

1 | 2018

*in*SIGHT

SOUČASNOST A BUDOUCNOST ZDRAVOTNÍ PÉČE



4
**JAK DÁL V ČESKÉM
ZDRAVOTNICTVÍ?**

redakce

8
**AKREDITACE JAKO
CESTA KE ZVÝŠENÍ
KVALITY A BEZPEČÍ
ZDRAVOTNICKÉHO
ZAŘÍZENÍ**

David Marx

12
**JE CENA PŘI
VEŘEJNÝCH
ZAKÁZKÁCH
OPRAVDU
TO SPRÁVNÉ
KRITÉRIUM?**

Tomáš Groh

14
**JAK BUDE
REGULOVÁNA
CENA A ÚHRADA
ZDRAVOTNICKÝCH
PROSTŘEDKŮ?**

Pavel Vepřek, Jakub Král

18
**EXKURZE DO HISTORIE
ZDRAVOTNICKÝCH
PROSTŘEDKŮ**

redakce

20
**200 LET
S HARTMANN**

redakce

24
**SESTRA ROKU
2017**

redakce

28
**JAK NÁM
MŮŽE POMOCI
MĚŘENÍ KVALITY
ZDRAVOTNÍCH
SLUŽEB?**

Pavel Hroboň

30
**NEROZHODNUTÝ
ZÁPAS S BOLESTÍ:
STAV PALIATIVNÍ
PÉČE V RUSKU**

Nyuta Federmesserová

Vážené dámy, vážení pánové,

potřetí vás zdravím ze stránek magazínu InSIGHT a přináším krátkou ochutnávku toho, nač se můžete těšit.

Jako hlavní téma pro vás máme zajímavý a extrémně důležitý výhled do budoucnosti českého zdravotnictví. Jeho autorem je přímo ministr zdravotnictví v demisi Adam Vojtěch. V rámci projektu Zdravotnictví 2.0, jehož duchovním otcem je náš častý přispěvatel MUDr. Pavel Vepřek, ministr vystoupil a věnoval se aktuálním výhledům českého zdravotnictví. Témata, jako elektronický recept, transparentnost ministerstva a celého resortu, a taky to, co se nás týká přímo bytostně – úhradová vyhláška, to všechno v textu zmiňuje. Jaké má ministr představy o resortu zdravotnictví a jak hodlá postupovat dál, si podrobně můžete přečíst v čísle, které právě držíte.

K úhradové vyhlášce se ještě vrací ve svém příspěvku právě MUDr. Pavel Vepřek, ale přečíst si můžete také něco o tom, jak funguje akreditace a proč je ve zdravotnictví důležitá. S tím je spojeno i další téma, které rezonuje tímto číslem. Je jí kvalita poskytované péče. Jak se do ní promítne její pravidelné hodnocení? A jak je to s kvalitou paliativní péče například v Rusku?

Nechceme opomenout rovněž naše interní téma, kterým je oslava 200 let od vzniku společnosti. Je to tak trochu kontrast k tématu budoucnosti českého zdravotnictví, když oslavujeme tradici, minulost, na niž jsme hrdí. Ale protiklad je to jen zdánlivý. HARTMANN už 200 let posouvá zdravotnictví stále kupředu. Dělá to svými výrobky stejně jako svým přístupem k zákazníkům a partnerům. Šéf skupiny Andreas Joehle o tom ví své a vy si to můžete přečíst.

Poslední téma patří zdravotním sestřím. Zdravotnictví si asi nikdo z nás nedokáže představit bez kvalifikovaných a kompetentních zdravotních sester. HARTMANN je už léta partnerem soutěže Sestra roku a přistupuje k této události jako k možnosti poděkovat všem těm, které s touto náročnou profesí spojily svůj pracovní život. Reportáž z této slavnostní události najdete v čísle rovněž.

Přeji vám příjemné a přínosné čtení.



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: 500 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 dál v českém zdravotnictví?

Iniciativa Zdravotnictví 2.0. v čele s MUDr. Pavlem Vepřekem uspořádala 3. dubna exkluzivní diskuzi s českým ministrem zdravotnictví v demisi Adamem Vojtěchem. Téma Jak dál v českém zdravotnictví bylo zvoleno ku příležitosti ministrových 100 dní v úřadu. Co vše už stihl za tak krátký čas udělat a co má ještě v plánu?

Transparentní a otevřené ministerstvo

Na Ministerstvo zdravotnictví jsem přišel s jasnou vizí – udělat jej transparentnější a otevřenější. Začal jsem praktikovat tzv. politiku otevřených dveří. Jsem otevřený všem segmentům, nejen tomu nemocničnímu, jakkoliv nepopírám jeho důležitost.

V rámci transparentnosti jsem uveřejnil na webových stránkách ministerstva všechny své poradce. Přestože to někteří komentovali negativně, myslím, že je to správné. Rovněž jsme vytvořili portál poradních orgánů, včetně všech členů. Každý si tak bude moci ověřit, jak všechny komise rozhodují. Informace nebudou zveřejněny pouze v případech, že to tak bude vyžadovat zákon.

Proběhlo také druhé jednání s nově obnovenou Radou poskytovatelů. V rámci komunikativního ministerstva by mělo být jasné, že u kulatého stolu jsou přítomni opravdu všechny segmenty. Diskuze je někdy bouřlivá, ale je potřebná.

Stejně tak jsem ustanovil Vědeckou radu. Věnuje se výzkumu v oblasti zdravotnictví, ale i vzdělávání, měření

kvality péče, určuje doporučené klinické postupy apod. Je důležité opírat se o odborné rady. Rovněž však neopomíjíme Radu pacientů. Myslím, že ta spolupráce je dobře nastavena. Pacienti jsou zapojeni do různých pracovních skupin a mají možnost se vyjádřit ke všem jednáním.

Otevřel jsem komunikaci s oběma spolky mladých lékařů. Měl jsem pocit, že celá komunikace ohledně vzdělávání je vedena na úrovni profesorů a dalších akademických kantorů, což, při vší úctě, nestačí. Vzdělávání je i o mladých lékařích, právě oni mají co říct. Snažím se také udělat pořádek v hospodaření a zlepšit personální situaci na ministerstvu. Bez těch lidí totiž nikdy nedokončíme úkoly, které jsme si stanovili. Zavedli jsme také zásady transparentního hospodaření pro organizace přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví, například jasná pravidla pro tzv. zpětné bonusy. Chceme, aby tyto zpětné bonusy byly vedeny na analytickém účtu nemocnic a aby byly kontrolovatelné. Chceme také evidovat a kontrolovat veřejné zakázky, což se doteď na ministerstvu nedělo. Doposud ani neexistovala žádná pravidla o přidělování dotací. Opět bych chtěl, aby zde fungoval alespoň vzdálený model HTA pro posuzování nákladové efektivity, potřeby, které investice apod.

Do dalšího roku je toho v plánu opravdu hodně. Mezi ty nejdůležitější patří nový zákon o veřejném zdravotním pojištění, nastavení flexibilnějšího systému stanovování cen a úhrad léků, podpora venkovských lékáren apod.



Klíčové priority

E-recept

E-recept je projekt, který jsem zdědil už v nějaké fázi. Je podle mě dobře, že se podařilo odložit sankce za nepředepisování elektronického receptu, to vytvořilo prostor pro adaptaci. Je ale pravdou, že ten systém opravdu funguje. Za březen máme asi 5 milionů elektronických receptů a měsíc od měsíce se počet zvyšuje. Nechali jsme si také udělat průzkum veřejného mínění a zjistili jsme, že drtivá většina občanů e-recept podporuje. Chceme systém dále zdokonalovat, například aby do budoucna bylo možné skrze e-recept sdílet lékový záznam pacienta, kontrolovat duplicitu při předepisování léků apod. Chceme celkově urychlit rozvoj e-health v ČR.

Úhrada zdravotnických prostředků na poukaz

Ústavní soud loni v červnu shledal současnou úpravu zákona o úhradě zdravotnických prostředků nedostatečnou a dal nám čas do konce tohoto roku na jeho úpravu. Strávili jsme tím desítky hodin práce, do práce se zapojila spousta různých zájmových skupin, ale návrh je připraven. V současné době je v mezirezortním připomínkovém řízení a děláme vše pro to, aby byl zákon do konce roku ve Sbírce zákonů.

Navyšování prostředků

Obecným zájmem je samozřejmě zvyšování kvality péče, s čímž souvisí navyšování prostředků. Chceme zlepšit místní a časovou dostupnost zdravotní péče, posílit zodpovědnosti zdravotních pojišťoven, zlepšit organizaci zdravotní péče apod.

Co se povedlo

Velmi dobře je oceňována otázka snížení administrativy, zejména nelékařských pracovníků. Připravili jsme novelu vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která je teď v připomínkovém řízení, ale blížíme se k závěru. Některé zdravotní sestry komentovaly tuto novelu jako nejlepší věc, kterou za posledních 20 let viděly. Výrazně omezujeme ošetřovatelskou dokumentaci, necháváme to více na nich.

Z podnětů pacientů a starostů víme, že je problém v dostupnosti stomatologických služeb. Nabízíme tedy dotaci až 1,2 milionu korun za určitých podmínek pro zubaře, kteří otevřou svou ordinaci v odlehlých oblastech. Snažíme se na to jako ministerstvo zaměřit, přestože je to odpovědnost zdravotních pojišťoven, které prostředky mají.

O reformě psychiatrické péče se mluví už dlouho, ale zatím bez posunu. Minulý týden jsme představili projekt Centra duševního zdraví. Cílem je přesunout těžiště psychiatrické péče z velkých nemocnic blíže k lidem tak, aby péče byla poskytována na komunitní úrovni. Těch kroků bude celá řada, reforma bude trvat několik desítek let, ale myslím, že je to podstatné k dosažení vyšší kvality těchto zdravotních služeb.

Další věc je podpora paliativní péče v nemocnicích. Rozjeli jsme projekt, jehož cílem je vybudovat alespoň 5 pilotních nemocnic do roku 2025, které budou plně využívat kvalitní paliativní péče. 75 % pacientů umírá v nemocnicích, to je poměrně vysoké číslo. Je ale důležité podporovat i domácí paliativní péči. Myslím si, že máme tuto síť dobře saturovanou.

Za naprosto klíčové považuji podívat se novým pohledem na primární péči. Byla to první otázka, na kterou jsem se zaměřil po svém nástupu. Vytvořili jsme pracovní skupinu pro reformu primární péče, která nám už dokonce dodala první výstupy.

