



„BAROMETR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2013“
**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 pátého ročníku speciálního celostátního průzkumu názorů ředitelů českých nemocnic a zdravotních pojišťoven pod názvem „Barometr českého zdravotnictví 2013“.

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 dubna a května 2013 ve spolupráci s renomovanou nadnárodní průzkumnou společností Ipsos.

Detaily o počtech hlasujících, metodice a dalších zajímavých podrobnostech pak naleznete v souboru Detailní analýza Barometru 2013.

Na následujících stranách naleznete 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



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

„Generální partner projektu Barometr 2013“

NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ



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 5 – 6 **MUDr. Pavel Vepřek** – poradce ministra zdravotnictví, předseda sdružení Občan

Strana 7 – 8 **MUDr. Jiří Běhounek** - předseda Komise pro zdravotnictví Asociace krajů ČR, místopředseda správní rady VZP ČR, hejtman Kraje Vysočina

Strana 9 – 10 **prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA** – proděkan 1. LF UK v Praze, přednosta Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1.LF UK a VFN

Strana 11 – 12 **Ing. Ladislav Friedrich, CSc.** - generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

Strana 13 – 14 **Ing. Pavel Pivrnec** – ředitel Regionální pobočky pro Hlavní město Prahu a Středočeský kraj, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Strana 15 – 16 **MUDr. Pavel Frňka, DMS** - ředitel strategie, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Strana 17 – 18 **Ing. Marek Ševčík** - Senior marketingový manažer pro sektor Zdravotnictví, Komerční banka, a.s.

Strana 19 – 20 **MUDr. Filip Horák, MBA** - generální ředitel, předseda představenstva AGEL a.s.

Strana 21 – 22 **MUDr. Petr Zajíc, MBA** – ředitel Nemocnice Na Bulovce

Strana 23 – 24 **Ing. Michal Čarvaš** - předseda představenstva Nemocnice Prachatice, a.s., člen představenstva Jihočeské nemocnice, a.s.

Strana 25 – 26 **Ing. Filip Zítko** – ekonomický náměstek Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a.s.

Strana 27 – 28 **MUDr. Mgr. Jolana Těšinová** – přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1.LF UK v Praze a předsedkyně Společnosti medicínského práva ČLS JEP

Strana 29 – 31 **JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.** - lektor a konzultant D&D Health s.r.o., místopředseda Platformy zdravotních pojištěnců ČR, o.s.

Strana 32 – 33 **MUDr. Oldřich Šubrt, CSc. MBA** - předseda správní rady Academy of HealthCare Management

Strana 34 – 35 **Ing. Petr Formánek** – obchodní ředitel, Magellan Česká republika

Strana 36 **Ing. Zuzana Jakobová** – výkonná ředitelka, Ambeat Health Care a.s.

Strana 37 – 38 **p. Karla Voráčková** - Senior Manager, Healthcare - KPMG Česká republika, s.r.o.



MUDr. Pavel Vepřek

poradce ministra zdravotnictví,
předseda sdružení Občan

Po absolvování Fakulty dětského lékařství UK nastoupil do FN 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 VZP 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:

„Výsledky průzkumu odrážejí vliv pokračující hospodářské recese a stabilizačních opatření na atmosféru ve zdravotnictví. Trvá tradiční většinová shoda na tom, že je co ve zdravotnictví zlepšovat, ale bez viditelných dopadů do reality.“

Kvalita a dostupnost péče

Dobrou zprávou je trvající obecná spokojenost se základním uspořádáním systému, která neeroduje ani pod tlakem pokračující recese. Ta se samozřejmě promítá do větší skepse v progózování vývoje kvality a dostupnosti péče. Meziroční růst počtu ředitelů nemocnic, kteří si myslí, že na kvalitě péče je co zlepšovat může vypovídat i o omezenosti jejich manévrovacího prostoru při ovlivňování vnitřního chodu nemocnic.

Lidské zdroje

Pokles obavy z fluktuace zaměstnanců a v posílení pozice nemocnic jako stabilního zaměstnavatele je asi jediným příznivým dopadem hospodářské krize na zdravotnictví. Problém s přesčasy se nemění a asi tomu tak ještě chvíli bude.

Finance

Ředitelé nemocnic a pojišťoven odpovídali přiměřeně své roli v systému a ekonomické kondici země – nemocnice více než dříve zdůrazňují nedostatek prostředků, ředitelé pojišťoven zase šíří povinný optimismus. Jisté znepokojení by měla vyvolat jak klesající víra v přínosnost DRG, tak v možnost vyjednávání mezi nemocnicí a pojišťovnou o rozsahu a struktuře poskytované péče. Je to cena, kterou platíme za upřednostňování stability před restrukturalizací. Skeptická vyjádření stran efektivity vlastního hospodaření nemocnic signalizují, stejně jako v hodnocení kvality péče, že ředitelé nemocnic cítí, že by toho mohli udělat více pro budoucnost svěřeného zařízení, ale z nějakých důvodů to nedělají nebo dělat nemohou.

Zdravotní systém

Panuje shoda, že zvyšování efektivity zdravotního systému je žádoucí a možné. Rezervy jsou jak nemocničním sektoru, tak v ambulantní sféře. Tady je zřejmý rozpor mezi anonymně vyslovovanými názory a veřejně zaujímanými postoji. Trvajícím nepochopením dělby rolí mezi státem, krajskou samosprávou a pojišťovnami by bylo znepokojivé, pokud by bylo skutečností a nikoli artefaktem vzniklým ze špatně formulované otázky.

Hodnocení nemocnic

Stejně jako v předchozích oblastech se většina ředitelů hlásí k potřebnosti zvyšování efektivity svěřených zařízení. Vzhledem k tomu, že předchozí průzkumy vycházely stejně, by nebylo od věci se příště poptat po tom, co jim v tom brání.“



MUDr. Jiří Běhounek

předseda Komise pro zdravotnictví Asociace krajů ČR,
místopředseda správní rady VZP ČR,
hejtman Kraje Vysočina

Komentář:

„Po prostudování materiálů z letošního Barometru nejsem nikterak překvapen. Zásadní dvojí rozdílný pohled na systém fungování zdravotnictví, financování či kvalitu péče se mezi řediteli ZP a řediteli ZZ nezměnil po celou dobu, co Barometr sleduji. Každoročně je pouze určitý výkyv v některých ukazatelích podle toho, jak je zrovna nastavena úhradová vyhláška nebo jaká jsou očekávání z opatření MZ.

S lítostí musím konstatovat, že stále je pacient, klient v této situaci na okraji systému a nemá možnost zásadně do vývoje promlouvat. Každoroční změny v systému úhrad, naprosto nepochopitelné rozdíly v úrovni sazeb DRG, rozdíly v platbách historicky vzniklých před řádově 15 lety, neschopnost či neochota domluvy MZ, pojišťovny a ZZ nejsou pro fungování zdravotnictví jistě přínosem. Systémová komplexní změna není nabízena, kroky nejsou provázány a mám velmi nepříjemný dojem, že je, mnoho slov, ale minimum skutků.

Jsem hluboce přesvědčen, že bez nastavení jasných a kontrolovatelných pravidel, jejich dodržování všemi a případné sankcionování neplnění se budeme dále točit v kruhu na jednom místě.

Jednotlivé oblasti:

1. Kvalita péče je dle mého názoru velmi vysoká díky úrovni schopností lékařů a sester i technického vybavení, ale není bohužel komplexní přístup ke klientovi v celé šíři jeho problémů – obvodní lékař, specialista, nemocniční péče a tam spolupráce všech oborů. Převažuje bohužel řešení bez důsledného propojování pohledů.
2. Dostupnost a kvalita péče – zhoršená kvalita péče při současné úrovni změn sítě ZZ a přívodu financí je více než pravděpodobná především proto, že ZZ budou brzy bez finanční hotovosti a tudíž nebudou moci nakupovat to, co potřebují pro svůj provoz a péči o pacienty – léky, materiály, energie, potraviny atd.
3. Lidské zdroje – mimořádně citlivé téma, kde chybí jasná pravidla a především perspektiva pracovníků v jednotlivých zařízeních, nevyřešená otázka odměňování, rozsah přesčasové práce a mnoho dalšího nevede k uklidnění situace a výhledu na zlepšení.
4. Perspektiva – z odpovědí a výhledu se mi jeví perspektiva neradostná i proto, že na mnoho slov je pro mě málo skutků jak jsem již předeslal.“



prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA

proděkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze,
přednosta Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN

Narozen 1966 v Praze. Vystudoval Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze (1990).
V r. 1996 se stal docentem pro obor lékařská chemie a biochemie a v r. 2001 v témže oboru profesorem.

