

2 | 2018

*in*SIGHT

SOUČASNOST A BUDOUCNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE

HARTMANN



4 JAK JEŠTĚ LÉPE
ZAJISTIT ZDRAVOTNÍ
A SOCIÁLNÍ PÉČI
V ČESKÉ REPUBLICĚ?
redakce

8 JEDEN DEN NA
OPERAČNÍM SÁLE:
KDYŽ SE KAŽDÁ
VTEŘINA POČÍTÁ
redakce

11 HLEDÁNÍ EFEKTIVITY
VE SVĚTĚ
AKCELERUJÍCÍCH
ZMĚN
Milan Zelený

16 MODERNÍ
SPÁDOVOST VYCHÁZÍ
Z DIAGNÓZY
PACIENTA
redakce

18 HARTMANN – RICO
OTEVŘEL NOVÉ
VÝROBNÍ PROSTORY
VE VEVERSKÉ BÍTÝŠCE
redakce

20 JAK REÁLNĚ
FINANCOVAT
NÁKLADNOU
ZDRAVOTNÍ PÉČI?
Pavel Brůna

24 PŘÍNOSY INVESTIC DO
NÁSTROJŮ ZLEPŠUJÍCÍ
KVALITU, BEZPEČNOST
A EFEKTIVITU
ZDRAVOTNICKÝCH
ZAŘÍZENÍ
Oldřich Šubrt

27 JAK HODNOTÍ ANGLIČTÍ
EKONOMOVÉ ČESKÉ
ZDRAVOTNICTVÍ?
Pavel Vepřek

30 INKONTINENCE:
PŘÍPADOVÁ
STUDIE DOKAZUJE,
ŽE ŠPATNÝM
SYSTÉMOVÝM
NASTAVENÍM
POŠKOZUJEME SAMI
SEBE
Andrea Pisingerová

Vážené dámy, vážení pánové,

mám radost, že vás můžu pozdravit ze stránek dalšího vydání časopisu InSIGHT, které přináší přesahy zejména do ekonomie, jež se se zdravotnictvím často skloňována.

Skrze ekonomii se tentokrát dostaneme i k obecnějšímu, filozofickému tématu. Tím je život ve světě, který se mění s rostoucí dynamikou. Život si cestu najde, na nás pak záleží, jestli na této cestě obstojíme. Jediný správný postoj je evoluci pochopit, přizpůsobit se jí a využít nabízených příležitostí, píše ve své exkluzivní eseji profesor Milan Zelený.

Abychom ale přistoupili na předpoklad, že evoluci je třeba pochopit, musíme být ochotní připustit si, že svět se mění. V tomto ohledu často v českém zdravotnickém systému narážíme na nedostatek dobré vůle, v jehož důsledku se přijímají jen kosmetické změny a nekoncepční rozhodnutí, varuje expert na efektivitu zdravotnictví Pavel Brůna.

Na podobné záležitosti upozorňuje analýza českého zdravotnictví z pera anglických ekonomů, kterou recenzuje zakladatel iniciativy zdravotnictví 2.0 Pavel Vepřek. Ten nás zároveň vybízí, abychom se pustili do nutných reforem, dokud nám zbývá čas.

Jakákoliv dalekosáhlá transformace logicky vzbuzuje obavy, není divu, že se odkládá. Neměli bychom ale zapomínat, že vy, naši partneři v oblasti zdravotnictví, nejste sami: máte partnera v podnicích jako HARTMANN – RICO. Nabízíme vám své know-how, podporu, pomoc a inspiraci. Ať už jde o léčbu pacientů s polytraumatem, úspory nákladů na operačních sálech nebo konferenci Kvalita-Bezpečnost-Efektivita.

Rád bych závěrem připomenul 200. výročí společnosti HARTMANN, jež jsme letos oslavili. Každý den se vás, vážení partneři, snažíme podpořit ve vašem nesnadném poslání, protože sdílíme váš cíl: zlepšovat kvalitu zdravotní péče pro ty, kdo ji potřebují. Již po dvě století jdeme společně s vámi dál pro zdraví. Jménem HARTMANN – RICO vám děkuji za tuto společnou cestu a věřím, že spolu urazíme ještě alespoň dalších 200 let.

Přeji vám příjemné, inspirativní čtení a klidné svátky.



Ing. Tomáš Groh
výkonný ředitel
HARTMANN – RICO a.s.

Vydává:
HARTMANN – RICO a.s.
Masarykovo náměstí 77
664 71 Veverská Bítýška
Česká republika

Náměty a připomínky lze posílat na email:
kontakt@hartmann.cz

Cena: zdarma
Náklad: 600 kusů

Redakce:
HARTMANN – RICO a.s.
Taktiq Communications, s. r. o.

Grafické práce a tisk:
Grafické studio Eternia

Neoznačené příspěvky píše redakce.
Veškerá práva jsou vyhrazena. Jakákoliv
část časopisu může být rozšiřována,
reprodukována či jiným způsobem užívána
pouze se svolením vydavatele.

*Děkujeme všem, kteří se na
vydání tohoto čísla podíleli.*

Jak ještě lépe zajistit zdravotní a sociální péči v České republice?



O krok dál
pro zdraví

Letos měli v rámci uzavřené debaty možnost vyměnit si své zkušenosti i ředitelé českých nemocnic společně s odborníky ze společnosti HARTMANN – RICO.

V rámci letošní konference Kvalita-Bezpečnost-Efektivita, kterou už tradičně pořádala společnost HARTMANN – RICO v pražském hotelu Aquapalace, se v rámci dvou dnů představilo téměř 30 přednášejících odborníků. Shodli se, že v českých nemocnicích chybí stovky lékařů, sester a dalších odborných zdravotnických pracovníků. HARTMANN – RICO jim v tom hodlá pomoci.



Konference Kvalita-Bezpečnost-Efektivita každoročně diskutuje možná řešení hlavních problémů, kterým české zdravotnictví čelí. Přednášky v rámci letošního ročníku se pod moderátorskou taktovkou Daniela Takáče ubíraly směrem k tématu zvyšování kvality a bezpečnosti ve zdravotnictví pomocí moderních technologií.

„Stejně jako se vyvíjí mnohá průmyslová odvětví, vyvíjí se i zdravotnictví. Řízení nemocnic a sociálních zařízení není jednoduché a v kontextu současných výzev v oblasti zdravotnictví je na místě zabírat se mnohými otázkami,“ řekl Tomáš Groh, výkonný ředitel HARTMANN – RICO a doplnil: „Jsem nesmírně rád, že jsme měli opět příležitost nechat se v rámci dvoudenní konference inspirovat, jak ještě lépe fungovat ve zdravotnictví i sociální sféře, a tím pádem i zvyšovat kvalitu poskytované péče.“

Letos měli v rámci uzavřené debaty možnost vyměnit si své zkušenosti i ředitelé českých nemocnic společně s odborníky ze společnosti HARTMANN – RICO.

Debatu obohatil MUDr. Filip Čechlovský z Krajské nemocnice Liberec: „Naše audity nikdy nebudou tak efektivní jako

externí výstupy, které můžeme i s odstupem času sledovat a vyhodnocovat. I proto je pro nás velmi přínosný systém pro řízení operačního provozu Operis.“ Ředitel Nemocnice Jihlava MUDr. Lukáš Velev doplnil: „Za klíčové považují dodržovat závazné technologické postupy. Nutné technologické pauzy je třeba zkrátit na nejkratší možnou dobu, avšak nikdy ne např. na úkor času potřebného k dezinfekci operačních nástrojů.“

Potřebu shodnout se na jednom systému plánování a respektovat ho potvrdil generální ředitel a předseda představenstva Nemocnice Pardubického kraje Tomáš Gottvald: „Dobré plánování operací vnímám jako klíčové. V rámci procesní analýzy se velmi dobře pracuje s technologickými pauzami, a dokonce i s volným časem na akutní výkony. Pro chod sálů je nejlepší, pokud se plánuje v jednom systému, kde jsou jasně definované časy na jednotlivé výkony.“

Diskuzi uzavřel její moderátor, MUDr. Oldřich Šubrt, předseda správní rady Academy of Health Care Management: „Kvalita i dostupnost českého zdravotnictví jsou zatím velmi dobré, ale velkým problémem je v současnosti nedostatek kvalifikovaného personálu. Proto je důležité myslet i na efektivitu, a to zvláště při využití finančně náročných investičních a personálních kapacit, jako jsou operační sály. Stát zatím hodnocení přínosů v odměňování zdravotnických zařízení zanedbává,“ a doplnil: „Přesto je důležité, že jsou tu společnosti, které se snaží efektivitu využití technologií a personálu měřit a radit poskytovatelům, jak využít podrobné procesní analýzy. Navíc jsou schopny na základě rozsáhlých zkušeností poradit a najít detailní řešení, jak jednotlivá pracoviště co nejlépe využít.“



To nejzajímavější z odborné debaty včetně rozhovorů s řečníky konference MUDr. Pavlem Vepřkem, MUDr. Jánem Dudrou, Petrem Havlíčkem a výkonným ředitelem HARTMANN – RICO Tomášem Grohem můžete zhlédnout na www.kbehartmann.info.

Umíme uspořit nemocnicím peníze

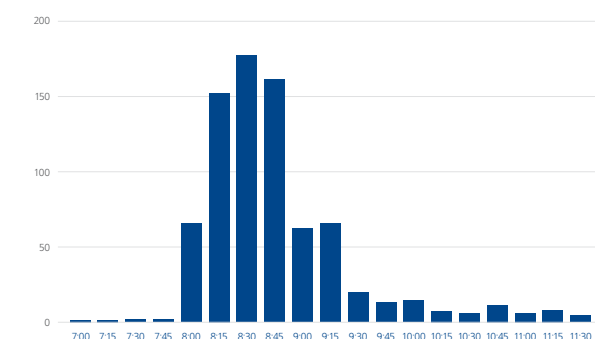
HARTMANN – RICO nabízí své několikaleté know-how, díky němuž dokáže nemocnicím uspořit 10–15 % nákladů na operační sály. Vyvinula a nabízí také unikátní nástroj efektivního řízení operačních sálů Operis.



Na začátku každého projektu proběhne procesní analýza, během níž se detailně zkoumá využitost operačních sálů. Ukázka výstupů je na obrázku. Úspory jsou zde spočítány jen z nákladů na pozdní začátky na operačních sálech.

Závěr analýzy obsahuje návrhy možností, jak odbourat neefektivní činnosti, a tím uspořit. Jelikož je prosazení změn do praxe složité, HARTMANN – RICO nabízí řešení, díky němuž se veškerá doporučení změni na konkrétní úspory.