Musíme samozřejmě řešit i nedostatek lékařů. Spolupracujeme s MŠMT a LF a rozvíjíme desetiletý akční plán na zvýšení počtu studentů. Tento plán by měl postoupit na vládu ještě v tomto pololetí.

Úhradová vyhláška 2019

Snažím se k tomuto procesu přistupovat jinak než mi předchůdci. Cílem je dosáhnout dohody ve většině segmentů. Doufám, že dohoda bude oproti předchozím létům více a že ministerstvo do toho nebude muset zasahovat. Dokud budu ministrem, nebudu preferovat žádný segment před ostatními, stejně tak je to v případě navyšování úhrad.

Z hlediska navyšování úhrad je dle mého nutné současně navyšovat kvalitu péče. To je úkol pro zdravotní pojišťovny – aby jednotlivé segmenty přinesly vlastní návrhy a byly méně pasivní než doposud.

Plány do roku 2019

Do dalšího roku je toho v plánu opravdu hodně. Mezi ty nejdůležitější patří nový zákon o veřejném zdravotním pojištění, nastavení flexibilnějšího systému stanovování cen a úhrad léků, podpora venkovských lékáren apod. V rámci nové koncepce zdravotních pojišťoven chceme definovat roli VZP a odpolitizovat ji. Dlouhodobým plánem je také zavedení systematického měření, hodnocení a zveřejňování kvality zdravotní péče. Tyto plány však nestihneme zrealizovat ani za měsíc, ani za rok. Jedno volební období by bylo ideální.

Dokud budu ministrem, nebudu preferovat žádný segment před ostatními, stejně tak je to v případě navyšování úhrad.





Akreditace jako cesta ke zvýšení kvality a bezpečí zdravotnického zařízení

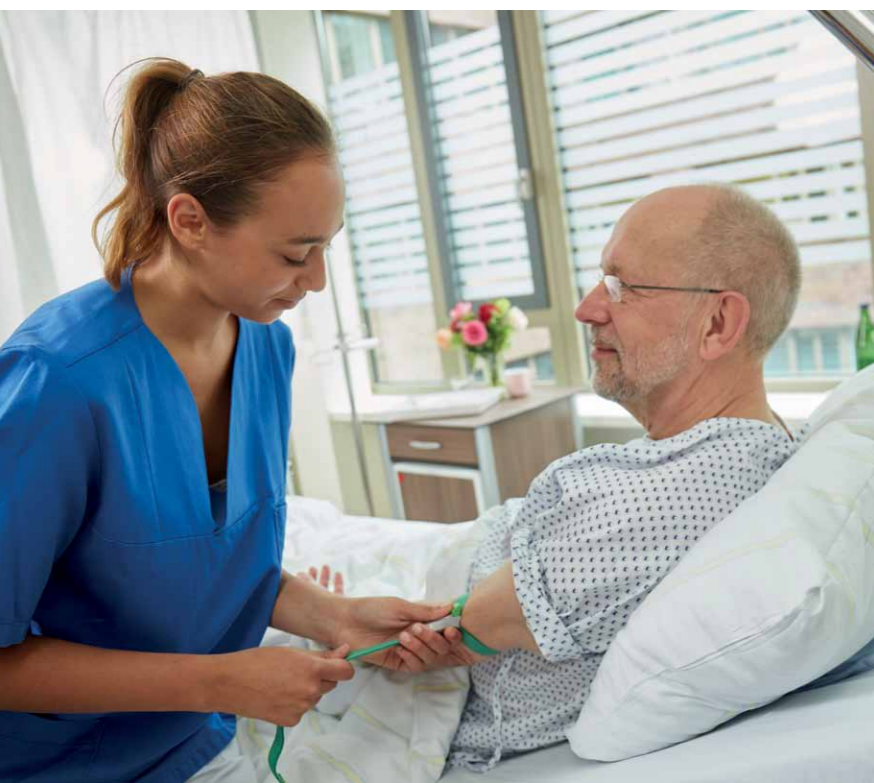
Dle odhadů Světové zdravotnické organizace se celosvětové náklady na zdravotní péči pohybují okolo 7,2 triliónu dolarů. Faktory vedoucí k nárůstu nákladů jsou v rozvinutých státech známé – podílí se na něm stárnutí populace, technologický pokrok, narůstající počet poskytovatelů zdravotní péče i rostoucí očekávání pacientů. Kontrola nákladů na zdravotní péči s použitím různých nástrojů představuje prioritu reformních snah již od 80. let 20. století, od konce minulého tisíciletí tvoří druhý pilíř reforem řízení kvality a bezpečí zdravotní péče. Počáteční snahy o management kvality pomocí sebehodnocení bylo (a stále je) nahrazováno systémy nezávislé externí kontroly specializovanými na zdravotnictví.

V českém zdravotnictví působí od roku 1998 jako instituce provádějící externí kontrolu zdravotnických zařízení Spojená akreditační komise, o. p. s. (SAK). SAK vznikla jako výstup projektu, jehož cílem bylo vytvořit pro země bývalého východního bloku nástroj k hodnocení a trvalému zvyšování kvality a bezpečí původně v nemocnicích, posléze i v dalších lůžkových i ambulantních zařízeních.

Inspirací pro český systém byla Joint Commission v USA – instituce, která se akreditací zabývá od roku 1917 a od roku 1998 provádí mezinárodní akreditace. Logicky nebylo možné převzít jednotlivé standardy, ale princip procesního řízení a zejména posuzování toho, zda se činnosti popsané ve vnitřních normách daného zařízení provádějí přímo v praxi, u lůžka nemocného, to zůstalo dodneška základem akreditačního šetření. Standardy SAK i metodika auditů byly vypracovány v souladu s požadavky Mezinárodní společnosti pro kvalitu ve zdravotnictví – ISQuA.

Standardy SAK jsou rozděleny do dvou skupin – v klinické části jsou obsaženy požadavky týkající se dostupnosti a kontinuity zdravotní péče, postupů při vyšetřování pacientů, při plánování péče a jejím provádění, nutriční péče, dále pak proces skladování, ordinace a podávání léků a léčiv, oblasti dodržování práv pacientů a jejich informování a postupů při prevenci infekcí. Druhá část se věnuje systému řízení daného zařízení a technickým podmínkám poskytování zdravotní péče. Sem patří jednak popis systému řízení a předávání informací, jejich ochrana, dále pak oblast technického, stavebního a provozního bezpečí daného zařízení (důležitá je zejména oblast protipožárních opatření). Další oblastí je řízení lidských zdrojů, tedy prověření, že v daném zařízení pracují jen osoby, které mají příslušné kompetence.

Akreditace SAK vychází z principu kontinuálního zvyšování kvality řízeného na základě sběru dat, je tedy logické, že standardy obsahují samostatnou kapitolu věnovanou řízení kvality a bezpečí. Akreditované zařízení je povinno zavést systém hlášení tzv. nežádoucích událostí – tedy poškození pacientů nebo rizik těchto poškození. Další povinností je sledovat ukazatele kvality ve stanovených oblastech. Poté, co Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhlásilo v roce 2009 Resortní bezpečnostní cíle, bylo jejich dodržování zahrnuto do akreditačních standardů s tím, že pro každý z nich je třeba sledovat jeden ukazatel. Ve shodě se zahraniční praxí sleduje SAK při auditech průkazný trend zvyšování kvality na základě intervencí posuzovaného zařízení. V současné době úspěšně absolvovalo akreditaci SAK více než 100 zdravotnických zařízení v ČR a na Slovensku – jak lůžkových, tak poliklinik a jednotlivých ambulancí. Zajímavostí je i nově zaváděná akreditace pro pracoviště Zdravotnické záchranné služby a pro posuzování zdravotní péče poskytované v oblasti sociálních služeb.



Nepochybným přínosem úspěšné akreditace je zvýšení bezpečí při poskytování péče o pacienty, snížení forenzního rizika pro poskytovatele a vyšší spokojenost personálu i klientů vyplývající z jasného nastavení procesů.

Vlastní akreditační šetření obvykle provádějí 2-3 osoby. Většinou je to lékař nebo sestra a auditor-technik. Všichni musí mít dostatečnou kvalifikaci a minimálně desetiletou praxi ve zdravotnictví. SAK školí zájemce o spolupráci jednak teoreticky, jednak musí každý z nich absolvovat akreditační šetření jako pozorovatel a minimálně jedno provádět pod dohledem. Vzhledem k dostatečnému počtu spolupracovníků není problém zajistit vždy specialisty z jiného regionu, než je sídlo posuzovaného zařízení, aby nedošlo ke konfliktu zájmů.

V úvodu šetření se auditori seznámí s vnitřními předpisy daného zařízení. V rozporu s často šířeným mýtem zdaleka ne pro všechny standardy je nutno vypracovat samostatný předpis, zejména v následné péči a v zařízeních sociálních služeb lze jedním předpisem obvykle

řešit požadavky několika standardů či celé kapitoly. Dále pak auditori přímo v klinických provozech posuzují, zda péče o pacienty odpovídá vnitřním předpisům zařízení – standardy nejsou nijak preskriptivní a vlastní popis procesů nechávají na daném zařízení, vždy v rámci existujících legislativních mantinelů. Auditor-technik se věnuje posouzení nezdravotnických činností včetně stravovacího provozu, manipulace s odpady, použití zdravotnických přístrojů a posouzení protipožárních opatření. SAK pracuje tzv. metodou Stopař, kdy si auditor vybere pacienta a sleduje (stopuje) veškerou péči jemu poskytnutou – jednak studiem dokumentace, rozhovorem s pacientem a s pracovníky nemocnice i přímým pozorováním procesu poskytování péče.

Velký důraz se při akreditačním šetření klade na dodržování důstojnosti, soukromí pacientů a ochranu citlivých údajů, a to jak při běžné péči o ně, tak při konkrétních zdravotnických výkonech. V průběhu celého šetření auditori též posuzují, jak pracovníci dodržují hygienická opatření, hlavně důslednou hygienu rukou.

Nejen v České republice, ale i v zahraničí se často ozývá kritika akreditačních procesů jako činnosti bez jasné efektivity, která zahrnuje personál zbytečnou administrativou. Ačkoliv je logické, že tak komplikovaný systém jako zdravotnické zařízení nelze kvalitně řídit bez jasně definovaných vnitřních předpisů a že bez účinné dokumentace poskytnuté péče vzniká riziko jejího nekonzistentního poskytování a riziko pro pacienty, vyplývá ze zkušeností SAK, že řada zdravotnických zařízení je často „papežštější než papež“ při vyžadování administrativních povinností jdoucích nad rámec požadavků vlastních akreditačních standardů. V rámci konzultační podpory i vzdělávacích seminářů se SAK snaží držet míru administrativní zátěže na optimu.