Působí od r. 1990 na pražské 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a zároveň ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze, od r. 1999 jako přednosta Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky. V letech 2005-2012 byl děkanem fakulty a nyní je proděkanem pro vnější vztahy a rozvoj. Jeho vědecká práce je zaměřena na problematiku oxidačního stresu, nových diagnostických metod a metabolismu alkoholu. V postgraduální výuce je školitelem v oboru biochemie a patobiochemie.

Je hlavním autorem 5 monografií více než 300 odborných publikací a přednesl více než 400 přednášek v ČR i v zahraničí. Je členem řady českých a mezinárodních odborných společností, např. člen české lékařské akademie, Učené společnosti ČR, předseda České společnosti klinické biochemie, vědecký sekretář ČLS JEP, člen executive Boardu EFLM.

Komentář:

„Pravidelný průzkum v českých nemocnicích z pohledu jejich ředitelů a ředitelů zdravotních pojišťoven a jeho srovnání meziročně ukazuje často stejné trendy, avšak každý rok se objeví určité změny a rozdíly oproti rokům minulým. Pozitivně je vnímána úroveň poskytované péče, která odpovídá evropskému průměru či v některých oblastech i nadprůměru. Pozitivní je vnímání ředitelů v možnostech

zlepšovat kvalitu poskytovaných zdravotních služeb v nemocnicích i ambulancích, bohužel u některých výkonů došlo v loňském roce k prodloužení čekací doby.

Většina ředitelů nemocnic pociťuje či se obává nedostatku lékařů, kdy tento problém je nejmenší dle pohledu ředitelů fakultních nemocnic, kde personální týmy vnímají jako stabilní. Problémem se jeví i otázka přesčasů zejména u lékařů, naopak fluktuace klesá.

Průzkum v letošním roce ukazuje velké obavy ředitelů nemocnic o zhoršení kvality zdravotní péče (71%) a ředitelé pojišťoven touto obavou nesdílejí.

Důvodem pro obavy – pokles kvality poskytované péče vychází z ekonomického stavu zdravotnických zařízení. Výše úhrad za nemocniční péči dle ředitelů bude klesat a včetně nasmlouvané péče vzhledem k nedostatečným úhradám od pojišťoven na pokrytí nákladů nemocnic. Začínají se pomalu prodlužovat doby splatnosti faktur. U vykazované péče prostřednictvím DRG (celkem asi 58% služeb) považuje tento systém za vyhovující necelá polovina ředitelů a je zde pokles „spokojenosti“ o více než 15 %

V oblasti financování je z pohledu ředitelů nemocnic a pohled zdravotních pojišťoven diametrálně odlišný – rozdílné světy a rozdílné vnímání reality.

Je vidět, že představitelé pojišťoven jsou trochu odtrženi od reality každodenní péče poskytované v českých nemocnicích a zjevně nekomunikují se či nemají zpětnou vazbu od svých klientů, kterým většinou poskytují základní služby a mnoho se nesnaží v oblasti péče o svoje pojištěnce. Zde by jistě přispěla buď větší diferenciací péče o klienty nebo jedna pojišťovna a další instituce, kde by se občan mohl připojistit na různá rizika. Neexistuje u nás reálné konkurenční prostředí mezi pojišťovnami vyjma občasných náborových akcí respektive přetahování klientů v nákupních centrech.

Shoda existuje v otázce nutnosti zefektivnění celého českého zdravotnického systému, avšak větší podíl ředitelů už tuto potřebu nevnímá v oblasti v oblasti nemocniční a ambulantní péče.

Tak uvidíme, jak bude systém efektivnější v předvolebním roce...

Doufám, že z hlediska ekonomických limitů, nebude pacient odeslán či předáván mezi zdravotnickými zařízeními, které mu vlastně nebudou v rámci regulací chtít či moci poskytnout službu. Doporučuji pak pacientům se přímo obracet na pojišťovny – protože přece platí, že klient je klíčový a rozhodující partner každé zdravotní pojišťovny, která dbá o blaho svých klientů.“



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 ČR a zastupuje SZP ČR 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 řídicího výboru Projektu vytvoření jednoho inkasního místa pro příjmy veřejných rozpočtů (JIM).

Komentář:

„Barometr českého zdravotnictví 2013“ již tradičně ukazuje hodnocení stavu našeho zdravotnictví očima manažerů nemocnic a pojišťoven. Jsem přesvědčen, že by bylo velmi žádoucí mít na ty otázky, které se přímo týkají pacientů, i pohled běžného občana a pohled současného pacienta.

Část názorů širší veřejnosti se opírá o velmi zjednodušený až bulvární pohled na zdravotnictví a vlastní větší zkušenost nemá. Každá nemocnice i pojišťovna se sice více či méně snaží veřejnost informovat, ale celková výchova v ČR ke zdravému životnímu stylu, prevenci a vnímání svého zdravotního stavu je podle mého názoru dosud zcela nedostatečná. Pokud bychom zde pokročili, může se zdraví postupně zlepšovat a nebude to mnoho stát.

Druhou skupinou, kterou bychom měli brát v úvahu, jsou vlastní pacienti. Ti jsou v běžné populaci v daném okamžiku vždy v menšině, ale mají se zdravotnictvím zkušenosti. Dosud jsou však málo informovaní a sebevědomí. Přestože odborníci vyslovují obavy o kvalitu a dostupnost péče a právní normy významně nároky občana, pokud jde o dostupnost péče, zpřesnily, je počet stížností a počet oprávněných stížností minimální.

Nepochybně to především znamená, že přes všechny problémy je celkově zdravotnictví kvalitní a péče dostupná. Určitě to však neplatí vždy a všude, a i v těch případech se zatím pacienti svých práv dovolávají jen ojedinelé.

Přitom 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“ bych možná zkusil vysvětlit výrazně jiný pohled na rezervy v efektivitě. Podle mého názoru se jedná o rozdílný přístup. Jako ředitel pojišťovny dnes a denně vidím, že jsou prováděna zbytná 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. Také pokus o restrukturalizaci lůžkové péče k 1. 1. 2013 je spíše prohrou obou stran. Takže rezervy tu nesporně jsou.

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 obtížnější je skutečně uvolnit.

Mezi řediteli zjevně posiluje však také všeobecné poznání, že se nejspíše už nikdy nebude opakovat období 5 až 10% nárůstu pojistného nebo masivních evropských dotací. Takže nás společně čeká 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 % zaplatí nejspíše občané. Mělo by být otázkou pro politickou diskuzi, zda postupně nebo skokově a zda na daních a pak cestou platby za státní pojištění nebo přímo na pojistném nebo na poplatcích a doplácích nebo cestou omezování spotřeby péče a jejího přesunu do dalšího pilíře, tj., smluvního připojištění.

A až tyto peníze budou občané platit, nepochybně se budou ptát, zda vedení nemocnic a pojišťovny udělali vše pro to, aby občané platili co nejméně. Zatím ještě barometr českého zdravotnictví neklesá a bouři nesignalizuje, ale pokud nebudeme věci řešit včas a společně, tak to určitě přijde.



Ing. Pavel Pivrnec

ředitel Regionální pobočky pro Hlavní město Prahu a Středočeský kraj,
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

Komentář:

„Dle mého názoru ukazují výsledky tohoto průzkumu na řadu dobrých a ne zcela dobrých podmínek, které panují v českém zdravotnictví. Především se domnívám, že výsledky tohoto průzkumu mohou přispět k definici problémových oblastí, ke sledování jejich trendů a ke stanovení postupů případných změn. Za poněkud smutné považuji poměrně nízkou účast oslovených respondentů, a to především u ředitelů krajských a městských nemocnic. Myslím si, že pokud má člověk možnost vyjádřit se v rámci takto sofistikovaného průzkumu, měl by ji využít.

