzy, kdy bude jasné, co se stalo, proč a jak lze podobnému zabránit v budoucnu. Tak, jak se zpětně dokumentují letecké katastrofy. Jistě, včetně tragédie, zavinění i shody okolností, které k neštěstí vedly. Učinilo by se tak zadost nejen té burcující emoční, ale i věcné stránce příběhu. Protože, co si budeme povídat, často je v pozadí nějaká drobnost, která se potká s dalšími v nesprávném čase a místě.

Rozjitřené zveřejnění podobných tragédií s sebou nese ještě jedno varování. Při pouhém hledání viníků se nám totiž vedle odhalení skutečných nezodpovědných občas připlete i nějaká ta „justičně-mediální profesní vražda“, kdy se zničí existence zdravotníka pouhým podezřením z něčeho, co se nakonec neprokáže. O to nám asi také nikomu nejde.

Mgr. Soňa Marková

expertka KSČM pro oblast zdravotnictví

Komentář:

Děkuji týmu HCI za dlouhodobé úsilí při zvyšování bezpečnosti, kvality a efektivity ve zdravotnictví a zároveň všem ředitelům a ředitelkám nemocnic za to, že mají zájem celý, zatím celkem dobrý zdravotnický systém zlepšovat ve prospěch pacientů i pracovníků ve zdravotnictví. Výsledky letošního průzkumu potvrzují zjištění z minulých let a zároveň opět poukazují na nejpalčivější problémy českého zdravotnictví. Narůstající obava ze zhoršení kvality a dostupnosti péče pro pacienty je ale alarmující. Jedním z hlavních důvodů tak zůstává prohlubující se nedostatek lékařů a zdravotních sester v nemocnicích a z toho vyplývá i velké nebezpečí syndromu vyhoření. Vítám fakt, že si ředitelé nemocnic tyto problémy uvědomují a předpokládám, že činí v rámci svých kompetencí všechna potřebná opatření. Předpokládám také, že se výsledky těchto zjištění dostanou i na ministerstvo zdravotnictví a konečně dojde k vypracování komplexu legislativních i nelegislativních opatření a změn. Samozřejmě včetně jejich postupného faktického naplňování. Již sestavené odborné pracovní komise na MZ by měly prezentovat konkrétní výsledky a ty následně prosadit. Za důležitou považuji i spolupráci s jednotlivými kraji, které také nesou ze zákona odpovědnost za kvalitu a dostupnost zdravotní péče. Naši pacienti toto společné úsilí rozhodně potřebují.

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.
právník, PwC Legal s.r.o.,
místopředseda, Platforma zdravotních pojištěnců České republiky, z.ú.

Komentář:

„Téměř všichni (91 %) ředitelé českých nemocnic považují český zdravotnický systém v celoevropském srovnání dlouhodobě za kvalitní.“ Já ne. Stejně jako stovky zdravotníků, kteří mě při desítkách seminářů zásobují „historkami z natáčení“, a stejně jako pacienti ze sociálně vyloučených lokalit (vše mimo Prahu a Brno-město), od kterých mi pošta nosí krasopisem psané hororové příběhy. Inu, možná jsou to fake news a systém je super. Anebo není, jen v okolních státech je mismanagement sítě poskytovatelů, chaos v atestacích či nepotismus v úhradové politice JEŠTĚ horší – to ale pro náš stát není žádná omluva.
„93 % ředitelů vidí rezervy v komunikaci s primární péčí a 91 % v komunikaci s ostatním personálem.“
Není divu - plánování soustavy zdravotnických zařízení bylo opuštěno před 30 lety a nebylo ničím nahrazeno. Koordinace a návaznost péče nefunguje, praktika se statisíce občanů navyklo nevyužívat. Mnohdy ne z libovůle, ale z nutnosti - lidé stůňou i mimo pracovní dobu a jako jediný poskytovatel fungující 24/7 často zbývá místní nemocnice. Z ní se tak stává sběrný koš na vše nepříjemné, špatně hrazené, v nestandardních časech, plus to, s čím si neumí poradit policie a deficitní sociální péče. Na příjmu o sobotní noci se tak může sejít rozbitý motorkář, dlouhodobě nemocná babička, maminka s plačícím batoletem, nepřizpůsobivý pobodaný ve rvačce a opilý bezdomovec, kterému nějaká dobrá duše zavolala erzetu. S tím vším si musí poradit lékař na 60-hodinové službě - urgentní případy rozpoznat a zachránit, neurgentním pomoci, nepřizpůsobivce vyreklamovat bez újmy na vlastním zdraví a o návazné péči se pak plynnou ukrajinštinou dohodnout s kolegy („76 % ředitelů řeší nedostatek personálu tím, že zaměstnává pracovníky z jiných států“). Takto nemocnice fungovat nemohou, je to drahé a nebezpečné. A bude hůř, protože až se okresní interny a chirurgie definitivně rozpadnou, nebo je zas nějaký