Nepochybným přínosem úspěšné akreditace je zvýšení bezpečí při poskytování péče o pacienty, snížení forenzního rizika pro poskytovatele a vyšší spokojenost personálu i klientů vyplývající z jasného nastavení procesů. Zanedbatelný není ani přínos v oblasti sběru dat umožňující jasně prezentovat aktuální stav i zlepšující se trend v oblasti kvality a bezpečí daného zařízení.

Snahou SAK do budoucna je dosáhnout toho, aby zařízení, která úspěšně a opakovaně akreditačním šetřením prošla, byla bonifikaována plátcí – tak, jak tomu je v řadě zemí Evropské unie i mimo ni.



MUDr. David Marx, Ph.D.
ředitel Spojené akreditační komise, o. p. s.
www.sakcr.cz

Veroval® TLAKOMĚŘ S EKG

HARTMANN



O krok dál
pro zdraví



NOVINKA

Je lepší vědět, v jaké kondici je Váš krevní tlak a srdce

Každodenní práce pod stresem zatěžuje lidský organismus. Proto je dobré mít své zdraví pod kontrolou. Kombinovaný přístroj **Veroval® tlakoměr s EKG 2-v-1** je vhodnou součástí prevence mozkové mrtvice a infarktu myokardu.



Srdeční rytmus lze zaznamenat za pouhých 30 sekund – kdekoli a kdykoliv



Okamžité zobrazení výsledku pomocí přehledných ikon



Jednoduché ukládání a analýza dat pomocí softwaru Veroval® medi.connect

www.hartmann.cz

Je cena při veřejných zakázkách opravdu to správné kritérium?



Nákupy zdravotnických prostředků ovlivňuje řada faktorů, které se vzájemně prolínají. Tím hlavním faktorem je samozřejmě platná legislativa a významnou roli hrají rovněž interní předpisy jednotlivých zařízení. Komplexita poskytovaných služeb, vlastní obchodní a nákupní strategie a procesní nastavení při plnění zakázek hrají významnou roli jak při analýze potřeb, kvalifikaci jednotlivých dodavatelů, tak při konečném vyhodnocování zakázek.

Co se týká legislativy, zákon se vztahuje pouze na zakázky od 2 mil. Kč bez DPH. Ve většině případů se dodavatelům týká mix zakázek, tedy jak zakázky nad 2 mil. Kč, tak zakázky menší. Mnohdy se zadavatelé limitují vlastními podzákonnými předpisy (směrnice, interní metodiky apod.), které zadávání zakázek dále upravují a jsou ještě přísnější než zákon. Často se jedná o povinnost stanovit jako jediné kritérium cenu, což omezuje zadavatele ve volnosti při parametrizaci zakázek ve vztahu k celkové efektivitě nákupů. Dnešní znění zákona nabízí zadavatelům možnost vybrat ekonomicky nejvýhodnější nabídku, nicméně tato nadbytečná omezení mají negativní dopad na kvalitu nákupů.

Podzákonné předpisy jako brzda efektivity

Do jaké úrovně detailu je opravdu potřebné a smysluplné mít nákupy upraveny dalšími podzákonnými předpisy? Právě obavy z pochybení při zadávání veřejných zakázek jsou často brzdou případného dosažení vyšší celkové výhodnosti nákupních rozhodnutí. Mnoho nákupčích si uvědomuje tlak managementu na cenu a zároveň odolává tlaku zdravotnického personálu na kvalitu výrobků. Má-li nákupčí zvážit hypotetická rizika, námitky dodavatelů, zrušení soutěže, udělení sankce ze strany ÚOHS, zvolí často raději cestu „předběžné opatrnosti“ a definuje jako hlavní a jediné kritérium pro výběr nejvhodnější nabídky nejvyšší

cenu. Uchazeči to nenapadají, sestry a lékaři si nakonec na produkt s nejnižší cenou nějak zvyknou.

Co se může zdát jako efektivní, je z pohledu celkové ekonomičnosti zásadním omylem. Co je předmětem nákupu? Vybrat nejlevnější variantu nebo nabídku, která bude pro pacienty zajišťovat kvalitní péči a pro zdravotnický personál jednoduché používání, které uspoří čas a přispěje k minimalizaci chyb?

Interakce mezi dodavateli a zadavateli kultivuje tržní prostředí

Zadavatelé dnes mohou před zadáním zakázky provést předběžnou tržní konzultaci (zákonný institut), kdy zdravotnická zařízení osloví dodavatele, a ti jim představí nabízené výrobky, obchodní podmínky, inovace a další faktory. Z podstaty věci není reálné, aby organizace, nakupující tisíce položek, byla odborníkem na všechny potřebné produkty. Právě tyto konzultace jim mohou poskytnout návod, který bude mít pro zařízení jak medicínský, tak ekonomický přínos. Většina zadavatelů však tuto možnost nevyužívá.

Výsledkem tržní konzultace je zároveň edukace, která pomůže kultivovat nákupní a prodejní prostředí. Dodavatelé budou lépe znát potřeby konkrétních zadavatelů a nákupčí budou mít informace, které jim umožní vyjít vstříc potřebě

bám personálu a zároveň rozeznat rozdíly u jednotlivých konkurenčních komodit. Cena jako hlavní hodnotící kritérium může mít své místo u některých komodit. Mnohdy však kvůli méně kvalitnímu materiálu nastává situace, kdy se počet kusů soutěženého spotřebního materiálu nakonec reálně zvýší, což zakázku prodraží. Pozornost je potřeba věnovat nejen zásadám, které jsou definované v zákoně (proporcionality, transparentnosti, rovné zacházení a nediskriminace), ale rovněž klást důraz na celkovou efektivnost a hospodárnost.

Přidaná hodnota pro zadavatele

Pro dodržení těchto zásad je nezbytná analýza reálných potřeb, nikoliv pouze s ohledem na nákupy v předchozích letech. Je potřeba reálně zhodnotit aktuální a budoucí potřeby a definovat si správné parametry. Faktory, zjednodušeně řečeno „bez kterých zadavatel dokáže žít“, mají často ve výsledku přidanou hodnotu, která je pro zadavatele důležitá. Ta se pak projeví ve vyšší úrovni kvality péče a celkové ekonomické úspoře v rámci poskytované péče.



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

Jak bude regulována cena a úhrada zdravotnických prostředků?

Zatímco u léků definuje zákon o veřejném zdravotním pojištění celkem jasné proces, kterým se SÚKL dobere stanovení maximální ceny, výše úhrady a preskripčních omezení, ke zdravotnickým prostředkům přistupuje s daleko větší laxností. Novela zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, která upravuje hrazení zdravotnických prostředků vydávaných na poukaz má vstoupit v platnost 1. ledna 2019. Pokud nebude zákon schválen, hrozí, že pojištěnci budou už v příštím roce zatíženi spoluúčastí ve výši 25 procent z ceny každého poukazového zdravotnického prostředku. Jak nahlíží na úhradovou problematiku zakladatel iniciativy Zdravnictví 2.0 Pavel Vepřek a poradce ministra zdravotnictví ČR Jakub Král?

Ekonomicky racionální systém otevřený vstupu nových technologií

V lůžkové péči je nejekonomičtější zdravotnický prostředek hrazen plně, prostředky vyjmenované v příloze zákona jsou v ambulantní péči hrazeny do výše stanoveného limitu a ty v ní neuvedené jsou hrazeny ze 75 %. Pro reálný ekonomický život je to málo vymezující, a tak skutečné rozhodování o tom, jaký zdravotnický prostředek dostaneme, se odehrává na úrovni zdravotních pojišťoven a následně v nemocnicích a ordinacích lékařů.

Ve zdravotních pojišťovnách se nástrojem regulace staly císelníky, ve kterých je výše úhrady zdravotnického prostředku nastavena dle ceny jeho nejméně ekonomicky náročné varianty zjištěné průzkumem trhu. Regulaci na úrovni lékařů tvoří limity nastavené podle historických nákladů a doktory straší penalizace při jejich překročení. V loňském květnu zrušil Ústavní soud institut ekonomicky nejméně náročné varianty i průzkumu trhu s účinností od začátku příštího roku.

Cílem nové právní úpravy je popsání procesu, kterým státní autorita, v tomto případě nejspíše také SÚKL, nastaví zdravotnickému prostředku úhradu. Záměr stejný jako u léčiv,

ale provedení musí respektovat zásadní odlišnosti zdravotnických prostředků od léčiv. Vzhledem k tomu, že mají kratší životní cyklus, problematickou patentovou ochranu, vlastnosti obtížněji srovnatelné a jako skupina jsou velmi heterogenní, tak i celý proces musí být jednodušší, pružnější a sofistikované hodnocení užívat jen opravdu tam, kde to má smysl. Cílem je systém, ve kterém budeme mít jasně vymezený nárok a finanční limity, který bude jak ekonomicky racionální, tak otevřený vstupu nových technologií. Návrh zákona v paragrafovém znění je v současné době proklápán v připomínkovém řízení a podle většinových ohlasů se zdá, že byl uchopen správně. Přispělo k tomu i nebyvalé zapojení patientských skupin při jeho tvorbě.

Je to taková dobrá ukázka způsobu, jak my v Česku řešíme problémy. Dlouho je zametáme pod koberec a tlučeme po hlavách ty, kteří chtějí něco dělat. Pak padne kosa na kámen a najednou to klope jako z partesu.