Pokud se mohu drobně vyjádřit k vlastním výsledkům, dovolil bych si komentovat některé jeho části. V oblasti kvality a dostupnosti péče i přes drobně odlišné názory jednotlivých skupin dotazovaných je možné konstatovat, že nenalézáme fatálních nedostatků a zdravotnictví je optikou respondentů vnímáno na velmi vysoké úrovni. Oproti loňskému roku se v oblasti lidských zdrojů částečně posunulo vnímání rizik např. v oblasti fluktuace, stability personálu jako takové, což může souviset s poměrně bouřlivou

atmosférou provázející akci „Děkujeme, odcházíme“. V oblasti financí se pravděpodobně tradičně rozdílně vnímá úroveň financování zdravotní péče v ČR ze strany ředitelů nemocnic na straně jedné a ředitelů zdravotních pojišťoven na straně druhé. Poměrně mne zaujalo negativní hodnocení přínosu regulačních poplatků ve srovnání s administrativními náklady s tím spojenými. Možná bychom mohli zmínit širší kontext těchto poplatků s ohledem na případnou regulaci nadužívání zdravotní péče. V oblasti hodnocení zdravotnického systému je např. u otázky související s tvorbou systémových opatření a kompetencí zajímavé rozdělení názorů, které jednoznačně nepreferuje ani jednoho z účastníků systému. To znamená státní správu, samosprávu a zdravotní pojišťovny. Co vnímám jako nesmírně potěšující, že u všech respondentů v oblasti změn je akcentována komunikace s klienty a že dochází k poměrně vysokému stupni hodnocení v oblasti dodržování právních předpisů.

Závěrem se omezím na konstatování, že obraz, který pro mne představují výsledky projektu „Barometr českého zdravotnictví 2013“ až na drobné výjimky ostře kontrastuje se stigmatem apokalypsy, který čas od času vnímáme z médií.“



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 ČR. 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:

„Již několik let sleduji výstupy výzkumů HCI mezi řediteli nemocnic a zdravotních pojišťoven. V každém roce mne některá zjištění překvapí příjemně i nepříjemně, jiná jen potvrdí můj relativně optimistický pohled na stav českého zdravotnictví.

V roce 2013 je tou optimistickou zprávou hned první vyhodnocení zpracované otázky – pokud 95% ředitelů nemocnic a 100% ředitelů zdravotních pojišťoven považuje český systém zdravotní péče za kvalitní, je to dobrá zpráva pro naše pacienty. Shodou okolností mé tělo zažilo nedávno nepříjemnou zkušenost s italským systémem zdravotní péče a od té doby se denně modlím – zlaté české

zdravotnictví... Výbornou zprávou je i to, že přes optimistické vnímání současného stavu si většina manažerů uvědomuje rezervy, které by měly přispět k evaluaci kvality zdravotních služeb a nikdo se nehodlá zakopat na dosažené úrovni.

Zajímavé, ale očekávané jsou zásadní rozdíly mezi odpověďmi ředitelů nemocnic a ředitelů zdravotních pojišťoven v okruhu otázek na úhrady zdravotních služeb. Zatímco ředitelé nemocnic jsou v očekávání budoucích úhrad výrazně skeptičtí (87% očekává negativní trend), ředitelé pojišťoven věří více ve stagnaci (nejspíše ovlivnění historickou zkušeností – dosud se nestalo, že by objem úhrady lůžkovým ZZ poklesl). Obě strany jsou si tedy zřejmě vědomy fáze cyklu, která není tou pravou prorůstovou, řešení ale naznačují rozdílně – 90% ředitelů nemocnic vidí nedostatečný objem úhrad, 100% ředitelů zdravotních pojišťoven si myslí, že české nemocnice v průměru hospodaří málo efektivně.

Při hodnocení rezerv zdravotnického systému se však většina logicky na některých obecných tématech shodne - efektivnější pořizování, optimalizace, úspory, zneužívání péče – na jiné je pohlíženo ze strany nemocnic a pojišťoven pohlíženo více rozdílně – restrukturalizace, centrální nákupy...

Z tohoto úhlu pohledu je zajímavé věnovat pohled hodnocení některých parametrů v čase. Pokud například restrukturalizace z pohledu ředitelů nemocnic v roce 2011 byla pátou největší rezervou (88% souhlasných odpovědí) a v roce 2013 je na patnáctém místě (65%), byl zřejmě z jejich pohledu potenciál tohoto parametru vyčerpán některými dílčími kroky v posledních letech. Naopak v hodnocení ředitelů zdravotních pojišťoven i nadále trvá 100% souhlasných odpovědí k potřebě řešení této rezervy...“



Ing. Marek Ševčík

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

Komentář:

„Od zástupce banky by asi málokdo očekával fundovaný komentář k oblastem kvality zdravotní péče nebo personálního obsazení nemocnic, proto se zaměřím na oblast financování. Zde je dlouhodobě skloňován pojem efektivita nebo efektivní hospodaření, současně všichni ředitelé pojišťoven a kupodivu i polovina ředitelů nemocnic přiznává, že jejich vlastní zařízení hospodaří málo efektivně. Na možnosti managementu nemocnic ovlivňovat hospodaření nebo na nástroje, jakými lze tento negativní stav řešit, existuje mnoho názorů. Nerad bych se zde pouštěl do polemiky, protože řídit procesně poměrně složitý subjekt jako je nemocnice, navíc ve velmi složitém a nestabilním nejen ekonomickém prostředí, není zcela jistě věc jednoduchá. Z mého pohledu je nezbytné se v první řadě zaměřit na vymezení samotného pojmu efektivita, tj. jak by taková efektivně hospodařící nemocnice měla vlastně vypadat, jinými slovy, co znamená dobře a efektivně hospodařit. Je pochopitelné, že mezi jednotlivými poskytovateli existují strukturální rozdíly dané typem zařízení. Ani lékařským diplomem nevybavený laik by pravděpodobně neočekával, že ve fakultní nemocnici bude poskytován stejný typ péče, jako v malé regionální nemocnici. Nicméně existuje řada rozdílů i u stejných nebo spíše podobných typů zařízení, které jsou dány spíše historickými vazbami s plátcí než výkonností daného zařízení. DRG je bezesporu nástrojem zaváděným s cílem sjednotit úhrady za shodné výkony nebo typy výkonů, co ale doposud chybí, je definice jasných parametrů, resp. použiju-li moderní slovo benchmarku, který by umožnil srovnání jednotlivých poskytovatelů na úrovni celého zařízení, tj. nikoli pouze v jednotlivých segmentech péče. Management

zdravotních pojišťoven využívá parametry efektivity ve smluvní politice, resp. to deklaruje, nicméně pokud chceme transparentní zdravotnictví, stejně jako zlepšovat jeho mediální obraz, je nezbytné takové parametry zveřejnit. Je dost pravděpodobné, že nástroje, jak efektivitu zvyšovat, se pak budou hledat snadněji. Efektivní hospodařící nemocnice podle jasných a průhledných parametrů bude dobrou zprávou nejen pro její management, ale také pro ostatní subjekty, tj. zřizovatele, vlastníky, dodavatele, finančními partnery ale i zaměstnance nebo pacienty.

Zdravotnictví má výrazně procyklický charakter, to znamená, že je ve velké míře závislé na ekonomické situaci země a s určitým odstupem kopíruje trendy makroekonomického vývoje. Rezervy vytvořené na účtech zdravotních pojišťoven v předkrizových letech jsou vyčerpány a v krátkodobém, ani střednědobém horizontu nelze očekávat, že by se příjmy zdravotního systému zvyšovaly. Naopak díky dalším vlivům, jako je například velmi nepříznivý demografický vývoj, se bude rozdíl mezi výběrem pojistného a náklady na stále kvalitnější péči dále zvyšovat. Dokladem negativního trendu v oblasti financování péče může být obava ředitelů nemocnic z dalšího prodloužení splatnosti závazků vůči dodavatelům, kdy procento ředitelů očekávajících prodloužení splatností je ve srovnání s loňským rokem více než dvojnásobné. Připravovaná novela obchodního zákoníku s úpravou doby splatnosti faktur dalšímu prodloužení rozhodně nejde naproti. Předpokládejme, že i ve zdravotnickém sektoru budou více využívány v jiných oborech běžné nástroje řízení cash flow, jako je například faktoring. Koneckonců využít možnosti financovat pohledávky k překlenutí dočasného nedostatku zdrojů je ochotno téměř dvojnásobek ředitelů nemocnic ve srovnání s loňskem, i když procento je stále velmi malé.