Výstup procesní analýzy HARTMANN – RICO



Graf ukazuje, kolik operací začínalo později, než je stanovená pracovní doba na operačních sálech (tedy 8:00). Celkové úspory, vzniklé pouze odbouráním pozdních začátků operací, činí cca 1,7 milionu Kč ročně, jak spočítali experti HARTMANN – RICO. Celkové úspory v modelovém příkladu pak mohou dosáhnout až 2,5 mil. Kč.

Nemocnice, šest operačních sálů se sedmi tisíci operačními výkony za rok. Kolik může její vedení uspořit preciznějším plánováním a nalezením neefektivních úkonů? Podle procesní analýzy, kterou zpracovali odborníci HARTMANN – RICO, je to až 2,5 milionu korun. Takové úspory může přitom získat každé zdravotnické zařízení, vyplývá z úspěšné praxe HARTMANN – RICO na českém trhu.

„Umíme najít úspory v každé nemocnici. Obvykle dosáhnou milionů korun. Nemocnicím dodáváme i on-line nástroj, který výsledky naší procesní analýzy pomůže uvést do praxe. Využitost operačních sálů a další nákladové položky si díky němu dokáže nemocnice ohlídat,“ vysvětluje Václav Halama z HARTMANN – RICO.

Řešení na míru každé nemocnice se jmenuje Operis. Odborníci HARTMANN – RICO mají vyřešeny už desítky úspěšných projektů, které přinesly nemocnicím úspory v hodnotě 10–15 % nákladů, které se vážou na chod operačních sálů.

Jeden den na operačním sále: když se každá vteřina počítá



Pokud lékařské týmy na urgentním příjmu pečují o pacienty s několika těžkými zraněními, není prostor pro pokus a omyl. Namísto toho jsou rozhodující načasování, spolehlivost a přesnost – nejen pro lékaře a zdravotní sestry, ale také pro nástroje a materiály, na které se spoléhají.

Jsou součástí každodenních rutinních postupů na urgentních příjmech v nemocnicích – přesto, jak potvrzuje většina zdravotnických pracovníků pohotovostí, léčba pacientů s polytraumatem přichází se svými výraznými výzvami. K polytraumatům nejčastěji dochází v důsledku dopravních nehod. Tento termín se běžně používá k popisu řady vícečetných zranění na různých částech těla, z nichž alespoň jedno – nebo kombinace několika – je považováno za život ohrožující. Podle Německé traumatologické společnosti (DGU) nejméně jeden z deseti pacientů s polytraumatem nepřežije.

Když dostanou lékaři a zdravotní sestry na operačním sále pokyn, aby se připravili na polytrauma, nikdy zcela nevědí, co očekávat – s výjimkou skutečnosti, že zranění budou vážná a potenciálně smrtelná. Žádné dvě nehody nejsou totožné, a dokud nebude pacient správně diagnostikován, všechno ostatní budou jen dohady. „Pokud jde o polytrauma, neexistuje žádné reprodukovatelné zranění – každý pacient je jiný,“ říká prof. MUDr. Florian Gebhard, viceprezident Německé nadace pro traumatologii a lékařský ředitel na Ulmské univerzitní klinice.

Je to míra nejistoty, která může přinést další zátěž pro zdravotnický personál na urgentním příjmu, který je již vystaven základní úrovni stresu, protože musí být v neustálém stavu připravenosti. Neustálá možnost smrti pacienta s polytraumatem se přetváří do ještě další vrstvy napětí. „Přestože jsou pracovníci na urgentních příjmech všeobecně zkušenější profesionálové, většina z nich bude jen těžko zcela ignorovat skutečnost, že operují lidskou bytost,“ dodává profesor Gebhard.

„Každý musí prostě fungovat“

Péče o pacienta s polytraumatem tudíž představuje stresující situaci – a v té se Madeline Tricková se pravidelně ocitá. Ve svých 24 letech pracuje jako asistentka chirurga

Hledání efektivity ve světě akcelerujících změn

„Povaha a rozsah zranění jsou hodnoceny podle standardního protokolu tak, aby mohly být na základě jejich závažnosti stanoveny priority pro lékařské zásahy.“

na oddělení ARO v nemocnici Rechts der Isar v Mnichově. Když jim přijde oznámení o polytraumatu mají slečna Tricková a její kolegyně často jen pár minut na přípravu a shromáždění všech svých dovedností a energie. Přípravy začínají okamžitě a tým využije tu trochu času, který jim před příjezdem pacienta zbývá, a uspořádá veškeré nástroje a materiály, které by mohly být potřebné v průběhu bezprostředních lékařských procedur.

„Jakmile pacient dorazí na urgentní příjem, všechno se odehrává velmi rychle,“ říká slečna Tricková. „Povaha a rozsah zranění jsou hodnoceny podle standardního protokolu tak, aby mohly být na základě jejich závažnosti stanoveny priority pro lékařské zásahy.“ Přiznává, že když jim je telefonem oznámen příjezd pacienta s polytraumatem, může pocítit počáteční vzrušení. Rychle ale převáží přetrvávající rutinní a zavedené postupy. „Každý, kdo je zapojen, musí prostě fungovat,“ říká. „Každá vteřina se počítá – zvláště když jsou zasaženy velké cévy nebo když je poraněn mozek.“

Důvěra je klíčová

Nepředvídatelné situace v otázkách života a smrti s malým nebo žádným časem navíc se pravidelně vyskytují na operačních sálech po celém světě. Je proto zásadní, aby lékaři i zdravotní sestry, kteří na těchto jednotkách pracují, přesně věděli, co mají dělat a jak mají plnit své povinnosti. Musejí pracovat rukou v ruce, často bez slovní komunikace. Klíčem k tomuto intenzivnímu způsobu práce je důvěra – zapojení pracovníci jsou bezpodmínečně závislí nejen na všech ostatních osobách na sále, ale i na nezbytných nástrojích a materiálech. Ať už jde o chirurgické pláště, chirurgické rukavice, sady operačních roušek pro pacienta, přístrojové stoly nebo jiné chirurgické vybavení – každá položka musí být vhodná pro svůj určený účel, snadno se používat a důsledně splňovat nejvyšší standardy kvality.

Jedná se o soubor požadavků, které Denise Leisten-schneiderová zná velmi dobře. Tato certifikovaná operáční sestra tráví coby lékařská poradkyně s marketingovým týmem společnosti HARTMANN, zabývající se prevencí rizik, spoustu času na urgentních příjmech a operačních sálech. „Můj tým a já jsme v úzkém kontaktu s mnoha specialisty v různých nemocnicích,“ říká. „Pravidelně s nimi mluvíme o možných zranitelných bodech, pokud jde o denně používané vybavení.“

Během svých pravidelných konzultací s praktickými lékaři slečna Leisten-schneiderová i její kolegyně opravdu hluboce porozuměli požadavkům, které musejí nástroje i materiály splňovat, aby mohly být používány na odděleních ARO a na operačních sálech. Například roušky, které se používají k pokrytí oblastí kolem zranění před zahájením operace, se musejí rychle a snadno aplikovat a zároveň musejí být sterilní a bezpečné. „Stejná zásada platí i pro roušky, kterými se přikrývají stoly na nástroje a další příslušenství,“ říká slečna Leisten-schneiderová. Může se to zdát zanedbatelné, ale speciální skládací provedení, které operáční sestry umožní rozdělat roušku přes stůl se zařízením jediným pohybem zápěstí, může ušetřit důležité vteřiny.

Inovace musí nabízet měřitelnou přidanou hodnotu

Samozřejmě, inovace hrají v každodenní práci Denise Leisten-schneiderové důležitou roli – to ale neznamená, že její technologická vylepšení výrobků společnosti HARTMANN jsou jejím jediným zaměřením. Koneckonců, když se inovace stanou prospěšnými, existuje vždy nebezpečí, že jim budou chybět ústřední požadavky na výrobek. Klíčové aspekty, které slečna Leisten-schneiderová a její kolegyně hledají v jakémkoliv novém vývoji, se proto v průběhu let příliš nezměnily. „Výrobek musí snížit zatížení zdravotnických pracovníků a současně musí být jeho použití snadné,“ vysvětluje. „Kromě zlepšení péče poskytované pacientovi musí také nabídnout ekonomické výhody.“

„Výrobek musí snížit zatížení zdravotnických pracovníků a současně musí být jeho použití snadné. Kromě zlepšení péče poskytované pacientovi musí také nabídnout ekonomické výhody.“

Nedávný vývoj, k němuž marketingový tým společnosti HARTMANN, zabývající se prevencí rizik, přispěl svými odbornými znalostmi, představuje novou sadu roušek, která slouží také jako multifunkční startovací chirurgický balíček. Plně se drží nemocničních standardů a umožňuje týmům urgentního příjmu zahájit léčebné postupy nejčastěji spojené s léčbou polytraumatických poranění během několika vteřin. Je to přesně ten druh vybavení, které ocení pracovníci, jako je Madeline Tricková. Předem zabalené sady s nejdůležitějšími chirurgickými nástroji a materiály usnadňují život osobám na operačním sále, protože se s nimi snadněji manipuluje. „Díky ní můžeme trávit více času soustředěním se na pacienta,“ říká slečna Tricková. „A to je koneckonců to, o čem by naše práce měla být: poskytovat pacientovi tu nejlepší možnou lékařskou péči.“

Vstoupili jsme do dlouhodobé fáze trvalé a nezvratně akcelerující změny. Nejde o změny běžné a povrchní, ale o změny zásadní, bezprecedentní a rychle omezující trvání tradičně setrvávajícího statu. Rychlost změny se tak dnes stává novou kvalitou, permanencí a kontextem lidské existence.

V rychle se měnícím světě je samozřejmé, že zároveň dochází i k rychlejšímu zastarávání myšlenek, přístupů, znalostí, chápání a způsobů, nejen mezigeneračně, ale stále častěji v rozmezí jedné generace. Zároveň musí rychleji narůstat i zpátečnické snahy o zpomalení či zvrácení toku evoluce, obzvláště před dosažením potřebného pochopení a přijetí nové normály úlohy, důležitosti a následků akcelerace.