MUDr. Pavel Vepřek
zakladatel iniciativy Zdravotnictví 2.0

Bořit umí každý, tvořit jen někdo

Problematika zdravotnických prostředků hrazených na poukaz (berle, vozíky, proužky na měření glykémie, pomůcky pro stomiky atd.) byla vždy spíše popelkou stojící opodál, neboť z hlediska nákladů veřejného zdravotního pojištění představuje relativně marginální položku oscilující kolem 7 mld. Kč ročně. V minulosti se sice opakovaně objevila kritika, že systém je nefunkční, nespravedlivý a netransparentní, avšak když někdo přišel s novou koncepcí, ať již byla jakákoliv, vždy se našlo dost bořičů, kteří dokázali smést návrh ze stolu. Tentokrát je však situace zásadně odlišná, neboť nálezy Ústavního soudu dostávají všechny dotčené strany do pozice, kdy nepřijetí nové právní úpravy bude jejich porážkou. Přestože mají zdravotní pojišťovny, pacienti, odborné společnosti, profesní komory či průmyslové asociace různorodé zájmy, nyní zasedli za jednacím stůl a chovají se velmi konstruktivně. Možná je to i tím, že si nikdo nepřeje, aby 1. 1. 2019 prohráli všichni. K této myšlence se ještě dále vrátím, nicméně považuji za důležité zrekapitulovat i dosavadní vývoj, a to hned ze dvou důvodů. Za prvé se nyní v terénu účelově interpretuje fakt, proč se do cíle nedostal tzv. sněmovní tisk 88 a se překrucuje i to, co řekl (resp. napsal) Ústavní soud, či dokonce, jak přesně rozhodl.

V letech 2011–2013 fungovala na Ministerstvu zdravotnictví Pracovní skupina pro kategorizaci a úhradovou regulaci zdravotnických prostředků. Účastnily se jí zdravotní pojiš-

ťovny, odborné společnosti, profesní komory i průmyslové asociace. Výsledkem jednání byl tzv. kategorizační strom, který byl následně zakomponován do novely zákona o veřejném zdravotním pojištění. Materiál schválila vláda Petra Nečase, než ho ale stihla projednat Poslanecká sněmovna PČR, došlo k vládní krizi, padla vláda a poslanecká sněmovna se rozpustila. Úřednická vláda Jiřího Rusnoka identický návrh opět schválila a poslala jej znovu do poslanecké sněmovny. Zde byl návrh přijat všemi přítomnými poslanci v prvním čtení, avšak před druhým čtením (na počátku roku 2014) nastoupila vláda Bohuslava Sobotky a ta danou novelu stáhla z projednávání s tím, že je vůči pacientům příliš benevolentní, bere zdravotním pojišťovnám kompetenci provádět průzkumy trhu a stanovovat ekonomicky nejméně náročné varianty, v důsledku čehož hrozí navýšení nákladů systému veřejného zdravotního pojištění až o 1 mld. Kč ročně.

V roce 2015 podala skupina senátorek a senátorů návrh Ústavnímu soudu, aby zrušil právě institutu průzkumu trhu a ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotnického prostředku. V létě 2015 představil tehdejší ministr Svatopluk Němeček úplně nový koncept úhradové regulace zdravotnických prostředků, který byl téměř absolutní kopií úhradové regulace léčiv. Zásadní odlišnosti v oblasti zdravotnických prostředků, absence potřebných dat a celková neproveditelnost a administrativní náročnost této koncepce vedly k okamžitému zániku daného materiálu, který neprošel ani vnitřním připomínkovým řízením. V květnu 2017 nařídil Ústavní soud veřejně projednání návrhu senátorek a senátorů, kde se mj. velmi zajímal o reálnou praxi zdravotních pojišťoven. V červnu 2017 vydal Ústavní soud nález, kterým kompletně zrušil oba napadené instituty s účinností ke konci roku 2018. Dal tedy zákonodárcům cca rok a půl času na přípravu nové právní úpravy.

Během celé druhé poloviny roku 2017 nevzniklo v této oblasti nic víc než první draft RIA (analýza dopadů různých variant řešení). Po nástupu ministra Adama Vojtěcha byla během několika dnů obnovena Pracovní skupina pro kategorizaci a úhradovou regulaci. Nově do ní byly zapojeny Pacientská rada MZ, Národní rada osob se zdravotním postižením a Koalice pro zdraví. Během několika jednání v rozpětí necelého měsíce se podařilo dosáhnout shody drtivé většiny zástupců odborné veřejnosti na finální podobě tezí budoucí úhradové regulace zdravotnických prostředků. Ministerstvo zdravotnictví si nechalo stanoviska všech stakeholderů potvrdit i písemně, aby nedošlo k tomu, že se v šibeničných termínech zpracuje celá koncepce, včetně paragrafového znění, a poté se v poslanecké sněmovně ozvou klíčoví stakeholderi, že zásadně nesouhlasí se základními principy nové právní úpravy. Bylo to tedy pojato ve stylu „protestujte nyní, pokud tak nečiníte, pomlčte (resp. souhlaste) i na konci legislativního procesu“. To samozřejmě nebrání tomu, aby se v celém legislativním procesu ladily detaily a činily parametrické změny. V rámci Pacientské rady MZ vznikly dvě ad hoc pracovní skupiny. První ke kategorizaci zdravotnických prostředků a druhá k revizi nároku pojištěnců v oblasti tzv. zdravotně-sociálního pomezí.

Ministerstvo zdravotnictví usiluje o naplnění následujícího harmonogramu legislativního procesu:

březen až duben 2018	květen 2018	červen 2018	říjen 2018	1. 1. 2019
meziřesortní připomínkové řízení	předložení pracovním skupinám LRV	předložení vládě	Senát PČR	účinnost

Do konce ledna se podařilo zpracovat kompletní paragrafové znění nové koncepce, a to bylo následně rozesláno do vnitřního připomínkového řízení. Připomínková místa již doručila své připomínky, přičemž většina z nich je velmi konstruktivních. Zásadní nesouhlas s koncepcí vyjádřilo jen Grémium majitelů lékáren, které však nebylo ve vnitřním připomínkovém řízení samostatně osloveno, neboť provozovatelů lékáren se týká pouze obchodní přírážka, která však není součástí dané novely, dokonce ani součástí předmětného zákona. Navíc ostatní lékárenské segmenty koncepci jednoznačně podpořily (pochopitelně s konstruktivními připomínkami) a aktivně se podílejí na jejím vzniku. Současně byli zástupci odborné veřejnosti požádáni o komplexní aktualizaci a revizi kategorizačního stromu. Nyní se připravuje vypořádání celého vnitřního připomínkového řízení. Koncepce již byla s pozitivním ohlasem představena členům Výboru pro zdravotnictví PS PČR a současně se připravuje kulatý stůl pro členy Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku v Senátu PČR.

Ministerstvo zdravotnictví při přípravě budoucí úhradové regulace zdravotnických prostředků hrazených na poukaz sleduje především následující cíle:

- naplnění požadavků Ústavního soudu na zakotvení konkrétního nároku pacienta přímo v zákoně;
- dosažení nezbytné úrovně transparentnosti, zapojení všech dotčených stran a zavedení opravných prostředků;
- proveditelnost a přiměřená administrativní zátěž jak pro administrující instituci, tak pro regulované subjekty;
- zabránění rigidnímu modelu, který neumožní pružné reakce na změny cenové hladiny na trhu;
- snaha o nenavýšení nákladů systému zdravotního pojištění.

Na přípravě koncepce se kromě Ministerstva zdravotnictví intenzivně podílejí subjekty Státní ústav pro kontrolu léčiv, všechny zdravotní pojišťovny, odborné společnosti (rozesílání všech podkladů, koordinaci a komunikaci zajišťuje ČLS JEP), Pacientská rada MZ, zastřešující pacientské organizace, profesní komory (ČLK, ČLnK i ČŠK) a průmyslové asociace.

Pracovní skupina pro kategorizaci a úhradovou regulaci zdravotnických prostředků se drtivou většinou svých členů shodla na následujících principech budoucí právní úpravy:

červen 2018

Poslanecká sněmovna PČR – první čtení ideálně již červen

- kategorizační strom v příloze zákona;
- preskripční, indikační, množství a frekvenční limity v příloze zákona;
- úhradové limity v příloze zákona;
- agendu bude administrovat Státní ústav pro kontrolu léčiv;
- případná odvolání bude řešit Ministerstvo zdravotnictví, přezkum ve správním soudnictví;
- ohlašovací princip (možnost předběžného stanoviska i zpochybnění);
- Státní ústav pro kontrolu léčiv řeší ve správním řízení jen excesy (cca 5 až 10 % agendy);
- publikace formou seznamu zdravotnických prostředků hrazených na poukaz;
- DNC (dvě formy – dorovnání ceny, snížení úhrady zaměnitelných zdravotnických prostředků);
- cenová soutěž (snížení úhrady zaměnitelných zdravotnických prostředků).

Z nastíněných tezí je zřejmé, že je navržen hybridní režim přinášející jasně garantovaný nárok pojištěnce jak z hlediska spektra poskytovaných pomůcek, tak z pohledu všech úhradových limitací, jenž však v sobě současně obsahuje dva nástroje umožňující flexibilně reagovat na cenové poklesy na trhu. Podrobnosti takto stručně představené koncepce budou nyní důkladně diskutovány na mnoha odborných fórech, aby se minimalizovaly komunikační šumy a společně se nám podařilo dosáhnout aplikovatelné, funkční a transparentní právní úpravy, která nastaví rovné podmínky pro všechny dotčené strany. Hlavní je vyvarovat se situace, kdy „spadne“ velká část zdravotnických prostředků do režimu 25 % doplatku a současně budou moci dodavatelé prakticky bez omezení navýšovat ceny. To by paradoxně vedlo jak k navýšení nákladů systému veřejného zdravotního pojištění, tak k nárůstu spoluúčasti na straně pojištěnců. Pevně tedy věřím, že všichni ocení velmi otevřený a transparentní přístup Ministerstva zdravotnictví a konstruktivně přispějí k dopracování nové právní úpravy. Bořit umí každý, tvořit jen někdo. Mám velkou radost, že tvoří lidé v současné době převládají, přestože mají vždy těžší pozici.



JUDr. Bc. Jakub Král, Ph.D.
poradce ministra zdravotnictví ČR



Exkurze do historie zdravotnických prostředků

Každý, kdo navštíví lékařskou ordinaci nebo absolvuje pobyt v nemocnici, považuje různé lékařské nástroje za samozřejmost. Jen stěží si dokážeme představit svět bez teploměrů, injekčních stříkaček nebo sterilních obvazů. Přitom tomu není tak dávno, co lékaři museli pacienty diagnostikovat a léčit bez sofistikovaných pomůcek. Jaká je historie klíčových zdravotnických prostředků a nástrojů, bez nichž by se medicína vrátila zpět do středověku?

Lékařský teploměr

Experimenty s měřením teploty prováděl již na počátku našeho letopočtu antický vynálezce Héron Alexandrijský. Po něm pokračovali další učenci včetně toskánského velkovévody Ferdinanda II., který v roce 1641 vynalezl lihový teploměr.