Každopádně z řeči čísel je evidentní, že podíl soukromých zdrojů vkládaných do zdravotního systému bude nezbytné zvýšit, pokud chceme dlouhodobě udržet vysokou kvalitu a další rozvoj českého zdravotnictví.“



MUDr. Filip Horák, MBA

generální ředitel, předseda představenstva AGEL a.s.

Komentář:

- 1) „Kvalita a dostupnost péče – je české povaze přirozené být neustále nespokojen a kritizovat I věci, které si kritiku nezaslouží. Přes všechny neduhy a problémy, které v českém zdravotnictví řešíme je nesporné, že náš systém zdravotní péče splňuje dva nejnужnější atributy důležité pro naše pacienty. Vedle nesporné kvality zdravotní péče, kterou jsme schopni pacientům poskytnout je to I jednoznačná dostupnost této péče jak z geografického, tak z ekonomického hlediska. Bohužel neumíme tuto skutečnost dostatečně prezentovat před veřejností, neboť přítomnost těchto dvou atributů je automatická jen v málo zemích na světě.
- 2) Lidské zdroje – je pozitivní, že problematika lidských zdrojů ve zdravotnictví už není takovým problémem jako v minulosti. Po problémech se sestrami byl v nedávné době problém s lékaři, ale myslím si, že situace je nyní stabilizována. Samozřejmě přetrvávají problémy nedostatku lékařů v některých odbornostech, nicméně I ředitelé nemocnic konstatují, že se tento problém zmenšuje. Jediným problémem zůstávají mzdové náklady, které porostou I v dalším období, dokud se nesrovnají s úrovní v západní Evropě.
- 3) Asi největší současný problém – určitě našemu systému neuškodí, když jeden rok neporostou příjmy, nicméně současná situace už trvá třetí rok a pokud je v kombinaci s růstem DPH, je to pro

financování péče již problémem. Dovedl bych pochopit, že příjmy stagnují vzhledem k celkové výkonnosti naší ekonomiky, nicméně odčerpávat ze zdravotnictví peníze prostřednictvím rostoucí DPH mi přijde ze strany vlády ČR krátkozraké I proto, že již několik let nevalorizovala platby za státní pojištění.

- 4) Opět je pozitivní, že ředitelé nemocnic chápou, že by měl být spíše tržní princip organizace systému zdravotní péče včetně systému více pojišťoven, které si vzájemně konkurují.“



MUDr. Petr Zajíc, MBA
ředitel Nemocnice Na Bulovce

Absolvent Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně se specializuje na dermatologii. Zároveň absolvoval manažerský kurz na John Moores University v Liverpoolu. Má za sebou lékařské zkušenosti z Městské i Fakultní nemocnice v Ostravě i z vlastní soukromé praxe. V letech 2009 až 2010 pracoval jako náměstek ředitele ostravské městské nemocnice. Ředitelem Fakultní Nemocnice Na Bulovce, posléze Nemocnice Na Bulovce je od 1. srpna 2011.

Komentář:

„Opakovaně realizovaný průzkum „Barometr českého zdravotnictví“ je velmi zajímavý a přínosný pomocník pro práci ředitelů nemocnic i zdravotních pojišťoven. Díky tomu, že data jsou do průzkumu dodávána každoročně, je možné sledovat i významné trendy českého zdravotnictví. Ukazují se tak oblasti vyřešené, ale také oblasti s potenciálem či oblasti vnímané jako problematické. Za základní klad lze považovat, že většina ředitelů nemocnic i pojišťoven vnímá systém zdravotní péče jako kvalitní – i když malá část ředitelů nemocnic tento názor nesdílí.

Celá společnost prochází transformací a lidé si i v letošním roce zvykají na nová pravidla v mnoha oblastech a zdravotnictví není výjimkou. Pro pacienty jde vlastně o pokračování změn, které poznali už vloni, ať už jde o definované nadstandarty, jiné platby za některé léky, možnost platby za lékaře, pokud tedy tuto možnost zdravotnické zařízení nabídlo, vydefinované čekací doby na zákroky či vyšetření. Novinky ve zdravotnictví v tomto roce začaly hned od prvního dne, a to novými smluvními vztahy s pojišťovnami. Jako ředitele Nemocnice Na Bulovce mě samozřejmě zajímalo, jakou perspektivu bude moci nabídnout naše nemocnice a musím říct, že jsem velmi rád, že se nám podařilo vyjednat smlouvy

na nejdelší možnou dobu, tedy na pět let. Zajistilo to tak nejen stabilizaci, ale i rozvoj námi nabízené zdravotní péče.

Hitem zdravotnických diskusí v tomto roce byly nepochybně tzv. restrukturalizace lůžkového fondu, která se dotkla celé řady zdravotnických zařízení a stálý evergreen - financování zdravotnictví. Při vědomí různých dopadů na různá zdravotnická zařízení si dovoluji tvrdit, že v obecné rovině restrukturalizací nedošlo v žádném případě k poklesu úrovně a kvality zdravotní péče a i v současném stavu je péče intenzivní, diagnostická, terapeutická i konsultační poskytována ve velmi vysokém standardu. V některých případech je dokonce možné v širší míře lépe zabezpečit enormní nárůst potřeb a poptávky po ambulantní péči. A to říkám jako ředitel nemocnice, které se restrukturalizace významně dotkla a ve které došlo k uzavření 85 lůžek na současný stav 995 lůžek.

O potřebě zlepšit financování ve zdravotnictví se mluví už delší dobu. A rozhodně je to na místě. Některé z bodů, které předložil ministr zdravotnictví, a které ke zlepšení financování mají vést, realizují různá zdravotnická zařízení sami od sebe už delší dobu. Jde samozřejmě o kroky, které mohou sami ovlivnit, tzn. nepočítám mezi ně opatření určená pro zdravotní pojišťovny. Tak např. dodavatelé jsou vybíráni prostřednictvím soutěží přes webové stránky a přes jedno centrální místo. Výhodou tohoto postupu je vždy omezení možné korupce a také ceny, které se mohou virtuálním tržištěm výrazně snižovat. Stejně tak v řadě nemocnic fungují tzv. pozitivní listy, které ročně přinášejí úspory v řádech milionů korun. Po dobré rozvaze považuji za krok správným směrem využití outsourcingu. Nemocnice se podle mého názoru musí především soustředit na svou hlavní náplň a poslání, a tím je léčit lidi, nikoli se zabývat například praním prádla, budováním nejlepší úklidové čety a podobně. Přímé náklady související s outsourcovanou službou se mohou někdy jevit vyšší, na druhou stranu si vezmeme, že například strážní služby v objektech mohou mít až dvacet pracovníků a ani jim se nevyhýbají problémy s nemocností, docházkou a podobně. Všechny záležitosti provozního charakteru musí někdo řešit. Najme-li se firma, nadefinují-li se jasné parametry a kontrolují-li se pouze tyto parametry, zbytek času je možné věnovat správné struktuře zdravotních výkonů, kvalitě zdravotnického personálu, komunikaci s pacienty.

Dnešní model financování zdravotnictví nabízí v podstatě dva zdroje peněz. První představuje zdravotní připojištění odváděné z mezd do státního rozpočtu. Z něj se peníze pouze podle počtu pojištěnců přerozdělují mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny, ovšem nejsou rozdělovány podle kvality nabízených služeb či podle struktury pacientů. Například jedna pojišťovna má mladší pacienty, tedy v obecné rovině s menšími nároky na dražší výkony. Naopak druhá pojišťovna má komplexní spektrum pacientů s nepoměrně vyšším podílem náročných pacientů na léčbu. Obě pojišťovny však získají na jednoho pojištěnce stejné finanční prostředky. Druhým marginálním zdrojem je pak příspěvek ze státního rozpočtu.