Samozřejmě se mění i efektivnost lidského úsilí: myšlení, rozhodování, jednání a vyhodnocování. Efektivita může efektivně fungovat i existovat pouze v souladu s akcelerací změn v kontextu daného údobí. Efektivita není a nemůže být obecná, ani nadčasová. Při akceleraci změny je třeba odpovídající míru efektivnosti neustále hledat, měnit, přizpůsobovat a také opouštět. Např. efektivní léčba rakoviny byla něco zcela jiného ve středověku, na přelomu 19. století, po 2. světové válce a na počátku 21. století. Dnes se efektivní léčba rakoviny hledá úplně jinde, tj. v prevenci a sebeudržitelné imunitě. Tzv. efektivní léčba se tedy mění rychle, spolu s akcelerující změnou znalostí, technologií, kultury i očekávání.

Lidský organismus již není jednoduchý „stroj“ plný součástek, odborností a specializací. V organismu, a v přírodě vůbec, souvisí vše se vším: holismus, chápání fungování celku, představuje nový základ vnímání efektivnosti.

Pro danou společnost jsou tak nové věci a přístupy nutně žádoucí, potřebné a správné, zatímco věci a přístupy staré jsou méně žádoucí a potřebné – pro svoji dobu již zastaralé. Dělat efektivně věci nesprávné není pro danou společnost totéž jako dělat efektivně věci správné. Vždy tomu tak bylo, ale rychlost změny nás překvapila všechny.

Podobenství o jeskyni

Závratnou akceleraci lidského přizpůsobování se svému prostředí lze demonstrovat na jednoduchém podobenství. Když se lidé vzpřímili a slezli ze stromů, jejich fáze rozptýleného lovu a sběru se začala soustřeďovat kolem ohně a jednoduchých přibytků – jeskyni. Byli schopni se pohybovat rychleji a na větší vzdálenosti, měli obě ruce volné, mohli tedy snažet a hromadit větší zásoby. Společenská evoluce lidského druhu se začala zrychlovat.

Představme si, že se lidský tvor, před deseti tisíci lety, narodí do jedné takové jeskyně. Co uvidí? Co se bude učit? Plápolá oheň, v koutě hromada kůží, po stěnách malby. Celá jeho nervová soustava je plně zapojena, vnímá svůj svět, učí se a adaptuje. Po tisíciletí se příliš mnoho nemění, znalosti se snadno předávají novým generacím, rodiče učí své potomky a vysvětlují jim svůj svět bez velkých problémů. Později se v jeskyni objeví i nějaký nábytek, nádoby se zrním a naloženým masem či vínem. Změny jsou však pozvolné, nenáročné, děti se přizpůsobují bez problémů.

Přetočme rychle do dnešní doby. V „jeskyni“ je to pro mozky dětí stále stejně náročné, ale naleznou tam už rádio, televizi, posteje, ledničku, po zdech expresivnější umění atp. Není problém to rychle zvládnout a přizpůsobit se. Rodiče se rodili do něčeho podobného a tomu novějšímu se časem přiučili.

Po několika dalších generacích je ta „jeskyně“ plně digitalizovaná, laptopy a chytré telefony součástí vybavení, internet a společenské sítě nahrazují noviny, rádio či kino. Pro děti to opět žádný problém neznamená; celou jeskyni pochopí tak do svého 4. roku.

Horší je to ale s rodiči. Akcelerace změny je zaskočila v jediné generaci – v „jeskyni“ sdílené s dětmi. Děti novou jeskyni zvládly, rodiče však už ne. Děti začínají učit rodiče, jejich jazyk, zájmy a kultura jsou jiné, mezigenerační komunikace vážně. Lepší už to nebude, akcelerace společenské evoluce bude pokračovat, dětem se změni svět dříve, než plně dospějí.

Jak se budou vzdělávat? Jaká budou mít zaměstnání? Jaké nové a neznámé technologie je zítra čekají – během jediného, krátkého života? Jaké politiky si budou volit (a jak?), jestli vůbec nějaké? Mohou na ně spoléhat? Jak těžce budou za své volby platit? Jak se lidský druh bude adaptovat v prostředí nepřetržitě, akcelerující změny? Kdy se děti vlastně stanou dospělými? Anebo zůstanou navždy jen, neustále se učícími, dětmi?

Od biologické ke kulturní evoluci

Specifickou vlastností evoluce lidského druhu je dnes absolutní převaha a akcelerace tvorby vystavěného, znalostního a institucionálního prostředí. Jelikož je adaptace k masivně umělému prostředí následkem znalostí a zkušeností, můžeme mluvit o kulturní (nebo společenské) evoluci. Ta přehlazuje a dominuje dnes již statickou biologickou evoluci. Lidé se rodí do prostředí, které si sami vytvářejí a které vytěšňuje jejich původní prostředí přírodní (živé i neživé). Kulturní evoluce akceleruje a bude

převládat v následných staletích existence lidského druhu. Je třeba se učit, jak se přizpůsobovat nárokům a odolávat nástrahám převážně umělého prostředí. Stále významnější součástí tvořeného prostředí jsou ekonomické, politické i společenské instituce a systémy. Kulturní evoluce sice akceleruje, ale stále zůstává evolucioní. Rozvíjí se jednosměrně, nevrací se a zrychleně vstupuje do nových, nikdy předtím nepoznaných realit.

Historie tak přestává být spolehlivým vodítkem pro budoucnost

Starší generace už nemohou učit ty mladší, jak se adaptovat v nikdy předtím nepoznaném prostředí. Nároky na vzdělávání, zvládnání technologie a adaptace k novým ekonomickým, politickým a společenským realitám jsou enormní a bezprecedentní. Historie se tak stává spíše záznamem a stále méně poučením nebo vodítkem do rychle se formujících, nových fází budoucnosti. Každá generace musí vytvářet svá řešení, své teorie a své adaptace, často radikálně rozlišné. Moderní chápání adaptace a přizpůsobení tedy vyžaduje nepřetržitě hledání vlastní cesty.

Současná politická tápání, konflikty, nesnášenlivost a tribalismus jsou přirozeným následkem nepochopení zmíněných kulturních akcelerací.

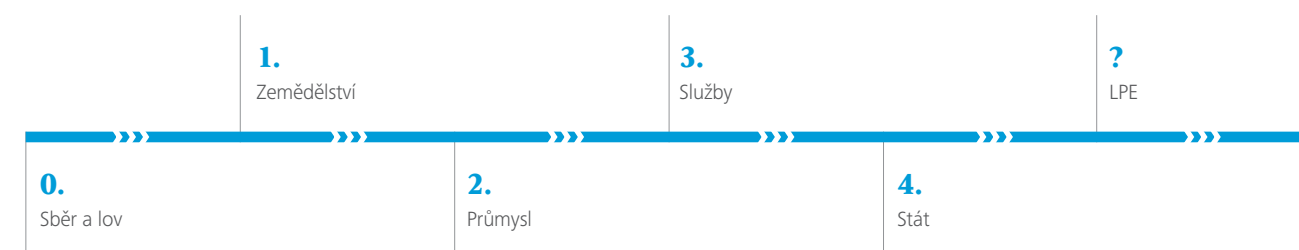


Akcelerace společenské evoluce bude pokračovat, dětem se změni svět dříve, než plně dospějí.

Objevují se populisté a dogmatici, kteří využívají tuto bezradnost nechápajících k hlásání a realizaci návratů, zpět do předchozích evolučních fází, při ignorování nově vznikajících technologických, ekonomických a kulturních znalostí. Tato fáze tápání bude dlouhá a bolestná, obzvláště při selhávání staré politické sféry. Namísto pochopení a spolupráce musíme procházet kultem vítěze a ztracením poraženého.

Uvažme nyní následující řetězec:

Evoluce zaměstnanosti:





Jediný správný postoj je evoluci pochopit, přizpůsobit se jí a využít nabízených příležitostí k hospodářskému rozkvětu.

Tento evoluční řetězec zaměstnanosti (0-1-2-3-4-LPE, viz obr. níže) je třeba spolehlivě pochopit: nepochopení vede k turbulenci v myšlení, tak snadno zneužitelné dnešními populisty, diktátory, trumpisty a podobnými manipulátory lidského ducha, vědomí a přirozených hodnot. Prvotní fáze „zaměstnanosti“ byla jednoduchá a nediferencovaná: původní a primitivní sběr a lov. Teprve s vynálezem zemědělství docházelo k dlouhodobému dělení na hospodářské oblasti a sektory. Vznikají a odcházejí společnosti založené na činnosti převážně zemědělské, průmyslové, služeb a státní zaměstnanosti. Každý ze čtyř základních sektorů vstupuje, roste, stagnuje a ustupuje (tj. z hlediska procenta relativní zaměstnanosti).

Představme si následující metaforu sektorového růstu: housenka se živí na listí nebo v podzemí, roste, přidává ke svému tělu segment po segmentu, až přeroste tak, že už jí ochuzené prostředí neuziví; už nemůže přidat další segment, ani udržet segmenty dosavadní. Zakuklí se a energii nadbytečných segmentů přemění do zárodku nové formy, schopné létat, žít se nektarem květů, růst a vzkvétat v novém, výživnějším prostředí. Z housenky se stane motýl. Metamorfóza popisuje nové, přizpůsobivější formy téhož organismu.

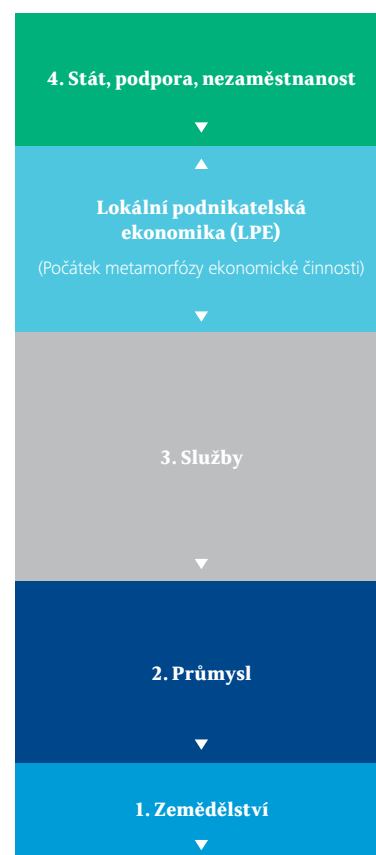
Hospodářské chování nejvyspělejších a nejvyzrálejších ekonomik vstupuje dnes do fáze své metamorfózy. Zatímco mnohé, nevyvinuté „housenky“ stále ještě jen rostou, nad novými květy již poletují krásní motýli, kteří vzkvétají v novém, plodnějším a nutričně bohatším prostředí. Jen politici je vytrvale agitují a pobízejí k návratu zpět. Jejich strach ze všeho nového se stává strachem o koryta a obavy z rekorytarizace dominují jejich světy.

