



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Institut managementu zdravotnictví služeb

Obchodní strategie firmy STAPRO spol. s ručením omezeným

Vypracovala:

Dita Chudárková

Vedoucí diplomové práce:

prim. MUDr. Rudolf Střítecký

Mladá Boleslav, duben 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma
Obchodní strategie firmy STAPRO spol. s ručením omezeným
jsem vypracovala samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály
uvádím v přiloženém seznamu literatury.

Mladá Boleslav, duben 2007

.....
podpis studenta

Anotace

Obchodní strategie firmy Stapro spol. s ručením omezeným

Cílem práce je z analýzy potřeb nemocnic a konkurenčního prostředí firmy najít řešení strategického zaměření firmy STAPRO spol. s ručením omezeným.

duben 2007

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci

bych chtěla poděkovat

prim. MUDr. Rudolfo Stříteckému,

z Vysoké školy ekonomické v Praze,

Fakulty managementu v Jindřichově Hradci,

MUDr. Miloši Suchému

Řediteli úseku Strategického rozvoje produktů

ze společnosti STAPRO spol. s r.o. v Pardubicích

a

Pharm Dr. Ondřeji Vlčkovi

Produktovému manažerovi

ze společnosti STAPRO spol. s r.o. v Pardubicích

Obsah

1. Úvod	8
2. Naše zdraví	10
2.1. Počátky zdravotní péče	11
2.2. Řízení kvality a bezpečná péče	14
2.2.1. Optimální péče	14
2.2.2. Rozumná cena	15
2.2.3. Maximální kvalita	15
2.3. Kompozice systému	15
2.3.1. Zdraví	15
2.3.2. Gatekeeprový systém:	16
2.3.3. Zdravotnická zařízení	16
2.3.4. Rehabilitace	16
2.3.5. Psychologie	17
2.3.6. Vzdělávání	17
2.3.7. Přehled o stavu a charakteru majetku	17
2.3.8. Informační systémy	18
2.3.9. Budoucnost	18
2.3.10. Informační technologie	19
3. Nemocnice	19
3.1. Zařízení ambulantní péče a nemocnice	20
3.1.1. Zařízení závodní preventivní péče	20
3.1.2. Odborné léčebné ústavy	20
3.1.3. Lékárny	21
3.2. Právní a ekonomická funkce	21
3.3. Oblasti s požadavkem na řešení	22
3.4. Výběr – spolupráce – podmínky řešení	22
3.5. Při vlastním výběru	24
4. Historie a současnost nemocnice - účel pro nemocnici	24
4.1. Vlastní historie Karviné	25
5. Právní judikát	28
6. Kroky v před – důvod pro nové trendy	30
6.1. Změny	31
6.1.1. Poskytovaná péče	31
6.1.2. Změny na straně poskytovatelů nemocničních zdravotnických služeb	32
6.1.3. Změny ve struktuře zaměstnanců:	33
6.1.4. Změny politické a sociálně-ekonomické	34
6.2. Internacionalizace zdravotnických systémů	34
6.3. Role a funkce nemocnic	35
6.4. Nemocnice a vnější prostředí: zkušenost Velké Británie	38
6.5. Jsou větší nemocnice lepší?	40
6.6. Investice v nemocnicích	41
6.7. Úhrady nemocniční péče	42
6.7.1. Teorie a praxe v zemích, kde se mění klasifikační	42
6.7.2. Alternativní metody úhrady nemocniční péče	43
6.7.3. Nové zkušenosti států střední a východní Evropy.	44
6.8. Organizační struktura	47