V České republice je zdravotní péče velmi kvalitní a srovnatelná se zeměmi na západ od nás a z hlediska její kvality jsme opravdu na světové úrovni. Kvalitativně tedy splňujeme světové parametry, bohužel však mzdy, ze kterých plynou odvody na zdravotní pojištění, zdaleka světové úrovně nedosahují. Vzniká tak disproporce mezi příjmy a výdaji ve zdravotnictví představující společenský problém, kdy občané nechtějí slevit z kvality zdravotnické péče a rovněž za ni nechtějí platit více.“



Ing. Michal Čarvaš

Předseda představenstva Nemocnice Prachatice a.s.,
člen představenstva holdingu Jihočeských nemocnic

Komentář:

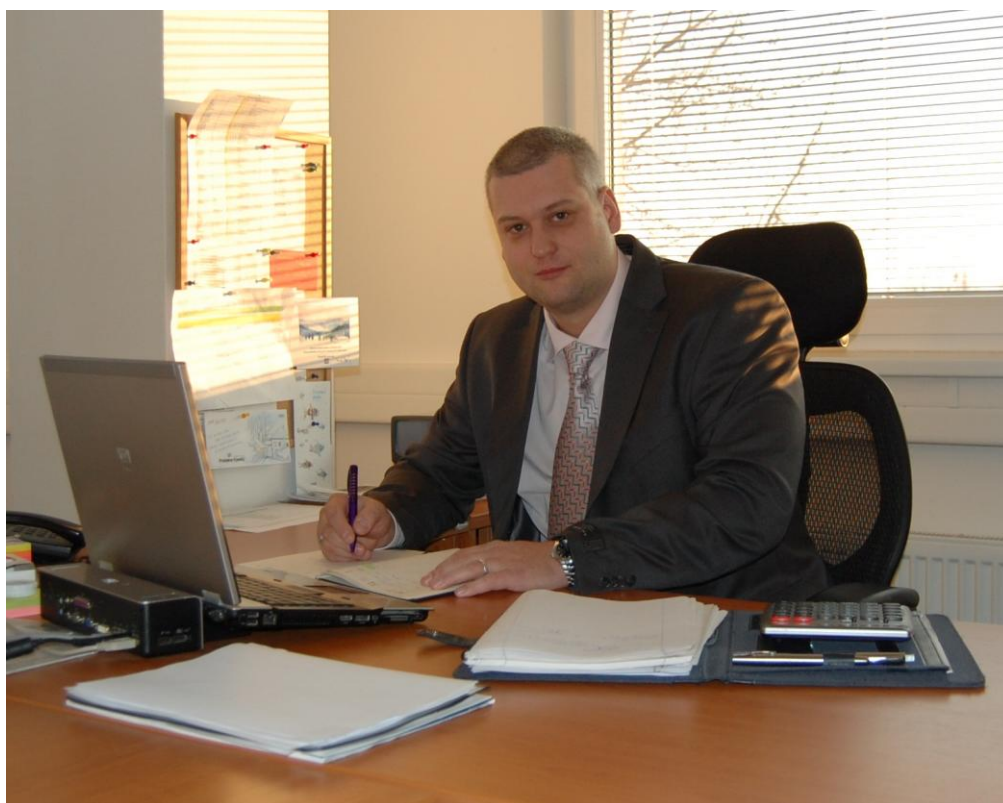
„Výsledky realizovaného průzkumu Barometr českého zdravotnictví 2013 jsou zajímavé a vedou nás k zamyšlení nad aktuálním stavem i směřováním českého zdravotnictví. Ještě významnější je však sledování trendů a změn v odpovědích respondentů, a to jak ze strany poskytovatelů, tak ze strany plátců. V otázkách kvality péče se zástupci nemocnic i zdravotních pojišťoven dlouhodobě shodují. V obavách o zhoršení místní a časové dostupnosti péče se ale zásadně a opakovaně rozcházejí. Přitom obavy či signály o zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče vyjadřují zástupci poskytovatelů stále silněji. Téma ohrožení kvality a dostupnosti péče je rok od roku považováno za závažnější, jak ukazují odpovědi respondentů. Ti rovněž uvádějí prodloužení čekacích dob na konkrétní operace, což odráží realitu úhradové vyhlášky pro rok 2013.

Více jak ¾ z nich vidí reálnou možnost zlepšení dostupnosti péče v jejich zdravotnickém zařízení. Obavy ze zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče mají zejména ředitelé nemocnic s právní formou obchodních společností či příspěvkových organizací. Naproti tomu ředitelé fakultních nemocnic tyto obavy spíše nesdílí. ¾ zástupců pojišťoven nevidí šanci na celkové zlepšení dostupnosti, nýbrž na pouhé dílčí zlepšení ve vybraných oblastech.

Z pohledu úhrad za poskytnuté zdravotní služby je vidět, že letos všichni počítáme s poklesem úhrad, v nejlepším případě se stagnací. Smutné je, že po několika silně restriktivních letech, není ani výhled na rok 2014 nijak povzbudivý. Zástupci pojišťoven očekávají stagnaci, zástupci nemocnic stagnaci či spíše snížení úhrad. Pouze 4 % věří v pozitivní trend a to pouze zástupci nemocnic - obchodních společností. Opět se potvrzují odlišné pohledy na úhrady, když 90 % nemocnic vidí úhrady jako nedostatečné a všichni zástupci pojišťoven jako dostatečné. Smutným vyjádřením je i pohled pojišťoven, které se domnívají, že 100 % nemocnic hospodaří neefektivně, zatímco 38 % z nás ředitelů nemocnic si myslí, že to děláme, jak nejlépe umíme a hospodaříme maximálně efektivně. Jaké odpovědi bychom se dočkali, kdyby otázka byla formulovaná i obráceně, tj. na efektivitu hospodaření zdravotních pojišťoven?

Bohužel se neustále rozvírají názorové nůžky mezi řediteli nemocnic a řediteli zdravotních pojišťoven. Domnívám se, že v systému českého zdravotnictví chybí správná motivace. Oběma skupinám by přece mělo jít o to stejné – vynaložit co nejméně prostředků na léčbu a přitom se postarat o zdravotní stav všech (resp. co největšího množství pacientů), v co nejvyšší kvalitě, na nejvyšší úrovni poznání dnešní vědy. Měli bychom být motivováni, abychom předcházeli neúměrně drahé léčbě, a abychom přesvědčili pacienty, že oni sami nesou svým chováním odpovědnost, včetně té ekonomické, za svůj zdravotní stav a motivovali je k prevenci. Naproti tomu jsme motivováni k tomu, abychom udělali přesně takové procento výkonů a obsloužili tolik unicitních rodných čísel, aby platba pro nemocnici byla maximální a platby pojišťoven se udržely v mezích jejich zdravotně-pojistných plánů. Mechanismus přerozdělení mezi pojišťovnami rovněž nemotivuje k úsporám ani k hospodárnému chování. Správné motivaci nenapomáhají ani reformy ministerstva zdravotnictví. To na jednu stranu hlásá, že „peníze půjdou za pacientem“, ale na druhé straně vydává vyhlášku, která je zbytečně složitá a při dosazení reality do vzorců říká pravý opak. Je sice opakovaně vyhlášena Technická základní sazba 29500 Kč a letos přibližovací koeficient 0.5, ale přibližování se prakticky nekoná. „Drahý poskytovatel“ s IZS 40000 Kč může narůst v maximální celkové úhradě o 2 %, tedy při zachování stejné výkonnosti na 40800 Kč. „Levný poskytovatel“ s IZS 20000 Kč může narůst v maximální celkové úhradě o 7 %, tedy při zachování stejné výkonnosti na 21400 Kč. Sblížení je tedy o 600 Kč ročně. To opravdu není to, co bylo slibováno a po čem se opakovaně volá.

Všichni se shodneme na tom, že potřebujeme reformu našeho zdravotnického systému. Ovšem reformu skutečnou, nikoliv pouze změnu konstrukce úhrad. Reforma by podle mého názoru měla především zaměřit na aspekt přístupu a pohledu na motivaci všech aktérů hry, které říkáme české zdravotnictví. Nastavení jednoznačných pravidel a správné motivace pro pacienty, poskytovatele, plátce i samo ministerstvo. Musíme nastavit pravidla, která budou jednoznačná a dopředu jasná, která si nebude každý ohýbat a vykládat podle potřeby. Vytvořit fungující státní orgán poskytující dohled, výklad i kontrolu nad dodržováním těchto pravidel, který je bude rozvíjet a modifikovat dle potřeb systému. To je víze, kterou bych byl rád, aby si čtenáři výsledků výzkumu Barometr českého zdravotnictví 2013 mezi výsledky našli a odnesli do své praxe.“



Ing. Filip Zítko

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

Absolvent VŠE 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 podává díky své historii ředitelům nemocnic i zdravotních pojišťoven zpětnou vazbu nejen o vnímání stávajícího stavu resortu ale také podává významné informace o vývojových trendech ve vnímání klíčových parametrů v této oblasti.