První rtuťový teploměr sestrojil až německý fyzik Daniel Gabriel Fahren-

heit na začátku 17. století. Jednalo se o velmi dlouhý přístroj a dlouho trvalo i samotné měření. Na první skutečný lékařský teploměr si tak lidstvo muselo počkat do roku 1866, kdy anglický fyzik Thomas Clifford Allbutt dokázal zmenšit velikost skleněných přístrojů a sestrojil teploměr, jaký se donedávna využíval i u nás. Toxickou rtuť dnes už ale nahrazují zařízení digitální nebo s infračerveným zářením.

Injekční stříkačky

Pravděpodobně nejpoužívanější zdravotnickou pomůckou současnosti jsou injekční stříkačky. Duchovním otcem tohoto nástroje je zřejmě chirurg íránsko-egyptského původu Ammar ibn Ali al-Mawsili, který měl tento princip využívat již v 9. století.

Za vynálezce injekční stříkačky je ovšem označován až francouzský

matematik a fyzik Blaise Pascal, který ji měl zkonstruovat kolem roku 1650. Jde o válcovitou nádobu s velmi úzkým hrdlem fungující na principu pístu. První injekční stříkačky byly vyráběny ze skla, s kovovými díly, byly proto velmi křehké. Až v 50. letech 20. století začala výroba plastových injekčních stříkaček, kterých dnes existuje mnoho různých druhů i velikostí.

Operační nástroje

Speciální chirurgické nástroje jako skalpely, pinzety, nůžky či peány překvapivě nejsou v medicíně žádnou novinkou. Tyto nástroje využívali lidé napříč historickými epochami již od starověku. Lékaři ve starověké Mezopotámii používali nástroje blízké těm moderním, byly však vyrobeny z mědi zostřené obsidiánem. Podobné se dochovaly i v dalších koutech planety.

V průběhu dějin se tvar ani funkce nástrojů příliš neměnily. Velkým vývojem však prošly materiály, klasické chirurgické nástroje se dnes většinou vyrábějí z oceli, ve 2. polovině 20. století navíc začala být praktikována chirurgie pomocí laserů označovaných za „světelné skalpely“. Převratnou novinkou 21. století je pak robotická chirurgie, při níž operaci pacienta provádí technologicky vyspělý robotický systém. Trendem posledních let jsou také jednorázové kovové chirurgické nástroje, které zaručují perfektní sterilitu a po použití je lze recyklovat.

Monitorovací přístroje

V minulých stoletích se lékaři museli spokojit s velmi primitivními prostředky. První použitelný stetoskop pro lepší vyšetření srdce a plic v podobě dřevěné trubičky vyvinul až na začátku 19. století francouzský lékař René T. H. Laënnec. Později ho nahradil jeho

modernější nástupce, fonendoskop. Díky stetoskopu a prvnímu manžetovému tonometru na měření krevního tlaku, který v roce 1896 sestrojil italský lékař Scipione Riva-Rocci, se možnosti lékařů významně zlepšily a tyto pomůcky jsou v různých podobách používány dodnes.

Masivní rozvoj techniky ve 20. století pak přinesl špičkové elektronické systémy, které na obrazovkách nepřetržitě ukazují všechny životní funkce pacientů a v naléhavých situacích alarmují personál. Díky bezdrátovému telemetrickému monitorování lze dokonce sledovat srdeční činnost pacienta i na dálku.

Obvazové materiály

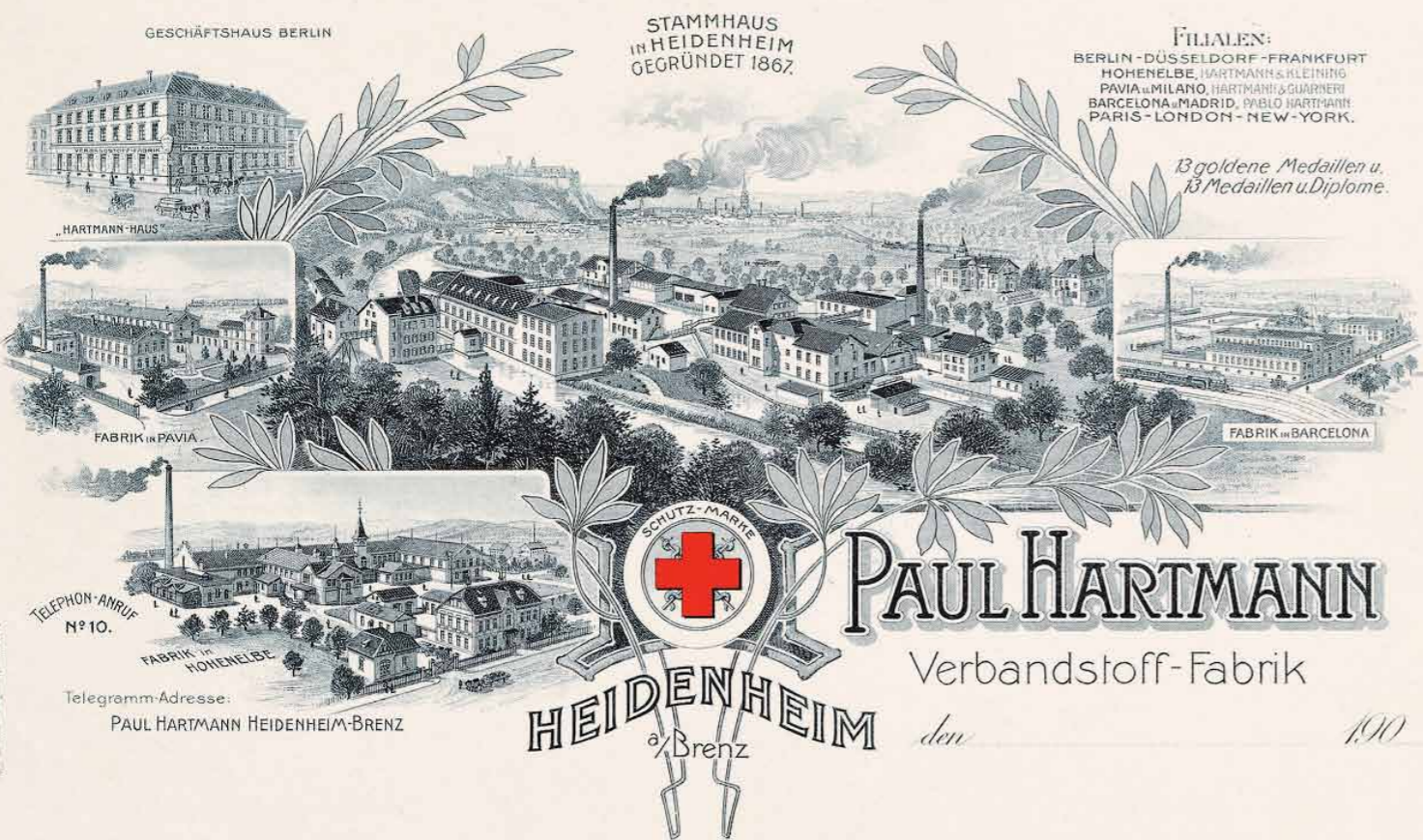
Obvazy na ošetřování ran lidé znají již od pravěku, kdy k obvazování sloužilo cokoliv, co bylo právě při ruce, a jako podpora hojení ran se užívaly různé byliny a listy stromů. Ve starověkém Egyptě se poprvé objevily obvazy z bavlny a ve 4. století př. n. l. zazněly také zásadní poznatky řeckého lékaře Hippokrata, který upozorňoval na vliv infekce a prosazoval vlhký způsob ošetřování ran. Právě ten dnes převažuje, ale vedla k němu dlouhá cesta. Od středověku sloužily jako obvazy především plátno a staré šatstvo.

Historický zlom nastal v roce 1873, kdy německá společnost Paul

Hartmann odstartovala průmyslovou výrobu obvazů. Začalo to objevy anglického chirurga Sira Josepha Listera a profesora Victora von Brunse. Victor von Bruns vyvinul metodu odmašťování vaty přinášející schopnost absorpce mnohem většího množství tekutiny, čímž byly vytvořeny podmínky pro výrobu absorpční bavlněné vaty a pro její následnou průmyslovou produkci. Joseph Lister se zase nechal inspirovat objevem o tom, že původcem infekcí v ranách jsou často nebezpečné mikroorganismy ze vzduchu. Začal tedy hledat řešení tohoto problému, až ho našel v kyselině karbolové. Ta fungovala jako správný dezinfekční prostředek. Začal v ní namáčet obvazy a vyvinul tak první antiseptický obvaz. Společně s Paulem Hartmannem posléze vyvinuli levnou karbolickou gázu, později nazývanou „největším krokem v historii operací“.

Později, během první světové války, pak vznikl gázový obvaz napuštěný parafínem a stal se praotcem všech takzvaných neadherentních obvazů. Teprve v polovině 20. století byl prokázán pozitivní přínos Hippokratova vlhkého hojení ran a začalo být vyvíjeno obrovské množství „vlhkých“ obvazů, jako jsou hydrogely, obvazy s aktivním uhlím či stříbrem, antiseptické obvazy či bioaktivní obvazové materiály.





200 let s HARTMANN



Milí partneři v oblasti zdravotnictví, uvědomujeme si, že se pohybujete v jednom z nejnáročnějších oborů, a přesto se snažíte neustrnout a každý den pracujete ve prospěch vašich pacientů. Stejně tak se i my každý den snažíme vás podpořit ve vašem poslání, protože sdílíme společný cíl – zlepšovat kvalitu zdravotní péče pro ty, kdo ji potřebují. Dlouhotrvající vzájemné partnerství vypráví příběh našeho včerejška, určuje, čím jsme dnes a utváří i naši budoucnost. Již po dvě století jdeme v HARTMANN dál pro zdraví a dovolujeme si vám náš příběh přiblížit.

Vše to začalo Ludwigem Hartmannem, který již v roce 1818 založil přádelnu bavlny v německém Heidenheimu. Jeho syn, Paul Hartmann Sr., učinil další zásadní krok a přeměnil tradiční rodinnou textilní továrnu v inovativní závod na výrobu krycích materiálů. Právě tehdy se začal psát úspěšný příběh naší firmy. Díky spolupráci s odborníky z oblasti zdravotnictví pak společnost HARTMANN změnila své zaměření na zdravotnické výrobky, svět

chirurgie a lékařství. Spolupráce s geniálními chirurgy, jako byli Sir Joseph Lister a profesor Victor von Bruns, umožnila společnosti přijít na trh s prvním antiseptickým způsobem krytí na světě, obrovským průlomem v léčbě ran. Tento objev, ruku v ruce s profesionálním přístupem a nasazením, definoval odpověď na jednu z největších tehdejších výzev ve zdravotnictví a nyní pomáhá každoročně vyléčit téměř 70 milionů ran.