6.9. Zlepšování výkonnosti nemocnic.....	47
6.9.1. Kvalifikační struktura (skill-mix).....	50
6.9.1.1. Rozšiřování pravomocí	51
6.9.2. Rozvoj lidských zdrojů.....	51
6.9.2.1. Podpůrná kultura	52
6.9.3. Od řízení nemocnice k řízení kliniky (clinical governance)	52
6.9.4. Řízení kliniky (clinical governance)	53
6.10. Změny pracovních sil v nemocnicích.....	54
6.11. Zavádění nových technologií	55
6.12. Optimalizace klinické praxe.....	57
6.13. Organizační kultura nemocnic	58
7. Nemocnice budoucnosti	60
8. Důvody pro nové strategie.....	63
9. Marketing zdravotnických organizací	64
9.1. Tržní matrix.....	64
9.1.1. Tržní motivy	64
9.1.2. Externí faktory (PEST analýza a její moderní řízení).....	66
9.1.3. Zákazníci a spotřebitelé.....	67
9.1.4. Konkurenti v tržním matrixu.....	68
9.1.5. Trendová analýza	68
9.1.6. Segmentace a nové přístupy k nim.....	70
9.1.7. Analýza Key Factors of Success	74
9.1.8. Benchmarking	75
9.1.9. Hodnocení sebe sama při tvorbě strategie – Value Assessment	77
9.1.10. Hodnocení konkurentů – competitive assessment	78
9.1.11. Share of voice a Market Power	78
9.2. SWOT.....	78
9.2.1. SWOT analýza současného zdravotnictví.....	79
10. Konkrétní řešení	81
10.1. Časová vytíženost zaměstnanců	82
10.1.1. Sociální skupiny	82
10.1.1.1. Mentoring.....	83
10.1.1.2. Evidence šíření nemocí	84
10.1.2. Uplatnění	85
10.1.3. Software audit	86
10.1.4. Přínos.....	87
10.2. ZEK – Zdravotní elektronická karta.....	88
10.2.1. Kapesní počítač (Pocket PC).....	88
10.2.2. Varianty PC.....	89
10.2.2.1. Wifi.....	90
10.2.2.2. Standard IEEE802.11b a WiFi	91
10.2.3. Druhá část lékového distribučního systému	92
10.2.4. Přínos získaného výstupu	93
10.3. Outsource zdrojů	94
10.3.1. Podnět – první část lékového distribučního systému	94
10.3.2. Outsourcovaný sklad.....	95
10.3.3. Umístění	96
10.3.4. Lokalizační software	96
10.4. Informační zdroje	97

10.4.1. Přístup k informacím	97
10.4.2. Info(rmační) box	98
10.4.3. Podoba a funkce	98
10.4.4. Odborný vzdělávací systém	99
10.5. Software Audit – Průvodce certifikátem	100
10.5.1. Důvody pro uplatnění	100
10.5.2. Potřeba nemocnic nebo dalších účastníků?	101
10.5.3. Odpověď	103
10.5.4. Konkrétní příklad	104
11. Konkurence	105
12. Finanční analýza	106
12.1. Studie proveditelnosti	107
13. Farmakoekonomika	108
13.1. Úvod do farmakoekonomiky	108
13.1.2. Důvody zvyšování ekonomické náročnosti zdravotnictví	109
13.1.3. Možnosti řešení zvyšující se finanční náročnosti farmakoterapie	109
13.1.4. Alokace finančních toků	110
13.1.5. Spoluúčast pacienta	110
13.1.6. Účelné (racionální) využívání léčiv	110
13.2. Farmakoekonomika	110
13.2.1. Vymezení disciplíny	110
13.2.2. Základní přínos farmakoekonomického výzkumu	111
13.2.3. Aplikace farmakoekonomických závěrů	111
13.2.4. Určení nákladů a výsledků léčby	112
13.3. Náklady	112
13.3.1. Zdravotnické a nezdravotnické, přímé a nepřímé náklady	112
13.3.2. Relevantní a irelevantní náklady	113
13.3.3. Další dělení zdravotnických nákladů	115
13.3.4. Identifikace a získávání nákladových položek	117
13.3.5. Prezentace nákladových položek	117
13.4. Farmakoekonomické studie	118
13.4.1. Studie analyzující pouze náklady	118
13.4.1.1. Farmakoekonomická studie typu minimalizace nákladů	118
13.4.1.2. Farmakoekonomické studie kalkulující s výsledky léčby	118
13.4.2. Vyjádření účinnosti ve finančních jednotkách	118
13.4.2.1. Analýza nákladové prospěšnosti	118
13.4.3. Nefinanční vyjádření účinnosti terapie	119
13.4.3.1. Analýza nákladové efektivity	119
13.4.4. Metody měření výsledku terapie	119
13.4.5. Výhody a nevýhody jednotlivých metod:	119
13.4.6. Analýza nákladové utility	122
13.5. Výpočet QALY:	123
13.5.1. Výpočet	123
14. Závěr	124

1. Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma firemní strategie společnosti STAPRO. Práce má poskytnout návrhy na řešení několika problematik oblasti zdravotnictví. Firma STAPRO poskytuje předpoklady k možnosti vyřešení existujících obtíží. Vývoj a zdraví lidské populace tvoří jednu z celospolečenských otázek, alespoň v rámci Evropské unie, uznávaného ujednání o zdraví společnosti. Program nese výstižný název Zdraví 21 – zdraví pro všechny do 21. století, kde se jednotliví představitelé členských států zavázali k vyřešení a realizaci sjednaných cílů současných dnů. Autorem programu je WHO – World Health Organization (český překlad názvu společnosti - Světová zdravotnická organizace). Ve vyspělých státech s tržní ekonomikou patří socioekonomická úroveň lidí, spojená s vysokou úrovní vzdělání, mezi jeden z nejvýraznějších a ovlivňujících faktorů zdraví jedince. I pro trvalý vzestup hospodářské prosperity ČR bude mít přínos stálý zájem společnosti podporovat maximální úsilí o zlepšení zdraví člověka i celé společnosti. Program ZDRAVÍ 21, jehož národní variantu vláda projednala, je výzvou k obhájení současné situace a zabránění nebezpečí nepříznivého vývoje státu, k němuž nutno počítat i stagnaci ukazatelů zdravotního stavu populace. Realizací cílů ZDRAVÍ 21 by členské státy měly dosáhnout výrazného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, na nádory, úrazy a snížit výskyt závažných nemocí a faktorů, které je ovlivňují. Prostředkem k tomu je pokrok v prevenci příčin a rizik nemocí. Zdravotnická péče by totiž nedokázala za přijatelných nákladů účinně vyléčit rostoucí počty nemocí a udržet pozitivní vývoj úmrtnosti. Prevence nemocí a podpora zdraví jsou vůbec výraznými komponenty celého programu. Jsou součástí strategických přístupů u většiny cílů. Pojetí ZDRAVÍ 21 je v tomto ohledu blízké Amsterodamské smlouvě EU, která v článku 152 deklaruje, že „akce Společenství budou zaměřeny na zlepšení veřejného zdraví, prevenci nemocí a poruch zdraví a na odstranění zdrojů zdravotních nebezpečí“.

Společnost STAPRO se zabývá vývojem a tvorbou softwaru podporující činnost zdravotnického zařízení. Hlavní cílové zákazníky tvoří především nemocnice, ale i další zdravotnická zařízení. Náplň činností této organizace dává reálný obraz či příklad odpovídající částečně reálné podobě naplnění programu. Firma vyvinula řadu kompletních programů, které poskytují možnost správy ucelených jednotek. Další produkty poskytovaného portfolia se nacházejí ve formě komplexního informačního správního systému. Firma vytváří také informační manažerské systémy. Vývoj nových produktů představuje jednu část z jejich nabízených služeb. Dále tato společnost zpracovává data, ze kterých je schopna získat

referenční údaje a vytvářet závěry použitelné při operativním i strategickém rozhodování. Všechny tyto programy mají přinést optimalizaci a ulehčení každodenní práce ve zdravotnických zařízeních.

O zjednodušení práce můžeme uvažovat, pokud budeme vědět, co se bude v blízké budoucnosti odehrávat. Vývoj medicínských oborů probíhá rychle. Konkrétní odhad je velmi obtížný. I přesto je nutné zaujmout určité stanovisko k nadcházejícímu období provázeného jistě řadou změn ve společnosti. Z části vycházíme z průběhu výskytu onemocnění. Další směrodatné údaje poskytuje podoba současného životního stylu a jeho následné dopady. Neméně významný faktor tvoří i vlastní životní prostředí. Souběh výše uvedeného výčtu poskytuje alespoň návod na odhad vývoje událostí.

V své práci se zaměřím:

- na stav zdravotnictví,
- na zhodnocení stavu a potřeb nemocnic,
- na konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními i konkurenci firmy Staro,
- na marketingové kroky specifické pro zdravotnickou oblast,
- na návrh vlastních řešení potřeb zdravotnických zařízení.