V otázce kvality panuje mezi zástupci poskytovatelů i plátců shodný názor. Obě skupiny považují české zdravotnictví v tomto směru za srovnatelné se systémy ostatních evropských zemí. Významně se však rozcházejí v očekáváních týkajících se dalšího vývoje v této oblasti. Stále intenzivněji je ze strany ředitelů nemocnic vnímáno riziko snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče. Tento trend odpovídá poklesu objemu poptávané/hrazené péče ze strany plátců a s tím souvisejícím růstem tlaku na hledání vnitřních úspor poskytovatelů, kdy nemocnice jsou nuceny tyto vnitřní zdroje hledat stále častěji i v oblasti lidských zdrojů. Trend dále umocňuje rostoucí administrativní zátěž personálu.

V oblasti lidských zdrojů se zdá, že dochází ke zklidnění situace. Nicméně stále přetrvává nedostatek kvalifikovaných lékařů. V případě sester není tento problém vnímán tak intenzivně.

Očekávání v oblasti úhrad korespondují s očekáváními dalšího vývoje v oblasti ekonomiky. Tomu odpovídají i očekávání ředitelů nemocnic týkající se rozsahu poptávané péče ze strany plátců. Naprosto rozdílný je názor zástupců plátců a poskytovatelů v otázce pokrytí nákladů nemocnic platbami za poskytnutou péči a efektivitu jejího poskytování. Z pohledu poskytovatele péče je klíčové nastavení optimální velikosti a struktury nemocnic, na které je kladen požadavek zabezpečit nepřetržitý provoz akutní lůžkové péče. Legislativní mantinely, požadavky zdravotních pojišťoven a odborných společností, které zmrazují objem fixních nákladů, neumožňují nemocnicím efektivně redukovat své náklady. Pro dosažení efektivnosti hospodaření jednotlivých poskytovatelů i celého systému je pak tedy zásadní dosažení produkčního maxima jednotlivých zařízení. Řešením však není uzavření pouze několika lůžek v rámci jednoho či několika zdravotnických zařízení ale uzavření celých oddělení nebo dokonce nemocnic neposkytujících komplexní nepřetržitou péči a přesměrování péče včetně souvisejících úhrad do zbývajících zařízení.

Osobně mě velmi překvapil pokles důvěry v systém DRG. Nesmíme zapomínat, že se jedná pouze o nástroj pro finanční hodnocení péče. Konkrétní distribuce prostředků mezi poskytovatele pak závisí na správném nastavení jednotlivých parametrů výpočtu i celkového objemu úhrad. Specifický problém v tomto ohledu pak představují, dle mého názoru neopodstatněné, rozdíly v individuálních základních sazbách mezi poskytovateli i plátcí.“



MUDr. Mgr. Jolana Těšinová

přednostka Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva, 1. LF UK v Praze,
předsedkyně Společnosti medicínského práva ČLS JEP

Komentář:

„Výzkum mezi řediteli nemocnic a zdravotních pojišťoven ČR v letošním roce opakovaně poukazuje na trvalý trend ve vnímání rezerv v oblasti nemocniční péče shodně na straně poskytovatelů zdravotních služeb i zdravotních pojišťoven, kterým je nedostatečná komunikace na všech jejích úrovních – ve vztahu k pacientům, v rámci zdravotnického personálu i s managementem nemocnic. Jestliže již třetím rokem zaujímá zkvalitnění komunikace čelní místa největších rezerv v oblasti nemocniční péče označená takto samotnými řediteli nemocnic, mělo by se přejít od slov k činům a tomuto neuralgickému bodu českého zdravotnictví konečně věnovat náležitou pozornost.

Jen obtížně jsou po mne vysvětlitelné závěry učiněné stran dodržování právních předpisů ve vztahu k pacientům vyplývajících pro nemocnice z nových zákonů, jež nabyly účinnosti v průběhu minulého roku, zejména zákona o zdravotních službách. Optimismus ředitelů nemocnic by měl být podroben hlubší analýze, která by objasnila jinak logický rozpor ve vnímání téměř bezproblémového zajištění práv pacientů a zároveň největším neduhem nemocnic v oblasti komunikace s pacienty.

V moderním pojetí právního vztahu mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty je základním právem pacienta - právo na informace o jeho zdravotním stavu, tedy právo být kvalifikovaně, srozumitelně a v dostatečném rozsahu poučen. Naplnění tohoto ústředního práva si nepochybně vyžaduje náležitou komunikaci ze strany zdravotnického personálu daného zařízení. A pokud je komunikace vnímána řediteli

jako zásadní problém, měla by se tato skutečnost nutně odrazit i v problematickém vnímání právních předpisů a jejich naplnění ve vztahu k pacientům. Pokud tomu tak není, je jisté, že práva pacienta nejsou ze strany ředitelů nemocnic vnímána v celém jejich spektru.

Ani nový občanský zákoník zatím nevyvolává u ředitelů nemocnic přílišné obavy, což má své jednoduché vysvětlení. Zatím nebyly zveřejněny žádné relevantní analýzy možných dopadů této rozsáhlé právní úpravy do oblasti zdravotnictví. Je velmi komplikované posoudit, podle jaké právní úpravy bude vztah zdravotník – pacient po 1. lednu 2014 posuzován tj. kdy se uplatní ustanovení zdravotnických zákonů a kdy pravidla předvídaná novým občanským zákoníkem. Zatím je jisté, že nový občanský zákoník ruší stávající vyhlášku o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění (vyhl. č. 440/2001 Sb.), a to bez náhrady. Nová právní úprava staví na obecném principu, dle něhož by náhrada při ublížení na zdraví či usmrcení pacienta měla být ze strany soudců stanovena podle pravidel slušnosti. Na odpovědi, jak bude koncipováno nové pojetí odškodnění a jaká bude jeho výše, si musíme počkat do příštího roku.“



JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

lektor a konzultant D&D Health s.r.o.,
místopředseda Platformy zdravotních pojištěnců ČR, o.s.

*1979, absolvoval Právnickou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, dva roky studoval na univerzitě v Salcburku. V rámci Fulbrightova stipendia absolvoval roční pobyt na St. Louis University v USA, kde získal titul LLM ve specializaci Health Law. Je držitelem ocenění České advokátní komory "Právník roku 2006" v kategorii Talent roku, univerzitní Bolzanovy ceny za diplomovou práci "Lékař, pacient, trestní právo", a dalších profesních ocenění. Pravidelně publikuje v českých i zahraničních odborných časopisech. Přednáší zdravotnické právo na Univerzitě Karlově a v rámci celoživotního vzdělávání v ČR i v zahraničí. Působí jako lektor a konzultant v rodinné společnosti D&D Health s.r.o., je místopředsedou Platformy zdravotních pojištěnců ČR, o.s.

Komentář:

„Zbývají jen měsíce do parlamentních voleb. Nabízí se otázka, jaká ekonomická či právní opatření vládní politici ještě stihnou, než se uzavře účet za obdobím reforem, pro něž před osmi lety získali mandát. Jedním z hezkých reformních slibů bylo, že peníze půjdou za pacientem. Peníze nepochybně někam jdou, protože se jich vybere každý rok více a v pojišťovnách chybějí. Kam jdou, ovšem nelze s přesností napsat, dílem pro nutnost slušného vyjadřování, dílem pro informační embargo na nakládání s veřejnými prostředky, které tiše leč důrazně udržují pojišťovny, ministerstvo i poslanci parlamentu.“

Systém zdravotnictví absolvoval v loňském roce několik legislativních smrští. Jeho skutečné chování však paradoxně začíná být vůči právnímu řádu značně mimoběžné. To je vidět zejména zaměříme-li se na ekonomicky významná opatření, pro příklad na tvorbu pravidel DRG, na vznik úhradové vyhlášky, smluvní a „dodatkovou“ politiku pojišťoven, projekt pozitivních listů či rozhodování o centrech specializované péče. Tyto procesy se nedaří jakkoliv uchopit optikou spravedlivého procesu a vlády práva. Úspěšnějším analytickým nástrojem se zdá být politologie středověkých systémů, popisující vztahy mezi leníky a lenními pány, oslabení ústřední moci bojem šlechticů a vznik feudální roztříštěnosti. Historie bohužel učí, že další vývojové stadium byl buď zánik státního útvaru, nebo absolutismus.