reformátor začne rušit v rámci „redukce lůžek“, zbude pacientům už jen ještě dražší dvojkombinace „záchranka-fakultka“.
„Ředitelé se obávají rezerv v oblasti komunikace s pacienty (86 %) a jejich agresivity (75 %), jakož i syndromu vyhoření zdravotníků (75 %)“. Vzhledem k popsanému není divu. Připočtěme ještě nesmyslnou administrativu, generovanou vysoce nad požadavky práva i skutečnou potřebu laiky, kteří zdravotnické zákony studovali, ale nepochopili, protože v manažerských rychlokurzech se teorie práva neučí. Dále tlak limitací z úhradové vyhlášky, kterými je lékař za dobrou práci finančně trestán - ale pokud pro udržení ekonomiky oddělení odepře pacientovi potřebnou péči, logicky narazí na zmíněnou agresivitu, v případě právníka mezi pozůstalými i na soudní žalobu. Z toho by vyhořel každý.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění je provizorium, které původně mělo platit přesně rok a čtvrt - od 1. dubna 1997 do 30. června 1998. Zdravotnickým „stakeholderům“ se však zalíbilo natolik, že platí dosud a juniorní kolegové z ministerstva si jeho zrušení ani neumějí představit. Plán systémové nápravy žádný nevidím. To je škoda, protože *„70 % ředitelů vidí ve své nemocnici nutnost opatření pro zefektivnění jejího chodu“* a toto procento meziročně roste. Věřím proto, že pozitivní změnu přinese aktuální ústavní stížnost skoro padesáti senátorů, směřující proti úhradovému systému. Dostupná je veřejně na webu pod Pl.ÚS 49/18 a odpovídá plně mému právnímu názoru. Souhlasím s názorem pana ministra, že jde o „boření systému“; a proč ne? Kdo někdy koupil či zdědil starou barabiznu, patrně si vyzkoušel, že bývá levnější zbořit a stavět od základů než flikovat něco, co před čtvrtstoletím splácal nějaký Bořek stavitel z eternitu a ukradených cihel, a bát se při každé bouřce, že to vítr sfoukne. Základem, na kterém lze stavět, je 320+ miliard každoročně získaných od pojištěnců, za což je nutno postavit moderní systém s garantovaným rozsahem nároku a spoluúčasti, odpovídající odvedené sumě. Základem je i dosud přežívající báze zdravotníků, kteří mohou spravedlivě požadovat, aby jejich příjmy a úspěch určovala kvalita a cena nabízených služeb, nikoliv absurdity typu historické reference a schopnosti lobbovat na pojišťovně. Neumím odhadnout, zda se systém zreformuje evolučně, zda až v důsledku soudního nálezu, nebo teprve pod tlakem krizového vývoje. Tento krizový vývoj ale není věcí vzdálené budoucnosti, neboť jej již dnes v končící konjunktuře indikují *obavy ředitelů ze zhoršení kvality (79 %)* a *dostupnosti péče (73 %)* a z *nedostatku zdravotníků (až 84 %)*, jak dokládá výzkum HCI.

MUDr. Martin Kuncek

člen vedení skupiny B.Braun,
jednatel společnosti, B. Braun Avitum CZ/SK

Komentář:

Jako zástupce poskytovatele zdravotní péče bych rád okomentoval 3 oblasti:

1. Kvalita
   Všichni o kvalitě poskytované péče mluví jako o prioritě a obávají se zhoršení, v reálu však stále nejsme schopni kvalitu dostatečně měřit. Pokud nezavedeme kvalitativní kritéria a jejich hodnocení mnohem důsledněji, ani nebudeme tušit, zda jsme se skutečně zlepšili či zhoršili. V segmentu nefrologie a dialýzy, kde jsme my sami poskytovatelem péče, je naštěstí situace výrazně lepší. Velmi oceňuji, že plátci zdravotní péče akceptovali náš propracovaný systém řízení kvality a s jasnými pravidly bonifikují letos poprvé v historii výborné výsledky. Jsem rád, že to nebyl jen jednorázový výstřel, ale určení budoucího trendu. Pro rok 2020 již je uzavřena s plátci dohoda v podobném duchu.
2. Dostupnost
   U většiny ředitelů je dostupnost zdravotní péče majoritně vázaná na nedostatek lékařského i sesterského personálu. Bohužel stále působíme jako systém velmi uzavřený a zaměstnat zdravotníka ze zahraničí, tj. na východ od Slovenska, je mnohdy nadlidský úkol. Jednoznačně by nám prospěla větší otevřenost systému a vstupní bariéry hodnotící odbornou úroveň pracovníků nastavit na racionální, nikoli na blokační úroveň. Tento princip samozřejmě použít jen jako okamžitou podporu již leckde kritického nedostatku zdravotníků a intenzivně pracovat

na dlouhodobých projektech posilujících pregraduální vzdělávání a motivaci stávajících lékařů a sester.

3. Vzdělávání

   Přes 60 procent respondentů považuje za jednu z největších rezerv nedostatečné možnosti pro profesní vzdělávání a stáže. Na tomto poli intenzivně pracujeme se špičkami ve svých oborech. V těchto dnech jsme v rámci Aesculap Akademie oslavili 100 simulačních kurzů, které se konaly v simulačním centru B. Braun Dialog a jmenovali novou Vědeckou radu pro roky 2019 – 2021. U kulatého stolu se všichni odborníci jednoznačně shodli, že je potřeba zvyšovat počet workshopů v oblasti simulační medicíny, a to v rámci pregraduálního i postgraduálního vzdělávání. Výsledky barometru a nedávné tragické události jen potvrdily, že tento trend je nezbytný jak pro kontinuální trénink zdravotníků ve stresových situacích, tak pro mediky, kterým na lékařských fakultách nejvíce chybí právě trénink simulovaných situací na moderních simulátorech s kvalitními lektory. Hodně však záleží právě na managementu nemocnic, jak se k investicím do vzdělávání sami postaví.

Informace o HealthCare Institute

HealthCare Institute o.p.s. (založena r. 2006) je nezisková organizace, která v roce 2019 organizuje již 14. ročník středoevropské odborné konference „Efektivní nemocnice“ se zaměřením na strategii nemocnic. Tato konference se bude konat ve dnech 3. – 4. prosince 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.

Mezi další rozvojové projekty, které organizace HealthCare Institute o.p.s. realizuje, patří 14. ročník celostátního průzkumu bezpečnosti a spokojenosti pacientů a zaměstnanců 154 českých nemocnic „Nejlepší nemocnice ČR“ a 5. ročník průzkumu „Zdravotní pojišťovna roku“, který hodnotí komunikaci 7 zdravotních pojišťoven (tj. národních plátců zdravotní péče) s pojištěnci a zdravotnickými zařízeními. Realizuje také 11. ročník projektu „Barometr českého zdravotnictví mezi řediteli 154 nemocnic“, který hodnotí stávající situaci v českém zdravotnictví. Od roku 2018 je tento projekt realizován také mezi řediteli slovenských nemocnic.

K dalším rozvojovým projektům patří celostátní průzkum „Barometr českého zdravotnictví mezi pacientskými organizacemi“, který hodnotí oblast poskytované nemocniční a ambulantní péče v České republice očima 150 pacientských organizací a rovněž pomáhá při komunikaci mezi pacienty a pacientskými organizacemi. Prostřednictvím projektu „Barometr mezi mediky (studenty 4., 5. a 6. ročníků lékařských fakult v České republice)“ zjišťuje, jaké množství studentů lékařských fakult v České republice plánuje po ukončení vysokoškolského studia hledat zaměstnání v České republice a naopak jaké množství studentů je již rozhodnuto opustit Českou republiku a hledat pracovní nabídky v zahraničí. Od roku 2017 je tento projekt realizován také mezi studenty slovenských lékařských fakult.

V návaznosti na projekt „Barometr mezi mediky“ v roce 2018 realizoval také celostátní projekt „Barometr mezi studenty zdravotnických škol (studenty středních, vyšších a vysokých zdravotnických škol v České republice)“.

Více informací: www.hc-institute.org

KONTAKT:

Daniel Vavřina
zakladatel, HealthCare Institute o. p. s.
e-mail: d.vavrina@hc-institute.org,
tel: +420 608 878 400