Strategií se v užším měřítku rozumí volba rozhodnutí zahrnující proces o naší budoucnosti v podobě životního stylu. Rozhodujeme každý den o řadě záležitostí. Nejdůležitější a někdy nejtěžší volbu představuje péče o vlastní zdraví.

Poskytovatelé péče o zdraví jsou lékaři jak praktičtí, tak specialisté, zdravotní sestry, laboranti, sanitáři a ve výčtu bych mohla pokračovat. Nesmíme však zapomenout na hlavního pečovatele o zdraví, a to jsme my sami, v každém jednotlivém případě. Odbornou péči přesto ať každý přenechá výše jmenovaným osobám, které nám léčení usnadní. Možnost lepší péče může být poskytnuta také použitím nejnovějších metod a kvalitnější péče v rámci zdravotnických zařízení. Uveďme si pár příkladů. Přínosem či novinkou může být kontinuální vzdělávání doktorů a sester. Dále je to zavedení skenovacího systému do nemocnic, který umožní kontrolu správnosti podávání léčiv a dalšího nemocničního materiálu a evidenci ekonomické náročnosti. Informační panely mohou nabídnout nebo poskytnout další či prvotní informace. Je to i možnost pro reklamu ve zdravotnictví. Kvalitnější webovské stránky zdravotnických zařízení přiblíží jejich péči, služby snadněji a rychleji veřejnosti. Informační

systemy pro řízení nově zavedených rehabilitačních provozů a sdílení nové nadoborové specializace posunují lékařskou péči dál. Vytváří prostor pro to, aby se lékaři věnovali převážně jen své hlavní pracovní náplni. Tyto informační systémy pomáhají lékařům mimo jiné se správou administrativy.

V současnosti nemocnice představují místo, kde lidé nachází záchranu svého zdraví, kde se řeší naše intenzivní zdravotní problémy. Vždy tomu tak nebylo. V historii nemocnice pečovaly o raněné a nemocné, kteří byly ošetřováni často pouze v rámci soudobých možností. Až později docházelo k pokusům o záchranu pacientů. To byly první krůčky k dnešnímu vývoji a aplikaci medicíny. Shrňme to, dříve se tedy řešily důsledky pacientových potíží, dnes se řeší také, ale takovým způsobem, který ve většině případů zachrání život. Především bychom měli vyřešit příčiny obtíží než jejich důsledky. To nejvíce sníží fyzické a psychické utrpení člověka-pacienta a následně pak i ekonomické náklady na zdraví člověka.

2. Naše zdraví

Každý by se měl starat o své zdraví, to víme všichni. Nedbáme toho a často si ho více či méně ničíme. Můžeme se ptát na kolik se jedná o úmyslné poškozování díky naší pohodlnosti, nebo neúmyslné z důvodu naší neznalosti. Řada z nás řeší vlastní problém se zdravím na poslední chvíli. Později při návštěvě ordinace, slyšíme od lékařů poznámky o možnosti účinnější léčby, pokud je včas navštívíme, již při prvotních potížích. Ve většině případů nejsme povoláním lékaři. Naše znalosti o zdraví mají často všeobecnou rovinu a léčení pak rádi přenecháme odborníkům.

Léčba se provádí v mnoha případech ve zdravotnických institucích. Lékařská péče se řídí nejen vlastní vědou ale i aktuálním zdravotním stavem pacienta a nejposlednějšími výzkumy. Zdraví je termín, který se odkazuje na kombinaci nepřítomnosti nemoci, schopnost zvládnout každodenní aktivity, tělesné zdraví a vysokou kvalitu života. V každém organismu může být zdraví řečeno jako "stav rovnováhy" , nebo analogický homeostasis, a to také implikuje dobrý předpoklad pro pokračující přežití. Wellness je termín někdy používaný k popisu psychologického stavu být zdravý, ale často je používán na poli alternativní medicíny k popisu něčího stavu bytí.