Za dobu své existence společnost HARTMANN portfolio svých výrobků neustále rozšiřovala. Inkontinenční pomůcky v současné době pomáhají 1,2 milionům lidí ročně zlepšovat kvalitu života, chytrá chirurgická řešení každý rok zajišťují 6,3 milionu bezpečných operací. Díky produktu Sterillium HARTMANN také významně přispívá k ochraně před infekcemi a řada domácí diagnostiky umožňuje milionům lidí po celém světě starat se lépe o své zdraví.

Naším nejodvážnějším rozhodnutím už téměř dvě stě let zůstává hledání jednoduchých řešení, která zlepšují zdravotní péči. Pro lidi, kteří netrpí chronickými problémy nebo vážným onemocněním, jsou zřejmě názvy jako MoliCare či Foliadress velkou neznámou. Pro starší osoby, nemocné či zraněné ale mohou být klíčem k jejich návratu do běžného života, k vyléčení či dokonce k samotnému přežití.

I když vývoj může být obtížný a nákladný, HARTMANN se nepřestává soustředit na ekonomicky efektivní a udržitelná řešení, která přinášejí opravdovou hodnotu pro pacienty i zdravotníky. Řešení, která lze snadno integrovat do

každodenního života, od mobilních aplikací na dodržování pravidel hygieny rukou až po výrobky pro péči při inkontinenci, které usnadňují život pacientům i pečovateli.

Vážení partneři, vaše otázky, nápady a zkušenosti, o které se s námi každý den dělíte, nám umožňují jít po správné cestě a dodávají společnosti HARTMANN sebevědomí být vždy o krok dál. Výzvy ve zdravotnictví totiž nikdy nekončí, neustále se mění a vyvíjejí. Společně ale můžeme měnit nadšení v profesionální přístup a v řešení, která budou přidanou hodnotou pro vás i vaše pacienty.

Děkuji vám za vše, co děláte, a věřím, že i nadále budeme společně posouvat hranice léčby, péče a prevence každým dnem o krok dál.



Andreas Joehle
Chief Executive Officer
skupiny HARTMANN



1812–1884 Paul Hartmann senior

byl rebel s vizí. Nerespektoval otcovo přání, aby nedošlo k rozdělení jednotlivých divizí společnosti, kterou spolu s bratry od otce převzal. Místo toho využil svých znalostí a zkušeností k založení vlastního podniku – Paul Hartmann bělení, barvení a dokončující zpracování. Se dvěma odborníky na zdravotnictví Sirem Josephem Listerem a Victorem von Bruns, založil továrnu na obvazový materiál, a tím navždy změnil péči o rány.



1827–1912 Sir Joseph Lister

byl anglickým chirurgem. Nechal se inspirovat objevem Luise Pasteura, že infekci ran často působí nebezpečné mikroorganismy ze vzduchu a začal hledat řešení problému. Po několika pokusech našel vhodnou dezinfekční látku v kyselině karbolové. Obvazy na rány do kyseliny karbolové namáčel a vyvinul první antiseptický obvaz rány. Jeho vynález se v Anglii setkal zpočátku se skepsí a byl odmítnut. Paul Hartmann senior jedinečný potenciál tohoto vynálezu viděl a společně s Listerem vyvinul nákladově efektivní „Carbolgaze“, který byla později označována za „největší změnu v historii chirurgie“.



1812–1883 Profesor Victor von Bruns

vyvinul proces odmašťování bavlněné vaty. Umožnil tak materiálu absorbovat mnohem větší množství tekutiny. Tento vynález byl rozhodujícím mezníkem v historii péče o rány. Bruns zvýšil absorpční vlastnosti bavlněné vaty a vytvořil podmínky pro zahájení její průmyslové výroby ve společnosti Paul Hartmann v roce 1873.

Posouváme hranice péče o zdraví. Úspěšně. Již 200 let.

2014

Představení systému HydroTerapie znamená výrazně jednodušší a efektivnější léčbu ran.


2015

Logo jsme doplnili o 3D efekt. Nový vzhled zvyšuje výraznost značky HARTMANN na různých pozadích v médiích.


2016

Představujeme zcela novou kategorii produktů, domácí testy Veroval, a umožňujeme tak přesunout více péče o zdraví do pohodlí a klidu vlastního domova.



Významné usnadnění práce pečovatelům díky inovaci plenkových kalhotek MoliCare Elastic.


2017

Skupina HARTMANN dokončila akvizici společnosti Lindor, přední značky pro inkontinenční prostředky ve Španělsku a Portugalsku.

Uvádíme novou řadu inteligentních přístrojů osobní diagnostiky s platformou Veroval medi.connect.


2018

Uvedení nové řady produktů pro sportovce Cosmos Active.



A jdeme dál...

2014

Nový branding značky HARTMANN v čele s novým sloganem **O krok dál pro zdraví** – slogan se mění po 75 letech!

2011

HARTMANN vstupuje na trh s novým systémem pro podtlakovou terapii VIVANO.


2009

Uvedení nových jednorázových kovových chirurgických nástrojů Peha-Instruments.


2008

Rozšíření portfolia HARTMANN o produkty pro dezinfekci.



Kneipp se stává 100% dceřinou společností PAUL HARTMANN AG.


1997

Představení produktů vlhkého krytí ran, včetně uvedení unikátního produktu TenderWet.

1993–1994

Uvedení produktových řad MoliCare a Menalind. Řešení péče o inkontinentní pacienty.


HARTMANN
HARTMANN Rico
1991

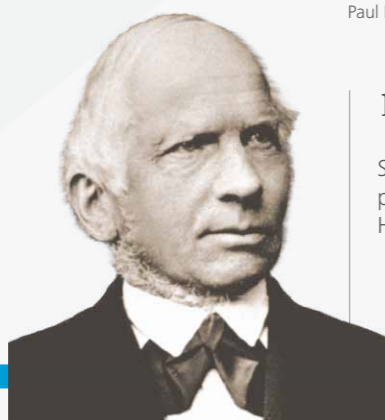
Vznik HARTMANN – RICO a. s.


1818

Společnost založena jako prádelna.

„I přes poptávku po levném obvazovém materiálu, jehož vlastnosti se zřídka pojí s kvalitou a spolehlivostí, mým dlouhodobým zájmem zůstává dodávat jen to nejlepší.“

Paul Hartmann, 1885


1843

Společnost přebírá Paul Hartmann.

**70. léta
19. století**

Vědecké průlomy nastartovaly výrobu antiseptického krytí a chirurgických roušek.


1919

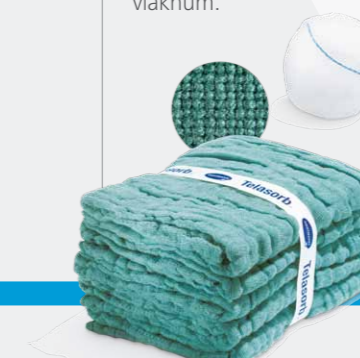
Začíná výroba náplastí a masť.

1938

Poprvé logo v podobě modrého oválu. První mastné tyly pro bezbolestnou výměnu obvazů.


1965

Nový stupeň bezpečnosti na operačních sálech díky X-ray detekovatelným vláknům.


70. léta 20. století

Zaměřujeme se na problematiku inkontinence.

Jednorázové chirurgické roušky Folioplast dále snižují rizika na operačních sálech.



Sestra roku 2017

1. března 2018 se v divadle Hybernia v Praze konalo slavnostní předávání ocenění 18. ročníku soutěže Sestra roku. Záštitu nad prestižní akcí již tradičně převzala Dagmar Havlová za Nadaci Dagmar a Václava Havlových VIZE 97 spolu s Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem práce a sociálních věcí a Magistrátem města Prahy. Generálním partnerem galavečera je společnost HARTMANN – RICO, která shodou okolností v tento den oslavila 200. výročí svého založení.

Moderace večera se ujal Libor Bouček, vystoupil zpěvák Marek Ztracený, při předávání byl přítomen i ministr zdravotnictví Adam Vojtěch. Nemohla samozřejmě chybět ani ambasadorka společnosti HARTMANN – RICO Taťána Gregor Brzobohatá. „Ráda bych všem nominovaným ještě vzkázala, že jsem vám nesmírně vděčná za vaši práci a pomoc lidem. Díky vám si můžeme říci, že andělé existují. Děláte svoji práci srdcem a povyšujete povolání na poslání. Jste pro ostatní i pro mě inspirací a děkuji vám za to!“

Hana Rittsteinová, vítězka v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání, věnovala celý svůj profesní život nelehké práci na Gynekologicko-porodnické klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. V po-

zích porodní asistentky, úsekové sestry a vrchní sestry, které postupně zastávala, ovlivnila několik generací zdravotnických pracovníků. Je výjimečnou osobností, která do naší profese vložila své srdce.

Paní Rittsteinová má dokonce speciální vztah k firmě HARTMANN – RICO. „Vidím-li kdekoliv logo firmy, nemohu nevzpomenout a v duchu vždy nepoděkovat za záchranu vánočního provozu v roce 1997. Den před Štědrým večerem jsme se s kolegyněmi dozvěděly, že nebudou dodány hygienické vložky. Porodnická část očekávala velké návaly a my už jsme se viděly, jak s kárkami pojedeme vykoupat všechny drogerie v okolí. Vedení nemocnice naštěstí začalo jednat s HARTMANN – RICO a v pozdních hodinách před Štědrým

dnem přijely dva velké vozy. Byli jsme zachráněni. Děkuji!“

V rámci akce Sestra roku jste získala ocenění Sestra v managementu a vzdělávání. Jak jste vnímala svou nominaci a následné vítězství v této kategorii?

Když jsem se dozvěděla o nominaci, dostala jsem husí kůži. Pochybovala jsem, zda jsem vůbec nominace hodna. Vybavily se mi tváře kolegyně a to, jak lidem pomáhají, ale také všichni, kteří mi dali v průběhu života svou důvěru, přizvali mě k podílení se na tvorbě často zdánlivě neuskutečnitelných vizí, které měly za cíl posunout náš obor tam, kam si pacienti i personál zaslouží. Všem jim posílám své poděkování.