Základním znakem takové hospodářské metamorfózy je deglobalizace a relokalizace ekonomik do regionálních a lokálních hospodářských systémů autonomie, nezávislosti a soběstačnosti. I metamorfóza je ovšem předmětem evoluce a bylo by předčasné ji plně definovat a popsat. Graficky lze její podstatu shrnout v následujícím diagramu.

Všechny vyspělé země mají dnes takto podobnou strukturu ekonomiky: USA, Japonsko, Západní Evropa; podobně akcelerují Čína a Indie. USA má dnes jen 0,5 % pracovní síly v zemědělství, kolem 10 % v průmyslu, 60 % ve službách a 15 % ve státních službách. Zbytek je již v LPE, nebo mimo pracovní sílu vůbec. Proto hledá stále menší počet lidí práci v tradičních sektorech.

Zde uvedený evoluční proces je zcela spontánní a přirozený, poháněný pouze růstem produktivity práce, tj. znalostmi technologií, úsilím a spoluprací. Stát a politici do této přirozené evoluce lidstva nemohou zasahovat: mohou ji pouze dočasně brzdit a zpomalovat. Riskují tak jen rozvoj a konkurenceschopnost své vlastní země. Jediný správný postoj je však evoluci pochopit, přizpůsobit se jí a využít nabízených příležitostí k hospodářskému rozkvětu.

Metamorfóza do lokální podnikatelské ekonomiky (LPE)



Důsledky poznání evoluční fáze lidstva jsou mnohé, vícerozměrné, závažné a nevyhnutelné

Člověk rozumí jen tomu, co sám vytvořil, tj. mechanismy, stroje, politické strany, armády a koncentrační tábory. Člověk neumí pochopit, co sám nevytvořil, jako organismy, přírodu, ekonomiku a spontánní systémy vůbec. Proto se snaží přirovnat organismus i společnost ke strojům a předstírat tak, že je vlastně sám vytvořil. To je velká chyba, která se stává zdrojem současných politických, náboženských i ekonomických potíží: rozdíl mezi strojem a organismem jsou zásadní a nelze jim zabránit.

Všechny systémy jsou dlouhodobě udržitelné, pokud do nich stát (či podobně silná instituce) investuje peníze, zdroje, ochranu a politickou

podporu. Tato vnější a mechanická udržitelnost nemůže suplovat za skutečnou, vnitřní a organickou, sebeudržitelnost systému. V zájmu každé moderní společnosti je tudíž dlouhodobá sebeudržitelnost, a ne dlouhodobá udržitelnost.

Společnost není stroj

Tak jako všechno živé tvorstvo i lidé jsou organismy společenské. Vše živé se rodí do společenských sítí a jen skrze tyto sítě se poznává a adaptuje na okolní prostředí. Jedna věc je jistá: společnost ani ekonomika nejsou a nemohou být stroj. Stroj je výtvořem člověka. Vnímání ekonomiky a společnosti jako stroje je sice pochopitelné, matematicky dostupné, nenáročné a zjednodušující, ale z hlediska evoluce, sebeprodukce a celistvosti se jedná o zcela chybnou i zavádějící a dysfunkční odchylku 20.–21. století. Nic živého není, nemůže být a nikdy nebude „jako stroj“. Mechanické pojetí ekonomiky

je neslučitelné s její samovolnou evolucí a vede k primitivním zásahům do hospodářství, které výrazně oslabují a ničí potřebnou a přirozenou odolnost organismů, obzvláště lidských. Vyvrcholením této myšlenkové odchylky je pak dnešní představa, že nejen stát, ale i „pomazaný“ jedinec, pokud ho zvolí většina, může rozhodovat i o osudu těch nejvyspělejších ekonomik. Jenže stroj a živý organismus navždycky zůstanou jako „nebe a dudy“.



prof. Ing. Milan Zelený, M.S., Ph.D.
Emeritní profesor Fordham University, New York



Moderní spádovost vychází z diagnózy pacienta

Přetížené velké nemocnice, zneužívání záchranné služby a také dlouhé čekací lhůty u ambulantních specialistů. Co by pomohlo vyřešit tento narůstající problém našeho zdravotnictví? Proč není řešením znovuzavedení spádovosti jednotlivých zařízení, vysvětluje v rozhovoru MUDr. Pavel Vepřek, předseda spolku Občan z. s., který se dlouhodobě zabývá systémovými změnami v poskytování zdravotní péče, a také člen představenstva nemocnic Plzeňského kraje a. s.

Spádovost nemocnic sice už dávno neexistuje, ale podle některých názorů to vede k zátěži některých někdy i jen zdánlivě kvalitnějších zařízení. Je řešením ji obnovit?

Spádovost podle místa bydliště je v původní podobě neobnovitelná, protože pacienti mají být směřováni na ta pracoviště, která jim pomohou. Například pacient s uzávěrem koronárních tepen patří rovnou na koronární jednotku specializované nemocnice, zatímco ten se žlučnickovou kolikou na urgentní příjem nemocnice okresního typu. Takže moderní spádovost vychází z diagnózy pacienta. Navíc máme svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení, kterou bychom neměli administrativně omezovat. Jediná oblast, ve které má nastavení klasické spádovosti smysl, je péče o neatraktivní pacienty.

Velké nemocnice si stěžují, že k nim chodí lidé, protože očekávají lepší péči. Je pravda, že jsou opravdu přetížené?

Ano a zbytečně. Je to výsledek přehnané centralizace, kdy se se správnou snahou centralizovat specializovanou péči svezla i ta ostatní.

Častým argumentem je, že menší nemocnice nejsou schopné potřebnou péči poskytnout. Nemají dostatečné vybavení nebo specialisty. Ne vždy ale pacient potřebuje tak specializované vyšetření. Jak to řešit?

Pacienti, kteří potřebují specializovanou péči, se nemají v těchto nemocnicích vůbec objevit. Naopak těm, kteří potřebují péči běžného typu, mohou menší nemocnice nabídnout stejnou kvalitu, ale vlídnější zacházení rodinného typu.

Malé nemocnice se dnes často ruší, není už to příliš? Nebudou velké nemocnice ještě přetíženější, zvláště když je dnes velký problém objednat se k ambulantním specialistům a čeká se několik týdnů?

Určitě podle mě není dobrý trend poskytovat čím dál více péče ve velkých nemocnicích, protože je to dražší a vytrácí se individuální přístup v ošetrovatelské péči. Malé nemocnice by měly mít, vzhledem k demografickému vývoji, jasnou budoucnost, jen se musí orientovat na péči, kterou je dobré poskytovat co nejbližší k ro-

dině pacienta. Tedy základní obory, a hlavně péče následná, rehabilitační a dlouhodobá.

Dalším z problémů, které velké nemocnice řeší, je, že se setkávají s komplikacemi pacientů po nedostatečném ošetření na poliklinikách. Co s tím? Jak velký máme nedostatek ambulantních specialistů? Nejsou dostatečně kvalitní?

Ambulantních specialistů máme o polovinu více, než je průměr v Evropské unii, takže problém není v počtu, ale v tom, co dělají. To, co nám schází, je koordinace péče o pacienta mezi jejími jednotlivými úrovněmi, vzájemné sdílení informací, standardizované léčebné protokoly, motivace pacienta se ve zdravotnictví racionálně pohybovat, motivace doktorů se o své pacienty v plném rozsahu postarat. Zlepšení by měly přinést připravované změny v primární péči a zvýšení zájmu o kvalitu péče o chronické pacienty stimulované změnou přerozdělení peněz mezi zdravotními pojišťovnami. Od začátku letošního roku dostávají pojišťovny na chronické pacienty více peněz, které odpovídají zvýšeným nákladům.

Stává se, že záchranka nemá kam odvézt pacienta. Je to jeden z argumentů, proč by spádovost měla smysl. Jaký je váš názor?

Podobná situace je spíše výjimkou než pravidlem. Problém není ani tak v organizaci záchranné služby nebo v kapacitě lůžkového fondu nemocnic, ale v rostoucím zneužívání záchrane. Pacient, který si přivolá záchranku, je zdarma dopraven do nemocnice a tam se mu dostane přednostního zacházení, což je atraktivní stále pro více lidí. Řešením zneužívání záchranné služby by bylo její zpoplatnění, ale nemyslím si, že to je v současné době průchodné. Jinak spádovost záchranné služby je celkem jasná, pacient má být dopraven na nejbližší lůžko, na kterém mu lze pomoci.

Jaká jsou podle Vás další rizika spádovosti? Ještě by více zafixovala už tak velkou regionální nerovnost v přístupu ke zdravotní

péči? Existují data, která potvrzují různou kvalitu nemocnic?

Jak jsem už uvedl, obnovení spádovosti podle bydliště má smysl jen jako stanovení věcného břemene příslušným nemocnicím, které by byly povinny postarat se o pojištěnce ze svého spádu bez ohledu na jeho chování nebo typ pojištění. Jinak je zřejmé, že regionální rozdíly v dostupnosti zdravotní péče existují, jak vyplývá z rozdílných nákladů na standardizovaného pojištěnce v jednotlivých krajích. Nejvyšší jsou na Pražany, nejmenší na obyvatele Karlových Varů a Vysočiny. Jednotný způsob, jak monitorovat kvalitu nemocnic, neexistuje a z mnoha závažných důvodů asi ještě dlouho fungovat nebude. Nemocnici navíc tvoří mnoho oddělení, která mohou fungovat dost rozdílně, takže hodnotit nemocnici jako celek je složité. Hodně informací se dá vyčíst z DRG, ze kterého se dozvíme typy a počty prováděných výkonů a typy komplikací. Kdysi tu byl projekt Jak se

kde léčí, který veřejnosti tyto informace poskytoval, a nebylo by špatné jej obnovit.

Pokud by se obnovila spádovost nemocnic, mělo by následovat obnovení spádovosti poliklinik, ambulantních specialistů, praktiků... To asi není řešení?

Zmíněná povinnost by se netýkala ambulantních specialistů, protože ti by měli poskytovat vyžádanou péči a své pacienty neregistrují, ani nemají definovatelné spády. Vzhledem k tomu, že se bydliště pacientů registrovaných k jednotlivým praktikům prolínají, nastavovala by se tato povinnost obtížně. Věcně správným a technicky proveditelným řešením by bylo vybrat v regionu jednoho praktika, který by tuto péči zajišťoval a přiměřeně jej za to honorovat.