Nejčastěji je přijímána definice zdraví od Světové zdravotní organizace (WHO). Vyjadřuje, že "zdraví je stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnosti nemoci nebo neduživosti" (WHO, 1946). V nedávných dobách toto prohlášení bylo upraveno, aby zahrnovalo schopnost vést "společensky a ekonomicky plodný život". Definice WHO není bez kritiky, protože někteří argumentují, že zdraví nemůže být definováno vůbec jako stav, ale musí být viděno jako proces nepřetržitého přizpůsobování měnícím se požadavkům života a měnícímu se významu, který dáváme životu. Definice WHO je proto považována mnohými jako často idealistický cíl, než reálný problém. LaLondeho zpráva naznačila, že existují čtyři obecné determinanty zdraví, které nazval "biologie člověka", "prostředí", "životní styl" a "zdravotnické organizace".¹

Samotná péče má zákonnou podobu. Jinak tomu není ani u zdravotnických institucí. Zákon o péči a zdraví lidu postihuje také význam zdravotnických institucí. „Tímto zákonem je řešena a vlastně i specifikována tzv. „soustava zdravotnických zařízení“, kterou tvoří nejen veškerá zdravotnická zařízení, ale i např. vědecká pracoviště, distributoři a výrobci léčiv a zdravotní techniky, školská a školící zařízení, a to bez ohledu na zřizovatele. Zákon ukládá těmto zařízením povinnosti, specifikuje obecné podmínky, za jakých mohou být taková zařízení zakládána (nejedná se pouze o nemocnice či specializovaná pracoviště, ale např. i lékárny). Zákon také ukládá správu, ukončení činnosti těchto zařízení a dále opravňuje ministerstvo zdravotnictví ČR k zákazu zřízení, provozu či ukončení činnosti zařízení, jenž by tyto podmínky nesplňovalo.“²

2.1. Počátky zdravotní péče

Pro skutečné porozumění významu zdravotnických ústavů se vraťme do historie. Nemocnice během staletích plnily řadu různých rolí a funkcí. Ve středověku fungovaly jako klášterní útulky pro chudé, v devatenáctém století byly posledním útočištěm umírajících a ve dvacátém století se staly symbolem moderního zdravotnického systému. Nemocnice se vyvíjely v reakci na sociální a politické změny a změny v lékařských znalostech. První příklady organizací, které mohou být považovány za nemocnice, se objevují již v sedmém století v Byzanci. Ve dvanáctém století měla řada arabských měst malé nemocnice, první velká nemocnice byla postavena v Káhiře v roce 1238 AD. Křesťanský svět se s budovami, ve kterých se léčí

¹ Lékařský slovník, <http://lekarstvi-2.navajo.cz/>

² Wikipedie – otevřená encyklopedie, 21.8.2006, http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kon_o_p%C3%A9%C4%8Di_o_zdrav%C3%AD_lidu#Zdravotnick.C3.A1_za.C5.99.C3.ADzen.C3.AD

nemocní a zranění, seznámil za křížáckých tažení v jedenáctém století. Během dalších staletí bylo rytířskými řády postaveno mnoho nemocnic po celé Evropě. Rozmach evropských nemocnic započal až ve třináctém století. Ve středověku byly nemocnice často připojeny ke klášterům. V šestnáctém století již začal v nemocnicích převládat lékařský charakter, přestaly být vnímány jako útočiště pro chudé a umírající. V sedmnáctém století, v reakci na rostoucí urbanizaci, se objevila druhá vlna nemocničních budov. Ve století devatenáctém se začala prosazovat role státu, který postupně přebíral úlohu garanta ve zdravotnickém systému a tak koncem tohoto století měla již všechna velká evropská města jak soukromé, tak veřejné všeobecné nemocnice. Veřejné nemocnice se staly dějištěm většiny výzkumů a výuky. Ve dvacátém století přešla většina evropských nemocnic pod určitou formou státní kontroly, protože filantropické příspěvky a platby pacientů přestaly dostačovat obrovskému růstu nákladů na léčení. Nemocnice se do své současné dominantní pozice dostaly až díky rozvoji sterilních a dezinfekčních technik, efektivnějším anestetikům, větším chirurgickým znalostem a dovednostem a revoluci v technologiích. Dříve zdravotnická zařízení napravovala důsledky nemoci, v současnosti nemocnice zabezpečují řešení akutních stavů. Dochází k nápravě zdraví pacienta, lékaři umí napravit způsobené škody uvnitř i vně těla a vyléčit většinu onemocnění. Podle mého názoru, nastává čas k posunu funkce nemocnic směrem k prevenci. Nemocnice by si měly zachovat své role a speciálně záchranou funkci, ale především by se měly zaměřit na prevenci a současně na rehabilitaci. Dojde tak k uzavření kruhu a k doporučení, která mají preventivní charakter. Zaměření se na prevenci přináší jak ekonomické úspory, tak i zlepšení a ochranu zdraví.