Přejdeme-li k výsledkům průzkumu, ředitelé pojišťoven nemají obavy ze zhoršení kvality či dostupnosti péče, souhlasně s řediteli nemocnic však vidí prostor ke zlepšení. Lze očekávat, že tento prostor bude využit i díky tlaku pacientů. Jedním ze skutečně dobrých reformních počínů minulého roku bylo uzákonění garance časové a místní dostupnosti zdravotních služeb, včetně pokut pro pojišťovny za její nezajištění. Nemocní si začínají být svých ekonomických práv vědomi, řízení zdravotnictví stylem „slibíme – tiše zalimitujeme – neposkytneme“ tedy již, doufejme, nebude nadále udržitelný. Úkolem politiků ovšem bude vypořádat se s ekonomickými důsledky – jinými slovy, převzít odpovědnost za stanovení priorit.

V části „Finance“ se většina ředitelů nemocnic a všichni ředitelé pojišťoven shodně přiklání spíše k tržnímu principu organizace systému zdravotnictví. Problém je, že dnes se ve zdravotnictví až příliš často nepodniká v kvalitě či ceně služeb, nýbrž v regulaci. Přesněji, v jejím obcházení. Chudák regulátor. Zavede výkonovou platbu, a oni ho ruínují nadprodukcí zbytečností. Zavede paušály, a noviny jsou plné neléčených pacientů v důsledku stop-stavů. Zavede DRG, a ejhle, upcoding. Tudy cesta nevede, nejlepší reformou a cestou k úspoře je poctivá kontrolní práce, aspoň v těch nejnákladnějších oblastech. V recentní interní zprávě pro SR VZP se píše, že za 2012 provedli revizní lékaři v centrech 1671 dokumentací a vyškrtali 336 milionů, což dává efektivitu cca 200tis.Kč na revidovaný případ. Laika napadne, proč těch revizí nedělají víc, když jim zjevně unikají veřejné peníze. Bohužel, revizní činnost skomírá na úbytě; bez přílišné nadsázky, VZP má pomalu víc smluvních nemocnic než revizních lékařů, o malých pojišťovných raději ani nemluvě. Necháme-li pojit hlady hlídacího psa, není divu, že nám vykradou stodolu.

V téže části o financích se říká, že hospodaříme neefektivně. Není divu. Ti nejpokročilejší podnikají přímo v tvorbě regulace, zájemcům o přímý přenos je možno doporučit návštěvu poslanecké sněmovny v „přílepkovací“ fázi legislativního procesu. O lékové politice, o zdravotnických prostředcích, „vratkách“ a „šedých bonusech“ by šlo popsat tisíce stran, možná se to jednou stane náplní trestních spisů, nyní pro stručnost jen ekonomická poznámka. Američané říkají, pokud chcete uspořit, „cut the middleman“, odstraňte prostředníka. Pokud je u hrazených lékových či materiálových položek pojišťovna tím kdo platí, avšak vybírá a nakupuje někdo jiný, potom neviditelná ruka trhu spolehlivě zařídí veřejným prostředkům ztráty a plýtvání.

Klasická kybernetická poučka hovoří o zákonité degeneraci systémů s vyřazenými zpětnými vazbami (což v nikoliv nepodobném kontextu napsal i prognostik pan Zeman v předrevoluční „Prognostice a přestavbě“). Co se v tomto ohledu stalo zdravotnickému systému? Absence přístupu k informacím; absence voleb či jakékoliv odpovědnosti u členů správních rad pojišťoven; absence zákona o státní službě na úrovni regulátora a politické nominace úředníků; pomalé a nefunkční soudnictví; nepoužívání

otevřených soutěží a předpisů o veřejných zakázkách u ekonomicky významných nákupů; konflikty zájmů u tvorby metodik DRG; atd. atd. Není divu, že zdravotnický systém degeneruje, bez ohledu na vložené miliardy.

Kde je řešení? Jeden kontrolní mechanismus dosud odstraněn nebyl, a to Ústavní soud. Ten, nikoliv politici, byl také historicky hlavním nositelem reformy v oblasti práva na podnikání, spravedlivý proces a rovný přístup k péči. Vzpomeňme například požadavek na zákonné vymezení „úhradového standardu“ a zrušení podzákoné regulace k 1. 4. 1997 ve 206/1996 Sb.; zrušení systému lékové kategorizační komise k 31. 12. 2007 (Pl. ÚS 36/05); nebo právní odmítnutí objemové limitace v září 2011 (I. ÚS 2785/08). Reformní impuls k dalšímu směřování zdravotnictví tak možná vzejde spíše z dlouho očekávaných rozhodnutí o nadstandardech a o úhradové vyhlášce, než z politických programů.“



MUDr. Oldřich Šubrt, CSc., MBA

předseda správní rady Academy of HealthCare Management

Komentář:

„Ze studie je patrné, že finanční, organizační i personální situace se pozvolna stabilizuje.

Přetrvává resp. se prohlubuje a polarizuje vztah poskytovatelé a plátcí – pojišťovny vidí poskytovatele jako spíše neefektivní a financování jako dostatečné a naopak, problémem je, že se neřeší dlouhodobé cíle, které by v systému umožnily plánování rozsahu a dostupnosti péče a sjednocovaly názory různých stran na situaci, dokonce ani systém DRG, který byl donedávna hodnocen jako pozitivní je vnímán méně vstřícně.

Kvalitativní hlediska a hodnocení přínosu práce poskytovatelů by byly vítány, ale nejsou vůbec aplikovány a systém nepočítá s výhodou pro úspěšnější a kvalitnější z hlediska výsledku poskytnuté péče, jistá možnost zavedení „tržních“ principů by byla vítána, ale neexistuje, naopak dirigisticky centralizovaný systém není vnímán pozitivně a to je vlastně jediná shoda obou stran, obě strany více věří krajům než státu. V cestách ke změnám je již znovu vidět opačný postoj. Restrukturalizace vnímaná z pohledu plátců nemá u poskytovatelů velkou podporu.

Je dobré, že obě strany systému vnímají nutnost posílení komunikace s pacienty, která je veřejností očekávána, poskytovatelé se již více sžili s novými právními úpravami ve vztahu k pacientům a jen čtvrtina je vidí jako problém a ani novela Občanského zákoníku není vnímána jako zásadní problém.

Z hlediska vývoje jsou největší obavy ve fakultních nemocnicích, protože je jasné, že zpřísnování platebních mechanismů DRG bude podstatná manažerská výzva, naopak ostatní to vidí spíše jako šanci, je zajímavé, že většina poskytovatelů se vůbec nevyjádřila k vývoji čekacích dob, přitom by to měl být jeden z údajů plně dostupný pro veřejnost nejen obecně, ale zvl. v konkrétních místech.

Analýza jako vždy popisuje dobře náladu mezi manažery, je škoda, že není doplněna i názory třetí strany – pacientské organizace a že u pojišťoven je relativně malé procento respondentů.“



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 ve 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 ČR ve společnosti Magellan Česká republika s.r.o., která se zabývá financováním zdravotnických zařízení. 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. Z mého úzce specializovaného pohledu je obtížné vyjádřit se plošně k celému systému. Nicméně výsledky průzkumu odrážejí vliv pokračující hospodářské recese a dlouhodobou snahu kosmeticky řešit zejména finanční stabilizaci ve zdravotnictví. Jedinou jistotu tak spatřuji právě v nejistotě.

V rámci ankety bylo by rovněž zajímavé najít odpovědi vlastníků, zřizovatelů a zakladatelů zdravotnických zařízení, kteří právě z důvodu politizace obtížně nacházejí efektivitu.