HARTMANN – RICO otevřel nové výrobní prostory ve Veverské Bítýšce



Na podzim loňského roku byla přesunuta výroba individualizovaných zákaznických setů vyráběných pro invazivní výkony na operačních sálech (CPT setů) a návazné sterilizace z německého Heidenheimu do závodu HARTMANN – RICO ve Veverské Bítýšce. Koncem letošního léta společnost dokončila rozšíření výroby o nové automatické linky na výrobu operačního krytí na operačních sálech a rovněž skončila i rekonstrukce zaměstnaneckého zázemí. Slavnostní otevření nových prostor na výrobu komponentů a jednorázových roušek pro operační zákroky se konalo 28. srpna za účasti nejvyššího managementu z německé centrály HARTMANN.



HARTMANN – RICO již tři roky pravidelně investuje do svých závodů v České republice. Tyto investice putují především do automatizace procesů a nových výrobních zařízení, jako strojů na operační roušky, do automatizování logistických procesů, a rovněž do hygienických podmínek výrobních sálů s cílem dosáhnout vysokého standardu čistoty pro výrobu zdravotnického materiálu a výrobků především pro operační výkony a zrychlení dodávek zákazníkům.

Poslední investice směřovala zejména do výrobních technologií pro jednorázové krytí a roušky a do vybudování moderního sociálního zázemí pro zaměstnance. „Pokračujeme tak v plánu střednědobého investování. Loni jsme dokončili první fázi a letos jsou v rámci druhé fáze instalovány nové automatické stroje na výrobu roušek. Rovněž jsme investovali do zvýšení hygienického standardu čistoty výrobních sálů, abychom zcela splnili certifikační kritéria pro zdravotnickou výrobu dle standardu TUV,“ říká Pavel Fuchs, výrobní a technický ředitel, člen představenstva HARTMANN – RICO, a dodává: „Touto inaugurací završujeme své snahy o zvýšení konkurenceschopnosti pomocí snižování nákladů na automatizaci procesů.“

Nejenom investice do strojů ale i do sociálního zázemí je dnes nutná pro vybudování úspěšného prostředí pro výrobu operačních setů a operačních roušek a dalších zdravotnických produktů. „HARTMANN – RICO investuje do sociálního zázemí výrobních procesů. Hlavní investiční aktivity směřují do zvýšení standardu zaměstnaneckých šaten a personálních přechodových zón mezi čistými výrobními prostory a sociálním zázemím, kde se zaměstnanci převlékají, myjí se a relaxují během přestávek. Jejich práce vyžaduje vysokou koncentraci, přesnost při konstantním pracovním tempu a dodržení vysokých hygienických standardů. Proto je důležité, aby měli k dispozici adekvátní zázemí k přípravě na práci i regeneraci,“ upřesňuje Pavel Fuchs.

Veverská Bítýška patří mezi největší výrobní závody společnosti HARTMANN – RICO v Česku. Zároveň se ale intenzivně investuje i v ostatních závodech v Havlíčkově Brodě a Chvalkovicích. Cílem všech těchto investic je zajistit vysokou efektivitu procesů výroby CPT setů. Ta obnáší jak kompletování těchto operačních setů, tak výrobu roušek a logistiku všech speciálních komponentů nutných k zajištění operačního výkonu. CPT sety se v roce 2018 vyrábějí v objemu 3,60 milionu kusů za rok.

Rozvoj ve Veverské Bítýšce rozhodně není u konce. „V investicích hodláme pokračovat i nadále. Jsme přesvědčeni, že pokračující rozvoj výrobního závodu je nejen zárukou vysoké kvality naší produkce zdravotnických prostředků, ale také kvalitního pracovního prostředí pro naše zaměstnance,“ doplnil Pavel Fuchs.

Z historie závodu

Závod ve Veverské Bítýšce vznikl v roce 1905 jako úpravná kaolinu. V roce 1938 objekt zakoupila firma Ráček, která tu v následujícím roce zahájila výrobu produktů pro zdravotnictví a hygienu. Po znárodnění zde roku 1948 vznikl národní podnik Rico, jehož hlavním výrobním sortimentem byly hygienické výrobky a vata. Více než před 25 lety vstoupila do tehdejšího státního podniku Rico německá společnost Paul HARTMANN AG. Tato změna přinesla místnímu závodu rozsáhlé investice a novou orientaci na výrobu zdravotnických prostředků.

Jak reálně financovat nákladnou zdravotní péči?

Máme dost peněz ve zdravotnictví? Využíváme dostupné příležitosti financování? A tvoříme přínos? Tyto zásadní otázky si klade expert na efektivitu zdravotnictví více než s dvacetiletou zkušeností v oboru Pavel Brůna.

Objednávka zdravotní péče ze strany pojišoven od roku 1997 klesá. Některé nemocnice mají v porovnání s přelomem tisíciletí běžně obloženosti 55–75 %. Velká část posilování výnosů jde na vrub dorovnávání platů tak, aby se jejich úroveň přiblížila evropské úrovni. Struktura a počty lůžek však až na drobné korekce zůstávají podobné. Fixní náklady (za existenci nemocnic) tvoří téměř 70 % prostředků vyhrazených na akutní lůžkovou péči. Zároveň se kvůli nedostatku sester zavírají oddělení, a to i ve fakultních nemocnicích.

Úhradová vyhláška svými kontrolními mechanismy blokuje přesuny v péči v rámci krajů, a tím v podstatě motivuje k „nerestrukturalizaci“ lůžkového fondu. Máme ještě asi pět let, než začne potřeba péče opět růst a vzhledem k demografické struktuře budeme již v letech 2025, 2035 a 2045 potřebovat o 10, 20, respektive 30 % péče více.

Máme zdroje?

Před šesti lety uzavíralo Česko poměrem výdajů na zdravotnictví, zespoda atakujícím 8 %, třetí desítku z 36 členských zemí OECD. Od data zveřejnění této zprávy vzrostl objem zdrojů více než o 100 miliard korun (320 mld. v roce 2019 versus 220 mld. v roce 2013), což znamená nebývalý 40% nárůst.

Zůstali jsme však rekordmany v podílu zdrojů mimo zdravotní pojištění. Spoluúčast v ČR přispívá z pohledu poměru k HDP pouze 1 %. Např. Rakousko, Španělsko, Belgie či Slovinsko mají spoluúčast dvojnásobnou a výjimkou není ani trojnásobek u bohatých (Švýcarsko), či naopak chudých (Řecko) států.

Medián (střední hodnota) i průměr se shodně pohybují nad 9 % a každý rok rostou.

Rozpočet zdravotnictví se postupně dostane na 10 % HDP (např. 8 % stát + 2 % spoluúčast), HDP zároveň poroste. Lze předpokládat, že průměrný (věkem) čtenář tohoto článku se dožije dalších 300 miliard korun ve zdravotnickém rozpočtu, tedy v podstatě dvojnásobku dnešní sumy.

Kde mizí peníze?

Všechny zdravotní systémy světa ukazují, že utratit libovolný obnos je pro zdravotnictví hračka. Kde ale peníze ve skutečnosti mizí? Následující obrázek reflektuje typickou distribuci růstu výnosů za posledních 50 let v USA, za posledních 20 let v OECD a v roce 2010 v Japonsku. V Evropě



a USA mají největší podíl (45 %) technologie. 35 % spolně růst výnosů krytý zvýšením péče. Asi 7 % připadá na inflaci a 13 % lze přičíst stárnutí populace. Třetí sloupec s ohledem na věkovou strukturu obyvatel Japonska, které EU dosáhne přibližně za 30 let, potvrzuje, že v brzké budoucnosti může stárnutí populace (tzv. ageing) výrazně změnit situaci. Růst výnosů v Česku stačí v posledních letech pouze dorovnávat plošná zvyšování mezd lékařů a sester (a to bez jakýchkoli požadavků). V důsledku stárnutí populace bude systém brzy čelit úplně novým výzvám.

Využíváme příležitosti?

Jak se stavíme k výše uvedeným výzvám? Objednáváme od nemocnic méně a méně práce (za posledních pět let statistiky zaznamenaly pokles téměř o 20 %), úspěšně nutíme pracovat zdarma nebo doplácet za vyžádanou péči a udržujeme si nemocnice se zavřenými patry, kde chybí sestry, ale „topit se musí“...

Píšeme vyhlášky, které mění směr zdravotnictví z roku na rok. Ředitelé a pracovníci oddělení pojišťoven v nemocnicích sní o systému, jenž by byl složitý třeba „jen jako daňové přiznání“ a neparceloval krajská zdravotnictví na 5 nemocnic s 8 pojišťovkami a 6 segmenty péče, tedy 240 hromádek. Nesplní-li hromádku, vrátíte peníze, přeplní-li hromádku, děláte zadarmo... Provedené systémové změny se nám daří zastavovat ve chvíli, kdy začínají fungovat a mohou upozornit na neefektivitu. Raději připustíme pokrivený a centralistický trh než pravdu o fungování jednotlivých zařízení. Stát je soudcem, rozhodčím i hráčem. Na druhé straně chybí samospráva, analýza a ochota věci prodiskutovat. Předstíraná dohoda na úhradové vyhlášce je jednodušší než řešit vše věcně na základě analýz a korektních dat.

Nevyužité zdroje, jež ale stojí peníze, ubírají z prostoru na inovace. Následně chybí peníze na drahé léky, změnu zdravotnictví orientovanou na prevenci či zvyšování počtu chronických pacientů, kteří v posledních měsících a letech života spotřebují 80 % svých nákladů na péči s mizivým klinickým přínosem (léčíme, ale nezlepšujeme kvalitu života).

Přínos jako důkaz správného směru

A co si myslí o právu na financování zdravotnictví Evropská unie?

Zdravotnictví limitované penězi (bez kontroly a cílů) může ztratit svůj raison d'être, neboli smysl existence. Nelimitované zdravotnictví je zločinem, protože zkonsumuje libovolnou sumu, kterou můžeme použít na investice, infrastrukturu, důchody atd. (citát z materiálu Financing healthcare EU 2009 WHO).