Vhodnou léčbu bychom měli dostat prostřednictvím efektivní a kvalitně poskytované péče v mnoha směrech. Hodnotíme lékařskou péči. Vrátila bych se ke stanovení si základního pojetí kvality péče. Z odborného hlediska se kvalita péče může odvozovat a posuzovat na základě

- (1) určitého vzdělání, specifických znalostí a dovedností zdravotnického personálu,
- (2) dodržování odborných postupů a metod,
- (3) prevence komplikací a mimořádných příhod,
- (4) dodržování etických zásad a respektování práv pacienta či klienta,
- (5) zvládnutí organizace práce včetně adekvátní dokumentace a komunikace o pacientovi či klientovi, včasného vyšetření, předávání apod.,
- (6) vybavení a bezpečnosti pracoviště.

Soubor kritérií, podle nichž se hodnotí kvalita péče, se nazývá standardy. Pro udržování a rozvoj kvality péče slouží postupy na mnoha úrovních počínaje daným pracovištěm (sebehodnocení, vnitřní management kvality) přes postupy uplatňované v odborné komunitě a mezi pracovišti navzájem až po mechanismy, využívané státní správou nebo poskytovateli finančních prostředků (inspekce, akreditace). Je nezbytné se zabývat kvalitou péče i z hlediska klientů, kteří ji využívají, zjišťovat jejich spokojenost se službami a hodnotit jejich potřeby a preference.³

Pacient žádá zdravotnické služby nejen kvalitní, ale i bezpečné a přiměřené potřebám jeho samotného, i potřebám jeho rodinných příslušníků. Nemocnice k tomuto požadavku přistupují s vysokou odpovědností a otázkám zvyšování kvality zdravotní péče věnují velkou pozornost. To vedlo u některých zdravotnických zařízení k rozhodnutí o vzniku Centra kvality péče, které pokračuje v kontinuálním procesu zvyšování kvality. Vycházeli jsme z pevného základu, kdy kvalita péče o pacienta by měla být stanovena v nemocnici vždy jako priorita nejvyšší a měla by mít stále rostoucí tendenci. Směřujeme k tomu, aby poskytovaná zdravotnická péče i nezdravotnické služby byly co nejvíce efektivní, z hlediska pacienta bezpečné, přiměřené a přístupné.

Efektivita v žádné oblasti lidské činnosti, tedy ani v řízení zdravotnického zařízení, nelze dosáhnout bez dodržování principů řízení a bez hodnocení výsledků. Řízení není možné bez jasně stanovených pravidel a cílů, prostřednictvím nichž je jak v každé jiné organizaci, tak i v nemocnici dosahováno vysoké kvality výstupů - v našem případě úrovně poskytované péče. V resortu zdravotnictví byla Ministerstvem zdravotnictví České republiky legislativně daná aktivita, zaměřená na dosažení certifikátu kvality zdravotnického zařízení, určitá akreditace. V roce 1998 byla zřízena Spojená akreditační komise a vydány akreditační standardy (Věstník MZ ČR roč. 1998, částka 7, červen 1998). Akreditační proces je chápán jako zavedení systému řízení nemocnice umožňujícího zajištění podmínek pro poskytování kvalitní zdravotní péče.⁴

³ Kvalita péče – Quality of care, 4.10.2005, http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/k/kvalita_pece_quality_of_care

⁴ Kvalita péče, 23.2.2006 <http://www.fnol.cz/main.jsp?id=790>

2.2. Řízení kvality a bezpečná péče

Kvalitou zdravotní péče ve zdravotnictví se rozumí (podle definice WHO) souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe. Pro zvýšení pacientovy bezpečnosti jsme zavedli identifikace pacientů i zdravotnických prostředků. Jedny z nejčastějších chyb s často fatálními následky jsou pochybení spojená se špatnou identifikací pacienta nebo odebraného vzorku. Studie říkají, že v drtivé většině případů jsou tyto chyby preventabilní. Středem naší pozornosti je za každých okolností a v každé situaci prospěch pacienta.