- 1) Zdravotnický systém – můžeme obecně z výsledků průzkumu říci, že existuje pozvolná snaha systém zprůhlednit, snad i zefektivnit. Řízené otevření sektoru soukromým investicím systém rovněž činí konkurenceschopnějším.
- 2) Lidské zdroje – největší nákladová položka ZZ, bude představovat v budoucnu stále větší a větší výzvu. Jako problém se mimo jiné jeví i fluktuace vrcholového managementu ZZ, což možná odráží nedostatek kvalitního managementu spojený s omezenými kompetencemi.
- 3) Finance – kvalita péče v našem systému je nesporná, avšak někdy zbytečně předimenzované přístrojové nebo pavilónové vybavení tento systém zatěžuje vícenáklady. Rovněž málo zvládnutá logistika mezi jednotlivými ZZ, která je bohužel i historicky daná, zdravotnický systém prodražuje.
- 4) Hodnocení nemocnic – je vždy ku prospěchu věci tyto průzkumy realizovat, pomáhá to celý systém pozvolna kultivovat a stabilizovat.“



Ing. Zuzana Jakubová
výkonná ředitelka, Ambeat Health Care a.s.

Absolventka Moskevské akademie, více než 16 let zkušeností v ICT a přes 10 let v oblasti NIS, kde působila jako CEO například ve společnostech OSTRASOFT, SMS, ICZ a CompuGROUP MEDICAL CZ.

Komentář:

„Výstupy realizovaného průzkumu Barometr českého zdravotnictví 2013 ukazují na pozvolnou stabilizaci zdravotnictví v oblastech organizačních, personálních i finančních.

Mezi nejčastěji zmiňované oblasti, kde jsou nutné změny se respondenti shodují na efektivitě práce (79% - 91%), komunikaci s pacientem a komunikaci mezi zdravotním personálem a právě v těchto oblastech je významná role informačních technologií, které umožňují integrovat a sdílet data jednotlivých uživatelských skupin.

Poskytují prostor pro komunikaci pacienta s lékařem – možnost objednání se na vyšetření prostřednictvím internetu, informace o čekací době prostřednictvím SMS zprávy, zveřejnění čekacích dob na operace na webových stránkách zdravotnických zařízení atd.

Dnes si už nedokážeme představit práci zdravotníků bez podpory informačních systémů, nejsou výjimkou vzdálené konzultace a konzilia, videokonference. Vedení elektronické dokumentace se stalo standardem. Vyúčtování zdravotní péče probíhá převážně elektronickou cestou.

Přesto v rámci poskytovaných možností IS ve zdravotnictví a jejich skutečným využitím existují stále velké rezervy, díky kterým je možno minimalizovat duplicitní vyšetření, pracnost, chybovost a efektivně plánovat všechny aspekty chodu nemocnice, včetně komunikace uvnitř i vně organizace.

Orientace na integraci dat všech využívaných systémů umožňuje managementu nemocnic mít všechna klíčová data pro rozhodování a řízení organizace na jednom místě a v reálném čase.

Jednoznačným trendem Výzkumu v posledních třech letech je potřeba komunikace na všech úrovních v oblasti zdravotní péče. Moderní technologie mohou být účinnou platformou pro podporu této komunikace a je jen na nás, zda přejdeme od slov ke konkrétním činům.“



p. Karla Voráčková

Senior Manager, Služby pro zdravotnictví, KPMG Česká republika

Karla Voráčková zastřešuje v KPMG v České republice poskytování služeb pro sektor zdravotnictví. Karla vede poradenské i auditní týmy, jež poskytují služby zdravotním pojišťovnám, nemocnicím i dalším subjektům v sektoru zdravotnictví. Do její kompetence patří také provazování potřeb klientů KPMG v České republice s mezinárodní expertízou a zkušenostmi KPMG v rámci globální sítě.

Komentář:

„Při čtení výsledků letošního barometru jsem si položila otázku, jaký je vlastně zdravotní stav českého zdravotnictví. Říká se, že české zdravotnictví je nemocné. Již delší dobu se zdá, že se jedná o chronickou chorobu, která je sice vleklá a nepříjemná, ale s níž se dá nějak žít.

Bližší pohled na některé odpovědi v tomto barometru však nutí k zamyšlení nad tím, zda například prodlužování doby u nesplacených faktur (nárůst z loňských 11 procent na současných 36) či čekacích lhůt na plánované operace nesignalizuje příznaky akutních komplikací, na které je nutné velmi urgentně zareagovat.

Otázkou zůstává, zda by se mělo jednat o terapii radikální, nebo spíše rehabilitační. Jednou z příčin stávajícího stavu je jistě celkový pokles objemu zdrojů v systému kombinovaný se skokovým nárůstem nákladů, například zvýšením DPH. Jsem přesvědčená, že v této situaci je nezbytné hledat nové cesty efektivnějšího řízení dostupných zdrojů. Sloužit by k tomu mohly například koncepční změny

v úhradových mechanismech motivující všechny účastníky systému k hospodárnějšímu chování – tam, kde je to ještě možné.

Podle poloviny dotazovaných ředitelů nehospodaří nemocnice efektivně. Na druhou stranu však oproti loňsku o 20 procentních bodů klesl počet ředitelů, kteří vidí prostor pro zefektivnění nemocniční péče. Znamená to snad, že se proces efektivnějšího řízení vyčerpal, jeho další kroky už jsou příliš náročné a v oblasti nemocniční péče již naráží na své limity?

Ačkoli je zdravotnictví komplexní systém, o jehož reformu se od roku 1989 snažilo již 18 ministrů, stále lze nalézt řadu opatření, která jsou podle mnohých ředitelů zcela nezbytná k zefektivnění provozu nemocnic. V některých případech ani nemusejí být investičně tolik náročná. Uvedme například lepší komunikaci personálu s pacienty i personálu mezi sebou, což jsou dvě oblasti, které se dlouhodobě drží na prvních příčkách mezi možnými opatřeními.

Výsledek barometru se v tomto bodě shoduje se studií celosvětové sítě poradenských společností KPMG Something to teach, something to learn (k dispozici na kpmg.com/healthcare) z podzimu roku 2012, podle které pojišťovny i nemocnice vidí značný potenciál v zapojení pacienta, které by mělo přispět nejen ke zlepšení poskytované péče, ale také k dosahování lepších výsledků při nižších nákladech.

Je zřejmé, že komunikace je v České republice i v zahraničí vnímána jako oblast, která může významně ovlivnit efektivitu celého systému. Pro její zkvalitnění je dle mého názoru nezbytné jak posílení důvěry mezi účastníky systému, tak zavádění inovativních nástrojů, jako je například elektronická výměna zdravotnické dokumentace.

Přestože je v očích řady lidí české zdravotnictví se svými problémy unikátní, neměli bychom se při hodnocení jeho kondice a hledání nových cest vyhýbat inspiraci a srovnání se zahraničím.,,

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

Společnost HealthCare Institute (založena r. 2006) je nezisková organizace, která se zabývá zvyšováním kvality a efektivity ve zdravotnictví a pomáhá zvyšovat kvalitu péče o pacienty v nemocnicích České republiky ve smyslu ohleduplnosti a porozumění zdravotnického personálu a dodržování kodexu práv pacientů. V roce 2013 realizuje již osmý ročník porovnávání kvality českých nemocnic z pohledu **Spokojenosti pacientů, Spokojenosti zaměstnanců nemocnic a Finančního zdraví nemocnic**. Také pořádá **odbornou konferenci „Efektivní nemocnice“** se zaměřením na **strategii nemocnic**, letos 25. – 26. listopadu 2013 v Praze - Vysočanech. Mezi účastníky patří zřizovatelé a vrcholový management nemocnic a zdravotních pojišťoven z regionu ČR, SR a Polska včetně odborníků na management ve zdravotnictví ze států EU (Švédsko, Holandsko, SRN).

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 8 803 zaměstnanců skupiny Komerční banky obsluhuje 2,6 milionu klientů, kteří mohou využít rozsáhlé sítě 398 obchodních míst v celé České republice. KB nyní provozuje 699 bankomatů. Jeden z kanálů přímého bankovníctví využívá 1,1 milionu klientů. KB je součástí skupiny Sociétés Générale.

www.kb.cz

Kontakt:

Mgr. Michal Kudernatsch
Executive Director ČR & SR

Divize Ipsos Healthcare
Národní 6, 110 00 Praha 1
Česká republika

e-mail: michal.kudernatsch@ipsos.com

tel: +420 603 448 256

Daniel Vavřina

předseda ,HealthCare Institute

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