Povinností každého státního systému by mělo být prokázat, že přínosy do zdravotnictví investovaných peněz převyšují náklady, které společnost na zdravot-

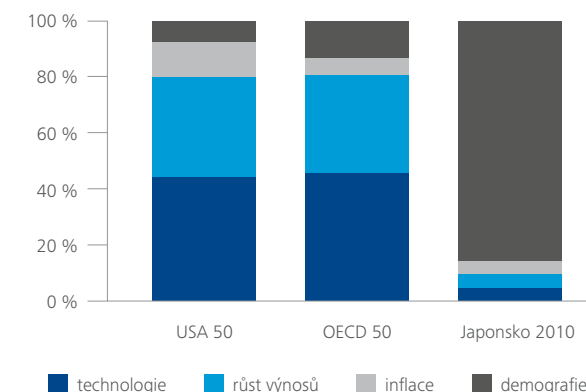
nictví vynakládá. Ambicí každé nemocnice by mělo být prokázat totéž.

Snižím objednávky a růstem mezd při zachování stávající struktury nemocnic mizí zážrak českého zdravotnictví. Zvyšování mezd provázené poklesem produkce bez dalších úkolů a shody odborné veřejnosti na společném směřování systému ke kvalitní péči zdarma nevede. Času není nazbyt.

Nezbývá, než aby každý dělal dál to, co má: pojišťovny mají nakupovat levnou, avšak kvalitní péči, lékaři za dostupné peníze se správnými informacemi a podporou svých managementů dobře vyléčit co nejvíce pacientů a ministerstvo určovat pravidla a pískat, ale přestat současně dávat góly, jinými slovy, vytvářet rovné podmínky pro všechny typy zdravotnických zařízení i vlastnictví a podporovat tvorbu hodnoty i její měření.

Těším se na dobu, kdy více vyléčených pacientů opět přinese více peněz. Bez spokojených pacientů totiž nemocnice ani zdravotnictví stávající trend nárůstu peněz neobhájí a neudrží.

Kam jdou peníze navíc?

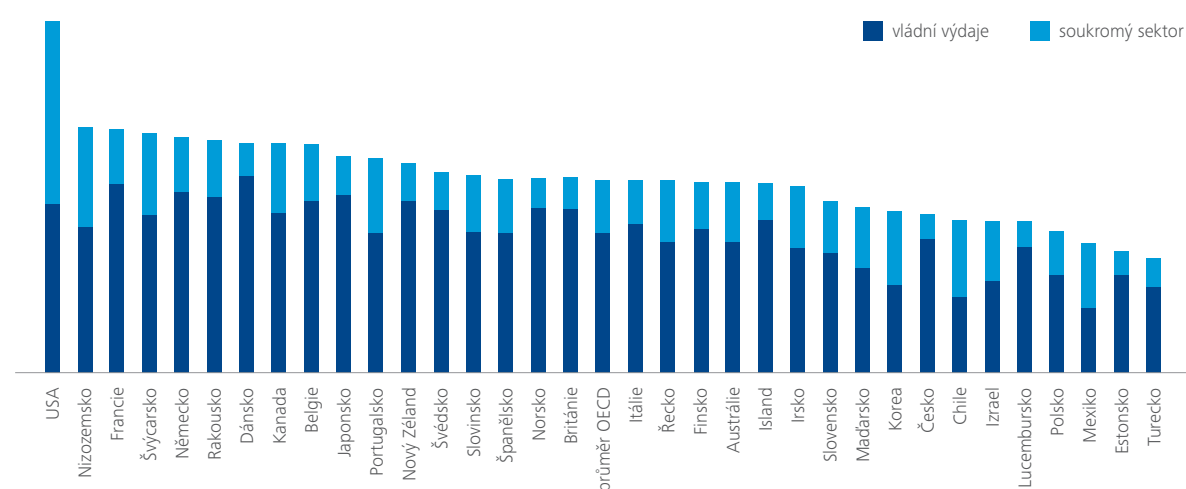


Ing. Pavel Brůna, MBA
Partner v Consult Hospital

Demografická analýza jednoho z krajů ČR odráží budoucí potřebu lůžek v jednotlivých odbornostech

Oddělení DA	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Vše	0 %	5 %	11 %	17 %	23 %	28 %	31 %	33 %
Interna	0 %	10 %	23 %	37 %	51 %	61 %	68 %	74 %
Chirurgie	0 %	6 %	13 %	19 %	26 %	31 %	34 %	37 %
Dětské a novorozenci	0 %	-6 %	-11 %	-17 %	-20 %	-20 %	-19 %	-21 %
Gynekologie	0 %	-6 %	-12 %	-15 %	-16 %	-15 %	-17 %	-20 %
Neurologie	0 %	8 %	17 %	25 %	33 %	39 %	43 %	46 %
Kardiologie	0 %	10 %	22 %	34 %	44 %	52 %	58 %	63 %
Ortopedie	0 %	7 %	14 %	19 %	23 %	25 %	29 %	32 %
Urologie	0 %	7 %	14 %	20 %	25 %	29 %	32 %	35 %
ORL	0 %	1 %	2 %	3 %	4 %	4 %	4 %	3 %
Psychiatrie	0 %	0 %	1 %	2 %	1 %	0 %	-1 %	-3 %
Onkologie	0 %	7 %	13 %	16 %	19 %	22 %	26 %	27 %
Kožní	0 %	7 %	16 %	27 %	37 %	44 %	48 %	51 %
Úrazová chirurgie	0 %	5 %	12 %	21 %	30 %	37 %	41 %	43 %
ARO	0 %	9 %	19 %	27 %	35 %	40 %	45 %	50 %
Infekce	0 %	4 %	10 %	18 %	25 %	30 %	33 %	35 %
TRN	0 %	10 %	21 %	33 %	45 %	56 %	64 %	69 %
Rehabilitace	0 %	9 %	17 %	23 %	27 %	30 %	34 %	39 %
Neurochirurgie	0 %	5 %	11 %	15 %	17 %	19 %	20 %	22 %
Oční	0 %	6 %	14 %	22 %	28 %	31 %	34 %	37 %
Dětská chirurgie	0 %	3 %	2 %	-4 %	-11 %	-14 %	-16 %	-15 %
Ústní, čelistní a obličejová chirurgie	0 %	-2 %	-2 %	-1 %	-1 %	-2 %	-5 %	-6 %
Geriatric	0 %	11 %	25 %	42 %	58 %	71 %	79 %	85 %
Hematologie	0 %	15 %	28 %	43 %	60 %	74 %	83 %	92 %

Výdaje na zdravotnictví podle podílu na HDP za rok 2012 či později



Poznámka: V případě Polska, Nového Zélandu a Austrálie byly k dispozici nejnovější data za rok 2011. V případě Nizozemska data odpovídají současným výdajům na zdravotnictví. Zdroj: OECD Health Statistics

Český zdravotnický systém prošel od začátku 90. let zásadní proměnou a mohlo by se zdát, že po třech desetiletích stojíme na konci období velké transformace. Opak je však pravdou: technologický vývoj jde rychle kupředu a spolu s ním se vyvíjejí i všechna odvětví společenského a hospodářského života, zdravotnictví nevyjímaje. Jaké výzvy konkrétně před českými zdravotníky stojí? Kde nás tlačí bota? A jaká řešení se nám nabízejí?

Uplynulo již 25 let od prosazení úhradových mechanismů veřejných zdravotních pojišťoven, které se zaměřují na platbu za výkon. Tyto mechanismy zajišťují více než 90 % příjmů českých zdravotnických zařízení. Revoluční změna financování uskutečněná v první polovině 90. let byla nutná pro zavedení cen v českém zdravotnictví. Československo totiž společně s Albánií představovalo v 80. letech jedinou evropskou zemi, v níž neexistovaly žádné stopy soukromého zdravotnictví a celý chod zdravotnického systému financoval státní rozpočet. Plná závislost příjmů nemocnic na schopnosti vykazovat výkony vedla prakticky ke krizovému managementu, který měl za cíl správně definovat maximální počet přesně definovaných úkonů u přesně definovaného nemocného, přesně definovaným lékařem.

Kvalita, bezpečnost i efektivita byly rovněž důležité, správné vykazování a maximalizace jednotkové produkce se však jeví jako nejjednodušší a nejsprávnější cesta k ekonomické stabilitě zdravotnického zařízení. Systém platby za výkon vedl rychle k rozšíření dostupnosti a objemu zdravotní péče, ale též k uspišnému a opakovanému vyčerpávání finančních prostředků ve fondu veřejného zdravotního pojištění. Aplikovaly se snahy o zavedení platby za léčbu (DRG), tento systém se ovšem nepodařilo plně zavést. Podobně i zavádění tzv. balíčkových cen za komplexní léčbu jednoho případu se použilo jen omezeně v ortopedii nebo u některých úkonů jednodenní léčby. Nakonec se dnes používá financování, které odráží historické potřeby jednotlivých zdravotnických zařízení a upřednostňuje velké státní nemocnice a specializované ústavy.

V podstatě však jde o pozvolna rostoucí limitované rozpočty, jež se navyšují různorodě, většinou podle politické poptávky. Tato rozpočtová omezení vedla k posílení úvah o efektivitě – jak za určené množství prostředků vykázat a většinou i provést potřebný počet a potřebnou strukturu výkonů. Díky tomu, že často lze získat dotace či upravit podmínky financování pro daný rok, je tlak na efektivitu ještě leckdy malý, nicméně postupně roste.

Efektivita

Zdravotníci si doposud nezvykli na procesní řízení, svoji práci pořád vnímají jako umění svého druhu (což naznačuje již pojem *lege artis*), tedy jako činnost, jež nemá 100% predikovatelný základ. Jenže statistiky mluví jasně: jestliže je organizace schopna sběru dat o využití zobrazovacích přístrojů, analyzátorů, operačních sálů, intenzivních lůžek nebo endoskopických či endovas-

Přínosy investic do nástrojů zlepšujících kvalitu, bezpečnost a efektivitu zdravotnických zařízení

Nemocnice, které se staly bezpečnější a prokazují vyšší kvalitu poskytované péče, jsou efektivnější a celkově úspěšnější.

kulárních sálů, může ušetřit nečekaně velké prostředky na investičních, materiálových i osobních nákladech. Ačkoli snahy o novelizovaný nárůst tabulkových platů, nabídka různých dotačních titulů pro další investice a nespravedlivé případové financování tyto snahy stále narušují, organizace, které se vydaly cestou řízení procesů a měření efektivity klíčových míst diagnostických a léčebných postupů, slaví úspěch.

Zpomalování ekonomického růstu a zvyšování počtu zaměstnanců v naší republice, tj. hlavní faktory ovlivňující objem financí v českém zdravotnictví, povedou k dalšímu důrazu na investice do řídicích nástrojů za účelem zvyšování efektivity. Pravdivý reporting a přesný controlling, jež využívají sběru a analýzy dat v klíčových bodech opakujících se procesů ve zdravotnických organizacích, zvýší při aplikaci procesního řízení efektivitu přímo skokově. Náklady na zavedení takových metodik jsou ve srovnání s jejich přínosem minimální.