Rozhodující je, aby zájemci toto povolání chtěli při vstupu do škol skutečně vykonávat. Pak je nutné, aby se potkávali především s těmi, kteří v nich tuto touhu nezabijí.

Co je pracovní náplní sestry v managementu a vzdělávání?

Pro vrchní sestru je management velmi rozmanitý pojem. Znamená to řešení mnoha problémů, od ucpaného WC a úklidu, přes řešení dlouhodobého či akutního nedostatku čehokoliv, až po sledování spokojenosti pacientek a personálu a spolupodílení se na vypracovávání vizí a jejich uskutečňování. Především je to ale čas věnovaný snaze být oporou svým spolupracovníkům, a to nejen v životě profesním, ale je-li třeba, tak i v životě osobním.

Ve zdravotnictví se pohybujete již spoustu let. V čem se podle Vás profese zdravotní sestry za tu dobu změnila?

45 let je dlouhá doba pro vyjmenování všech změn. Ty největší však nastaly na podzim roku 1989. Najednou se nám otevřela možnost používat do té doby nedostupné pomůcky, které snižovaly čas věnovaný pomocným a úklidovým činnostem,

nebo upravovat počet personálu ve směnách. Důležité pro vývoj oboru bylo také to, že jsme se mohly začít setkávat s kolegyněmi ze zahraničí, sdílet mezi sebou své zkušenosti a navzájem se od sebe učit.

Není vše ale tak růžové – dnes jsou kolegyně skutečně zatíženy značnou administrativní činností – jejich zápisy do zdravotnické dokumentace jsou často na úkor času věnovaného pacientkám. I to se však postupně mění.

Pokud byste měla tu moc a mohla něco mávnutím kouzelného proutku ve svém oboru změnit, co by to bylo?

Na kouzelné proutky nevěřím, raduji se z nich jen v pohádkách. V životě se změny a úspěchy dějí díky úsilí. Jako kouzelný proutek lze chápat i to, že i přes sto neúspěchů se nakonec změna podaří.

Proč jste se rozhodla být zdravotní sestrou?

Po skončení gymnázia dědeček rozhodl, že je nejdřív potřeba, abych poznala cenu vlastní práce a uměla si vážit peněz. Navíc pro mou maminku jako samoživitelku bylo obtížné poskytnout mi další vzdělání. Téměř na rok jsem nastoupila do již neexistujícího pražského gynekologicko-porodnického oddělení jako pomocná síla. Byla to skutečně neuvěřitelná „škola života“, která mi přinesla obdiv k práci porodních asistentek. Bylo jasné, kam bych ráda směřovala.

Liší se v něčem práce na gynekologicko-porodním oddělení, na kterém jste působila, od práce sester na jiných odděleních?

Na porodnickém úseku do porodu pečujete „v těle jednoho člověka“ o dva i více lidí. Dotknete se břicha těhotné, dotýkáte se i toho, který není vidět. Každý z oborů má však svá specifika, náročnosti a těžkosti, které zaslouží nesmírné uznání a obdiv.

Jaké předpoklady by podle Vás měl mít člověk, který se rozhodne pracovat ve zdravotnictví?

Mám vždy problém hovořit o předpokladech pro práci ve zdravotnictví.

Vždyť jsou to přece ty úplné základy – slušnost, vstřícnost, ochota, šikovnost a pochopení. Ano, hovoří se o schopnosti vcítění se do potřeb člověka v nemoci, o vyšší nezdolnosti, o ochotě se neustále vzdělávat, to je ale potřeba i pro jiná povolání.

Rozhodující je, aby zájemci toto povolání chtěli při vstupu do škol skutečně vykonávat. Pak je nutné, aby se potkávali především s těmi, kteří v nich tuto touhu nezabijí. Život sám ukáže naše předpoklady, neboť činnosti a zátěž v jednotlivých oborech a na jednotlivých úsecích jsou různorodé. Ti, kteří se neosvědčí na jednom úseku, mohou být oporou na úseku jiném. Je na vedení, aby těmto lidem dalo šanci. Vzhledem k nedostatku personálu na to ale není vždy prostor.

Složitou otázkou je pak prestiž povolání. Vždyť ve všech průzkumech, kterých povolání si lidé nejvíce vážili jsou, sestry na třetím místě, za lékaři a vědci. Je ale složitě se tím utěšovat ve chvílích, kdy jste hromosvodem nespokojenosti pacienta s dobou čekání, kdy i lékaři se podaří vás svým chováním ranit, kdy vaše spolužačka ze základní školy má mzdu o polovinu vyšší a vám na lednici visí složenky k zaplacení. Věřím ale, že se i toto pomalu mění.

Jak jste během těch let dobíjela baterky? Jak jste trávila volný čas?

Baterky mi dobíjel každý úsměv některého ze spolupracovníků, spokojenost pacientek s péčí kolegyně a kolegů, uskutečněná dlouho vytoužená změna nebo milý e-mail od bývalé studentky či kolegyně.

Skvělá pomoc je také hudba. Klidně hodně nahlas, taková, o které víte, že skutečně povznese mysl a hlavu a ruce přiměje nad klávesnicí k pohybu do rytmu. Jste s ní sami, nikdo vás nevidí. Hudba vám, a tím i ostatním, pomůže překonat to zlé. Potom přijďte s úsměvem domů a zjistíte, že někdo měl třeba ještě horší den než vy.

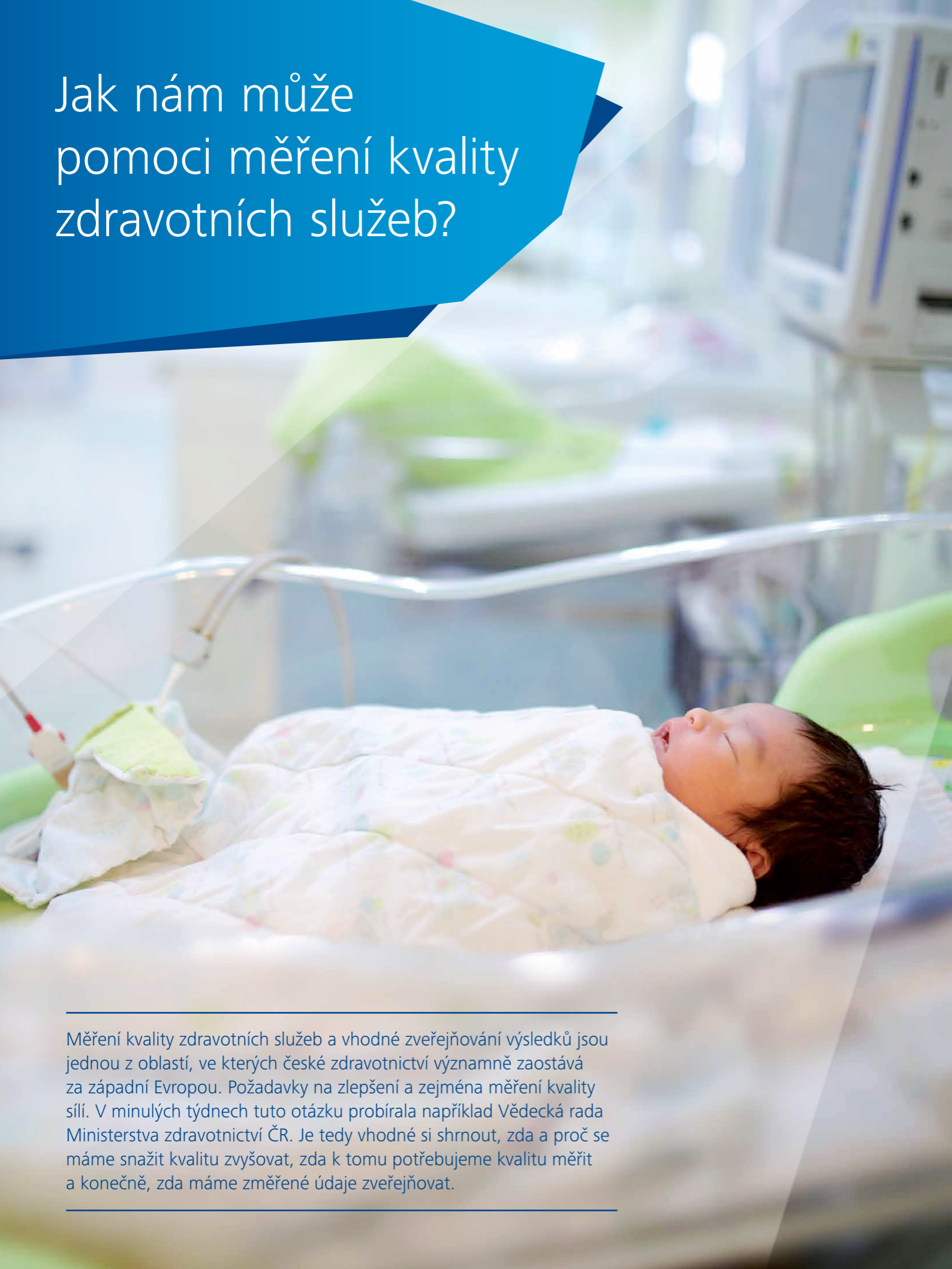
Více užitečných informací pro efektivní poskytování zdravotní péče nyní na novém webu hartmann.cz!

Web www.hartmann.cz je nyní přehlednější a intuitivnější pro lepší orientaci a rychlejší vyhledávání relevantních informací. Navštivte sekci Pro nemocnice a zjistěte, jak vám můžeme pomoci zefektivnit procesy ve vašem zdravotnickém zařízení nebo jak zlepšit prevenci rizik spojených s poskytováním zdravotní péče.



O krok dál pro zdraví

Jak nám může pomoci měření kvality zdravotních služeb?



Měření kvality zdravotních služeb a vhodné zveřejňování výsledků jsou jednou z oblastí, ve kterých české zdravotnictví významně zaostává za západní Evropou. Požadavky na zlepšení a zejména měření kvality sílí. V minulých týdnech tuto otázku probírala například Vědecká rada Ministerstva zdravotnictví ČR. Je tedy vhodné si shrnout, zda a proč se máme snažit kvalitu zvyšovat, zda k tomu potřebujeme kvalitu měřit a konečně, zda máme změřené údaje zveřejňovat.

Proč bychom měli zvyšovat kvalitu zdravotních služeb?