Bezpečnost

Nová úprava zdravotnické legislativy zdůrazňuje práva pacientů a stanovuje informovaný souhlas jako základ pro rozhodování o druhu služby a postupu, který bude nemocnému nabídnut, i požadavek na standardizaci rizika. Tato změna vedla zdravotnické organizace, a zvláště nemocnice, k zavádění postupů omezujících rizika. Jako vhodná metoda se ukázaly různé typy akreditací určující postupy, jež se musejí nezbytně provádět, aby se bezpečnost zdravotnického zařízení udržela na akceptovatelné, odpovídající úrovni. Tyto akreditace přinesly nejen potřebu standardizace postupů, ale také používání kvalitních pomůcek; ty totiž minimalizují hrozbu komplikací, infekcí a dalších iatrogenních poškození nemocných.

Nemocnice, které dokážou získat přesnější nákladové analýzy jednotlivých případů, velmi rychle poznají, že omezení komplikací jasně vede k lepším výsledkům i radikálnímu zlepšení finančních výsledků organizace. Žádný systém financování totiž není schopen uhradit obrovské náklady na řešení komplikací. Tuto skutečnost si manažeři nemocnic bohužel uvědomují jen málokdy. Proto také spíše upozorňují na nutnost zvýšení úhrad než na skutečnost, že nekomplikovaná diagnostika a léčba vykazují vždy lepší finanční výsledky i vyšší ziskovost, a tím samozřejmě posilují efektivitu.

Kvalita

Kvalita, přínos léčby, value not volume – tato slova platí za mantru současného zdravotnictví. Není však jasné, jak detailně kvalitu měřit. Organizace, jež se vypořádaly se sledováním a metodami zvyšování efektivity i bezpečnosti, automaticky přecházejí na metody TQM, které tvoří logické pokračování

těchto procesů. Zlepšení výsledků léčby či diagnostiky (morbidita, mortalita, délka hospitalizace, rychlost návratu do stavu dobrého zdraví, rychlost návratu do pracovního procesu atd.) jsou ta správná hlediska popisující smysl poskytování zdravotní péče. Kvalita za rozumnou cenu („efektivní kvalita“) jistě představuje poslání lékařské péče v dnešní době, kdy možnosti medicíny předbíhají objem financí, jež může společnost na zdravotní péči alokovat. Kvalita se tak stává rozhodujícím hlediskem hodnocení zdravotnických zařízení.

Zatím ještě není tématem pro úhradové mechanismy, zdravotníkům se doposud daří údaje o kvalitě do značné míry nezveřejňovat, a veřejnost tak nemá jasné srovnání kvality jednotlivých oborů zdravotnických zařízení. Přesto již dnes musí tato zařízení soutěžit o pacienty. Například v minulém roce činila využitelnost lůžkové kapacity v pražských nemocnicích 56 %, což určitě nelze vysvětlit jen uzavírkami oddělení pro nedostatek sester. I nemocnice v krajích hledají způsoby, jak si zajistit dostatek nemocných zvláště pro elektivní výkony. V tomto ohledu se kvalita, kterou zatím zákazníci hodnotí spíše intuitivně, jeví jako rozhodující faktor toho, zda nemocnice získá pro své služby jak akutní nemocné, tak pacienty pro plánované výkony.

Náklady investované do zavádění postupů podporujících tyto trendy se ve srovnání s celkovými provozními náklady zdravotnických zařízení zdají zanedbatelné.

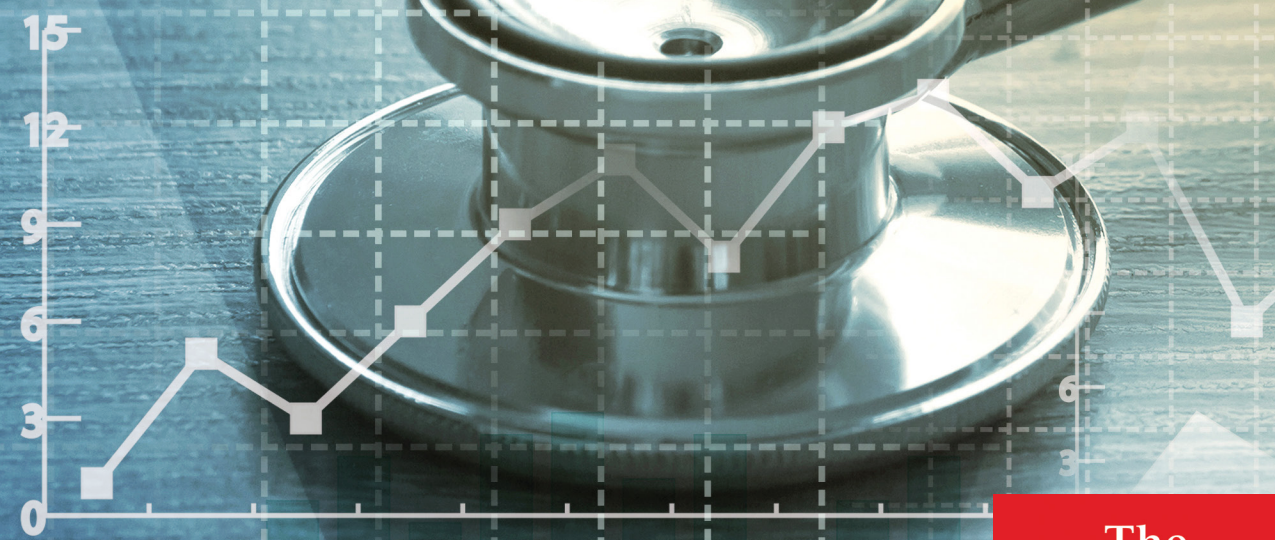
Tato plánovaná péče je pro nemocnice vždy lukrativnější. Jinými slovy, prokazatelná úroveň kvality může hospodaření nemocnice výrazně podpořit. Těž při výběrových řízeních na lůžkovou péči začínají veřejné zdravotní pojišťovny uplatňovat měřítka četnosti výkonů a jejich výsledků. V této nové situaci jsou pak investice do standardizace postupů a používání pomůcek, jež zlepšují výsledky léčby, vlastně velmi levným nástrojem, jak dlouhodobě stabilizovat dané zdravotnické zařízení.

Velká část českých nemocnic výše uvedené skutečnosti ještě nedoceňuje, ale benchmarking jasně potvrzuje, že nemocnice, které se staly bezpečnějšími a prokazují vyšší kvalitu poskytované péče, jsou efektivnější a celkově úspěšnější. Náklady investované do zavádění postupů podporujících tyto trendy se ve srovnání s celkovými provozními náklady zdravotnických zařízení zdají zanedbatelné: nepřesahují několik procent obrátu, a přitom mohou zásadně změnit postavení nemocnice nejen v daném regionu, ale i v celonárodním měřítku.



MUDr. Oldřich Šubrt, CSc., MBA
předseda správní rady
Academy of Health Care Management s.r.o.

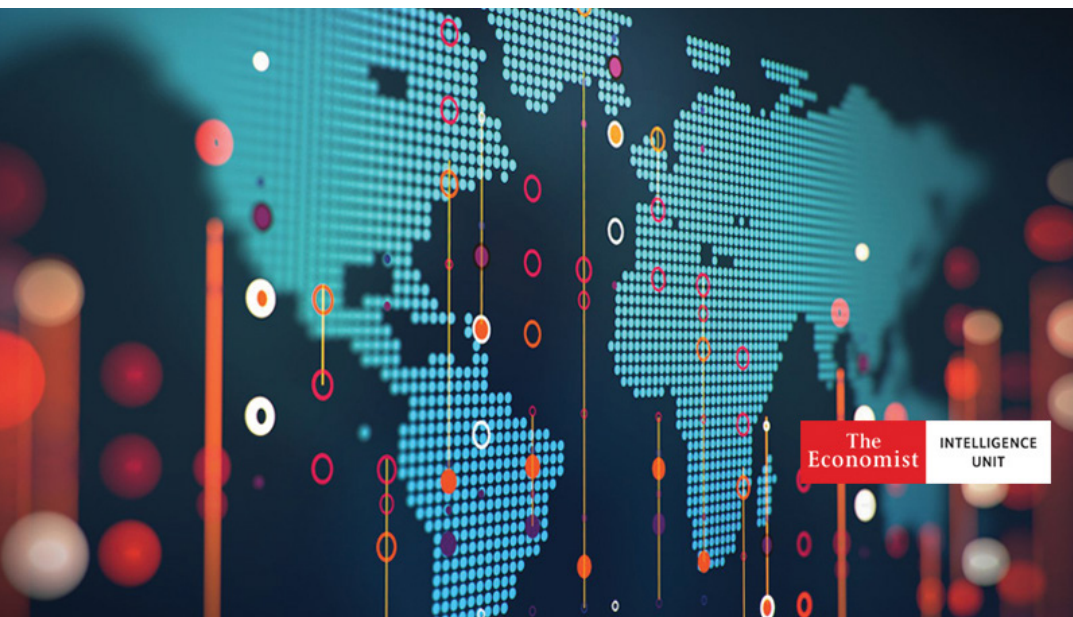
Jak hodnotí angličtí ekonomové české zdravotnictví?



The
Economist

INTELLIGENCE
UNIT

Renomovaná The Economist Intelligence Unit (EIU) provedla rychlou analýzu našeho zdravotnictví, sponzorovanou společností Novartis. Jejím hlavním sdělením je, že naším primárním problémem není absolutní nedostatek peněz ve zdravotnictví, ale nedodělaná transformace státního zdravotnictví do systému veřejného zdravotního pojištění.



Naši ctížadostí by mělo být pustit se do nutných reform, dokud nám zbývá čas, a problémy, na které musíme reagovat, nejsou neřešitelné. Jinak nám kvůli nedůslednosti a neochotě věci řešit vlak příležitosti nadobro ujede.

Nedotažené rozdělení kompetencí mezi ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovkami je ve výsledku odpovědné za nevhodnou strukturu poskytovatelů péče s nedostatečně funkční primární péčí, nadbytkem specialistů a nadužívanými nemocnicemi. Schází efektivní sdílení informací mezi jednotlivými vrstvami péče a tu nikdo nekoordinuje. Důsledkem toho je, že naši pacienti přicházejí do kontaktu se zdravotními službami dvakrát častěji, než je průměr EU, a počet pacientů, kteří místo k praktickému lékaři přímo do nemocnice, je ve srovnání s Evropou také dvojnásobný.

Autoři si všimají malé role HTA (Health Technology Assessment) při rozhodování o vstupu nových technologií do úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Částečně se využívá u léků, ale zcela schází v případě zdravotnických prostředků

a zdravotních výkonů. V diskusi o potřebě zvýšení efektivity financování zdravotnictví je zdůrazněno velmi nízké zapojení soukromých zdravotních prostředků, absence úhradových mechanismů podporujících kvalitu a efektivitu a již zmíněné nedostatečné vymezení rolí ministerstva a pojišťoven.

Je zajímavé, že při kritice nízkého podílu zdravotnických nákladů na HDP se u nás odvoláváme na 11,3 % sousedního, ale ne příliš efektivního Německa, a pomíjíme třeba Izrael, kterému shodně s námi stačí 7,4 %. A že to opravdu není chudinské zdravotnictví.

Ve svém závěrečném doporučení studie optimisticky konstatuje, že máme slibně nakročeno k modernizaci našeho zdravotnictví, a zdůrazňuje čtyři okruhy vyžadující speciální pozornost.

Prvním je HTA, abychom se mohli rozumně popasovat s novými technologiemi, druhým na pásce je reforma psychiatrické péče. Následuje důraz na co nejrychlejší rozvinutí elektronizace zdravotnictví a konečně to podstatné – zvýšit efektivitu financování. Neboť jak říkají Angličané: „You get what you pay for.“

Ze svého pohledu musím konstatovat, že autoři zprávy The Economist Intelligence Unit mají ve většině bodů pravdu.

České zdravotnictví je na jedné straně minimálně ve středoevropském regionu příkladem dobré dostupnosti potřebné zdravotní péče, na druhou stranu jsme si ještě nedořešili řadu problémů táhnoucích se od 90. let a jsme velmi pomalí v dalších změnách, ke kterým nás nutí měnící se zdravotní potřeby, nové technologie, stárnutí obyvatelstva a sociální změny.

Kdybychom měli nezaujatě říct, v jaké situaci se dnes české zdravotnictví nachází, mohli bychom konstatovat, že všechno tak nějak běží. Ano, ještě se nic nehroučí a stále na tom jsme (a nejspíš i nadále budeme) lépe než jiné země, které více než před čtvrtstoletím opustily model státem řízeného a vlastněného zdravotnictví.

Shrňme si dále pár výzev, které nás v nejbližší době čekají.

- V prvé řadě nelze pochybovat o tom, že raketový růst hospodářství, a tím i výběru pojistného nebude pokračovat donekonečna. Již dnes se trend obrací. Otázkou pouze je, jak rychle a jak hluboko křivky klesnou. Všichni, kdo si s radostí zvykli na vyjednávání o desetiprocentních růstech, se budou muset uskromnit.
- Vedle střednědobého ekonomického cyklu jsou zde pak ještě další, dlouhodobé a dopředu známé trendy, které budou pomalu, ale jistě zvyšovat nároky na výdaje a obslužnost zdravotního systému. Stárnutí populace i lékařů, zavádění stále dražších léků a technologií, nezlepšujících přitom významně

zdravotní stav populace, zvyšování právního povědomí o nárocích nyní téměř neomezených, konkurence bohatších systémů na pracovním trhu, vylidňování okrajových oblastí země atd.

- A také jedna zcela přízemní výzva. Posledních 15 let jsme si totiž nenápadně zvykli na drogu evropských dotací. Drogu, která nám bude už brzy odebrána. Jaký bude osud přístrojů, které jsme z darovaných peněz pořídili, až se dostanou na hranici životnosti? Kdo zaplatí obnovu? Jaký bude osud měkkých projektů, ze kterých dnes tryskají peníze jak v bonanze, neboť ani není za co je utratit, až nám velká matka zavře kohoutek? Kdo bude výstupy dál rozvíjet a za čí peníze? Co bude s najatými story, co s dotovanými úředníky?

Podívejme se nyní do minulosti a odpovězme si upřímně na otázku, jaký sofistikovaný recept na národní výzvy

jsme dosud na centrální úrovni aplikovali. Zvýšíme rozhodnutím vlády příspěvek státu na tzv. státní pojištění a peníze přerozdělíme podle toho, kde to nejvíc křičí. A když to nebude za dva roky stačit? Zvýšíme rozhodnutím vlády příspěvek státu na tzv. státní pojištění a peníze přerozdělíme, podle toho, kde to nejvíc křičí. Opravdu chceme takto štrychovat a předstírat řešení problémů donekonečna? Vždyť tento přístup není řešením, ale pravou podstatou problému.

Namísto nekonečného pytlíkování potřebujeme realizovat pokrokové změny. Takové, které by učinily systém méně zranitelným, efektivnějším, sofistikovanějším a výkonnějším. Odvaha a odhodlání k nim nám v posledních desetiletích citelně chyběly, blíží se však moment, kdy už nepřijde dál uhýbat. Naši ctížadostí by mělo být pustit se do nutných reform, dokud nám zbývá čas, a problémy, na které

musíme reagovat, nejsou neřešitelné. Jinak nám kvůli nedůslednosti a neochotě věci řešit vlak příležitosti nadobro ujede.

Závěrem se ještě vraťme ke studii EIU. Nejde o žádnou intelektuální ani informační bombu, navíc většina problematických aspektů je dlouhodobě známa. Nicméně vzhledem ke vzdálenému místu svého zrodu může studie posloužit jako dobrý podklad k zahájení debaty, zda a jak pohneme zdravotnictvím, poněvadž nelze popřít, že ne všechny zmíněné aspekty se daří přiměřeně řešit.



MUDr. Pavel Vepřek
zakladatel iniciativy
Zdravotnictví 2.0



Inkontinence: případová studie dokazuje, že špatným systémovým nastavením poškozujeme sami sebe

Rozhovor s Andreou Pisingerovou na toto téma můžete zhlédnout na www.kbehartmann.info.

Vraťme se v tomto závěrečném článku ještě jednou k tomu, co mohou znamenat ekonomie a efektivita v praxi. Jeden praktický příklad může pěkně ukázat, že dílčí přístup vede k úplně opačným rozhodnutím než přístup celostní. A že neochota měnit kvantitativní nastavení systému na kvalitativní se může negativně podepsat jak na kvantitě, tak na kvalitě.

Nejdříve si shrňme fakta, z nichž část již připomněly předcházející příspěvky. Zaprvé, neustále se setkáváme s tvrzením, že české zdravotnictví se potýká s podfinancovaností. Zadruhé, dalším tématem, které se stále skloňuje ve spojitosti se zdravotnictvím, je nedostatek personálu. Zatřetí, až 90 % zdravotníků a pomocného personálu, což je v České republice řádově 350 000 osob, trpí bolestmi zad.

Problém nedostatku pracovních sil, podfinancovanosti a bolestí zad může překvapivě pomoci řešit velmi konkrétní věc, například kvalitní inkontinenční pomůcka. (70 % osob ve formální i neformální péči je totiž inkontinentní a zejména lidé s těžkou inkontinencí jsou odkázáni na pomoc druhých, jelikož si nemohou pleny vyměňovat, což znamená značnou fyzickou i časovou zátěž pro personál.) Takové řešení máme k dispozici. Je efektivní i ekonomické. Naráží však na nepružnost a iracionální nastavení systému veřejných zakázek.

Nejedná se o fiktivní, ale naprosto skutečný příklad: společnost HARTMANN vyvinula novinku a pod názvem MoliCare Elastic ji uvedla na trh absorpčních pomůcek. Podle ergonomické studie¹ tento produkt umožňuje díky intuitivní a jednoduché aplikaci dosáhnout časové úspory přibližně

20 %, a zároveň také úspory fyzické námahy ošetřovatele asi 24 %. Další posun péče spočívá v tom, že tento prostředek přináší samotným uživatelům maximální pohodlí, dokonale se přizpůsobí tvaru těla i pohybům. Díky aktivní ochraně pokožky, rychleschnoucímu povrchu a unikátnímu savému jádru navíc tyto kalhotky zaručují zdravou pokožku, ochranu proti protečení i celkové pohodlí. Ze všech těchto důvodů dává 100 % pečovateli přednost MoliCare Elastic před standardními plenkovými kalhotkami a 96 % u nich oceňuje jednodušší a rychlejší aplikaci.

Všechno se tedy zdá jasné, ovšem až do momentu, kdy přijde výběrové řízení. Jeho výsledky se totiž v České republice vyhodnocují na základě jednoduše měřitelného, v mnoha ohledech ale nevhodného a dosti krátkozrakého kritéria, kterým je pořizovací cena. A protože kvalita se takřka nutně odráží na ceně, naše pomůcky mají citelně ztíženou pozici. Kupují se tak na první pohled levnější, v důsledku však mnohem dražší výrobky.

Jednotková cena HARTMANN pomůcek je logicky vyšší vzhledem ke kvalitě, ale ta nahrazuje kvantitu. Pomůcky s nízkou cenou za kus totiž mnohdy znamenají daleko větší spotřebu kusů, což v důsledku způsobuje:

1. častější protečení pomůcky vzhledem k její nižší savosti;
2. zatížení personálu, kde běžně namísto tří plen musí použít pět kusů;
3. zvýšení nákladů na péči o zralou pokožku seniora, která trpí a vyžaduje tak péči navíc, a to jak z hlediska času ošetřovatele, tak spotřeby léků a mastí.

Ve srovnání s MoliCare Premium Elastic je u konkurenčních produktů na aplikaci potřeba minimálně o 30 sekund za den na jednoho pacienta víc. Ročně to může znamenat „práci navíc“ v řádu 300 hodin na ošetřovatele.

Možná bychom se tedy měli začít opět řídit rčením, že nikdy nebudeme tak bohatí, abychom si mohli dovolit kupovat ty nejlevnější věci. Můžeme tak nejen zarazit zbytečné plýtvání, ale také vyřešit řadu problémů najednou.



Andrea Pisingerová
Marketing Manager
HARTMANN – RICO a.s.

(1) Zpráva o studii zaměřené na ergonomické hodnocení inkontinenčních produktů značky MoliCare (varianty A a B). Hlavní test: 5.–8. října 2015 v Dijonu ve Francii (W. Schneider, H. Mutschler, R. Haller, C. le Mathe). Při výpočtu úspory času se vychází z běžné praxe výměny pleny ve 2 lidech.

www.hartmann.cz

HARTMANN



O krok dál
pro zdraví