Mezi jednotlivými poskytovateli se často kvalita služeb významně liší. Tento fakt byl jednoznačně prokázán ve stovkách studií v zahraničí i v několika analýzách v ČR, potvrzují ho i samotní odborníci ve zdravotnictví. Nejde ale jen o medicínské důvody, byť ty jsou samozřejmě primární, ale i o důvody ekonomické. Řešení komplikací, které kvůli nízké kvalitě služeb mohou nastat, je drahé. V oblasti lůžkové péče už ji dnes do značné míry platí poskytovatel – až na drobné výjimky jde každé navýšení nákladů, jako delší pobyt na JIP, delší hospitalizace, vyšší spotřeby léků a podobně, na účet nemocnice. Pravděpodobně se v budoucnu dočkáme i toho, že opětovné hospitalizace z důvodu komplikace způsobené poskytovatelem půjdou na jeho účet, jak se již děje v řadě zdravotních systémů v zahraničí. Kromě toho hrozí za nedostatečnou kvalitu samozřejmě i právní postih.

Dalším důvodem pro zvyšování kvality jsou narůstající požadavky pacientů na poskytované služby. Důležité je i pro udržení dobré pověsti poskytovatele potřebné jak získání nových pacientů, tak kvalitního personálu.

Jak kvalitu správně měřit?

Známé pravidlo říká, že co nelze měřit, nelze ani řídit, a tedy ani systematicky zlepšovat. Pro zvyšování kvality je nutné její měření a srovnávání zjištěných hodnot s hodnotami minulými. Ideální je pomocí benchmarkingu porovnávat dosaženou úroveň i s dalšími podobnými poskytovateli zdravotních služeb. V druhé části článku se podíváme, jak s měřením kvality technicky začít.

Mají se výsledky měření zveřejňovat?

Měření kvality s cílem zveřejnění výsledků jednotlivých poskytovatelů klade zcela jiné nároky na přesnost, než je tomu u interního měření s cílem zvýšení kvality služeb jednoho poskytovatele. Mají se tedy výsledky vůbec zveřejňovat? Jsem přesvědčen, že ano – některé poskytovatele ke zlepšení bohužel nepřinutí nic jiného

než tlak zvenčí. Pacienti mají etický a pravděpodobně i právní nárok vědět, jak vypadá kvalita služeb jednotlivých poskytovatelů.

Kde začít při měření kvality?

Nejvíce nás samozřejmě zajímají výsledky poskytování zdravotních služeb včetně úmrtnosti. Zároveň je ale právě jejich měření nejobtížnější. Základní podmínkou jeho správnosti je přízpusobit výsledky vstupnímu zdravotnímu stavu pacientů. Pokud to neuděláme, z měření vyplynou nesmysly, které navíc odradí poskytovatele od pomoci složitým případům.

Přízpusobením výsledků vstupnímu zdravotnímu stavu je dnes u mnoha diagnóz a zákroků technicky možné, vyžaduje ale celou řadu vstupních dat. A zde jsme u kořene problému – jsou to vesměs klinická data, která jsou sice dohledatelná ve zdravotnické dokumentaci, ale nejsou systematicky sbírána, ověřována a už vůbec ne reportována. Někteří lékaři či jejich skupiny se k tomu již v minulosti rozhodli, svého času například kardiologové nebo invazivní kardiologové, průběžně tak dělají onkologové a pravděpodobně i další odborníci. Takový vývoj, soudě podle poznatků ze zahraničí, dříve či později povede i ke zveřejňování výsledků jednotlivých pracovišť.

Něco takového se dá ale jen těžko nařídít. Systematický sběr vstupních a výstupních klinických dat totiž není vůbec jednoduchý ani levný, hrozbou je i jejich snadná manipulace. Mluvíme tedy o velkých investicích, změnách a nutnosti přísné kontroly správnosti dat.

Výsledky zdravotní péče jsou samozřejmě nejdůležitější, ale není špatné začít z druhého konce – tedy u faktorů, které výsledky ovlivňují. Je jich několik druhů. Těmi nejjednoduššími jsou tzv. vstupy, tedy množství, struktura a vzdělání personálu, dostupnost přístrojů a podobně. Tyto faktory jsou v ČR předepsané a občas i kontrolované zdravotními pojišťovnami, ne vždy ale důsledně.

Další úroveň, na které je možné kvalitu zvyšovat a měřit, je proces poskytování zdravotní péče. K němu

můžeme přistoupit z různých úhlů. Jedním z nich je popis procesů a jejich standardizace, o kterou zejména v oblasti ošetřovatelských a podpůrných procesů usiluje akreditace. Ta je v ČR ze všech přístupů ke zlepšování kvality nejpokročilejší.

Druhou možností na úrovni procesů je počet poskytovaných výkonů určitého typu. U většiny chirurgických nebo jiných invazivních zákroků (například endoskopie) i u některých neinvazivních existuje velmi dobrá evidence, která ukazuje minimální množství potřebné pro získání a udržení kvalifikace personálu. Tím lépe, že data týkající se množství výkonů nemusíme zvlášť sbírat, protože se rutinně předávají zdravotním pojišťovnám.

Procesní pohled má ještě jednu dimenzi: byla pacientovi poskytnuta služba (preventivní, diagnostická, léčebná), která mu podle doporučených klinických postupů měla být poskytnuta? Nejde o zkoumání jednotlivých případů, ale o podíl těch, u kterých byl doporučený postup dodržen. A opět, alespoň část těchto údajů lze zjistit z dat reportovaných zdravotním pojišťovnám, a to jak v ambulanci, tak v lůžkové péči.

V minulosti se již objevily pokusy měřit a zveřejňovat zjištěnou kvalitu poskytovaných služeb. Vedle již zmíněných iniciativ odborných společností se systematickým měřením kvality na úrovni procesů kdysi zabývalo již neexistující Národní referenční centrum zdravotních pojišťoven a poskytovatelů. Na jeho práci se nyní pokouší navázat Kancelář zdravotního pojištění. Věřme tedy, že v blízké době dojde k nápravě měření procesů a postupně se jako jiné vyspělé země dostaneme i k měření výsledků a jejich následnému zveřejňování.



MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
řídící partner
Advance Healthcare
Management
Institute

Nerozhodnutý zápas s bolestí: stav paliativní péče v Rusku



Paliativní péče je otázkou přístupu. Pacient, jeho vnitřní prožitky a pocity z pohledu této disciplíny znamenají víc než objektivně měřitelné výsledky.

„Jsem připraven trpět, ale dívat se na utrpení svých blízkých mi způsobuje nesnesitelnou bolest.“ Těmito slovy končí dopis na rozloučenou, jež po sobě zanechal námořní admirál ve výslužbě Vjačeslav Apanasenko. Admirál Apanasenko se zastřelil, aby sebe i svou rodinu osvobodil od bolesti. Byla mu diagnostikována rakovina žaludku a léky, které by snad přinesly úlevu, nemohly být v jeho případě aplikovány. Po admirálu Apanasenkovi spáchali během jednoho roku sebevraždu ještě tři vysoce postavení důstojníci ruské armády. Ačkoliv některé mediální zprávy poukazyvaly na tradičně vysokou míru sebevražd v Rusku, vrhly tyto tragické události stín na paliativní péči, specifickou slabinu národního zdravotnictví.

Bolest jako praktický problém

Světová zdravotnická organizace odhaduje, že na celém světě potřebuje paliativní péči přibližně 37 % umírajících; v Rusku se jí ovšem během roku 2015 dostalo jen pětina pacientů trpících vážnými nemocemi. V témže roce shledal průzkum mezinárodní nevládní organizace Human Rights Watch, že přístup ke klíčovým opiátovým analgetikům je v Rusku velmi omezený. Dokonce i rodiny pečující bez oficiální podpory o příbuzné uznávají tvář v tvář jejich bolesti svou osamocenost a bezmoc.

Díky vytrvalému úsilí charitativní nadace VERA se ruská legislativa v posledních letech výrazně změnila a medi-

kace se stává dosažitelnou čím dál větší části potřebných. Přesto před sebou máme dlouhou cestu: nadále se setkáváme s mnoha mýty ohledně opiátových analgetik a se strachem z předepisování léčiv a povědomí lékařů v těchto otázkách je rovněž slabé. Z lidské perspektivy se zdá skoro neuvěřitelné, že neumíme pomoci tisícům lidí, kteří na smrtelném lůžku trpí nesnesitelnou bolestí.

Rusko na startovní čáře

Dobrá zpráva je, že ruská vláda již podněty ze strany veřejnosti, jež poslední dobou opakovaně vyzývala k zavedení strategie pro boj s bolestí, nepřehlídí. V květnu 2015 přijalo ministerstvo zdravotnictví dvě zákonná opatření, jež regulují poskytování paliativní péče dospělým a dětem. Podle nové legislativy by příslušná zdravotnická zařízení měla do roku 2025 v každém regionu navýšit své kapacity o sto paliativních lůžek na milion obyvatel. Během léta 2016 pak vláda schválila návrh předestírající možnosti zvýšení dostupnosti analgetik. Za daných okolností se ukazuje jako zásadní školit v dané problematice lékaře a definovat standardy pro zmírňování chronické bolesti u pacientů v terminálním stádiu. Při nesplnění těchto předpokladů by rozšiřování seznamu analgetik bylo zbytečné, poněvadž bez stanovení vhodné medikace a dodržování profesionálních norem by se léčba míjela účinkem.

Otázka, zda se interdisciplinární, komplexní a koordinovaný program paliativní péče v Rusku prosadí, zůstává prozatím

nezodpovězena. Země stojí na startovní čáře a v tomto zlomovém období si nemůže dovolit škobrtnout.

Bližší informace

V České republice se dané problematice, souvisejícímu výzkumu, osvětě a výuce věnují Česká společnost paliativní medicíny (<http://www.paliativnimedicina.cz/>), hospic Cesta domů (<https://www.cestadomu.cz/>) či Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (<http://asociacehospicu.cz/>). Celosvětové úsilí v této oblasti zastřešuje Mezinárodní asociace pro hospicovou a paliativní péči (<https://hospice-care.com/home/>).

Přehled základních informací ohledně paliativní péče obecně i situace v Rusku poskytuje portál Umírání.cz (<http://www.umirani.cz/>). Zprávy o paliativní péči v naší zemi poskytuje mimo jiné Zdravotnický deník (<http://www.zdravotnickydenik.cz/>). K tématu vyšla také knižní publikace Kateřiny Rastislavové (Perinatální paliativní péče, 2016) z Centra paliativní péče (<https://paliativnicentrum.cz/cs>).



Nyuta Federmesserová
zakladatelka nadace VERA

www.hartmann.cz



O krok dál
pro zdraví