Provedeným projektem na podporu bezpečnosti a kvality poskytované péče byla uvedena v praxi identifikace pacientů v MOÚ pomocí náramků. K zahájení došlo v roce 2004. Plošné zavedení používání náramků pro všechny hospitalizované pacienty bylo zahájeno v roce 2005. Hospitalizovaní pacienti jsou označeni na zápěstí plastovým náramkem s čárovým kódem s jehož pomocí lze jednoznačně identifikovat nejen pacienta, ale i návazně i veškeré výkony, které mu byly nebo budou provedeny.

Naplnění této vize představuje efektivní fungování nemocnice i dalších zdravotnických zařízení. Efektivita zdravotní péče je charakterizována poskytnutím optimální péče za rozumnou cenu při zabezpečení maximální míry kvality.

2.2.1. Optimální péče

Jaká je optimální péče? Co dělat, když onemocní někdo z blízkých? Především je třeba včas stanovit diagnózu, určit typ demence a zahájit včasnou léčbu. Proto jsou nezbytné preventivní prohlídky u lidí nad 65 let – jde o tzv. funkční geriatrické vyšetření, aby se počínající poruchy rozpoznaly a včas se léčily. Pokud nemoc u někoho blízkého propukne, je důležité vytvořit mu kvalitní zázemí a dát mu najevo, že věříme jeho představám a umíme chápat jeho změněný svět. Je také potřeba vybudovat vhodné prostředí, ve kterém by se nemocný cítil bezpečně a postarat se o kvalitní pečovatelskou a lékařskou péči.⁵ Předešlých pár řádků vyjadřuje příklad optimální péče, alespoň podle mého názoru. Přístup k pacientovi musí být citlivý, ohleduplný a rozumný.

⁵ Klevelandová, Dana: „Stesky svědomité dcery“. Geriatrická klinika 1. LF v Praze, 12.7.2004, http://www.jedensvet.cz/skoly/download/pdf/jnsfilmquestions_22.pdf

2.2.2. Rozumná cena

Pokud se zeptáte kohokoliv na výši úhrady za léčbu, každý Vám dá jinou odpověď. Bude se odvíjet od aktuálního stavu dotazovaného. Částka by měla pokrýt pro každého z nás dostatečnou péči. Stejná péče ve shodnou dobu se liší. V současnosti dochází k výzkumům zabývajících se nákladovostí standardizované léčby. Na odpověď si budeme muset chvíli počkat, ale musíme vždy vynaložit takové prostředky, které pacientovi léčebně pomohou a nezatíží ho.

2.2.3. Maximální kvalita

Míra kvality se také odvíjí případ od případu, ale vždy musí být pacientovi pomoheno a nesmí být ubližováno. Určení míry poskytované péče není predikovatelné a vychází ze zkušeností lékaře. Snaha by měla být směřována k co nejméně zatěžujícímu léčení a následnému uzdravení pacienta.

2.3. Kompozice systému

Léčbu poskytuje obecně zdravotnický personál. Management poskytuje odborné a materiální zázemí nutné a předem stanovené externími a vnitřními normami. Trh nabízí řešení možností obou stránek zázemí. Firmy, jednotlivci i společnost představují nabídku a zároveň poptávku v daném segmentu trhu. Trh má své vlastní specifické prostředí. Je definovaný vysokými odbornými požadavky, náročností technického vybavení a nepřetržitou modernizací. Náročné prostředí umožňuje vývoj nových technologií, čímž se zabývají firmy zaměřené na konkrétní cíl. Často firmy přichází s novinkami řešícími budoucí i stávající situace ve zdravotnictví. Vysoká odbornost, konkurečnost prostředí a velmi přísné podmínky společnosti zabezpečují alespoň v přiměřené míře dobrou zdravotní péči a zdraví nás všech.

2.3.1. Zdraví

Odpovězme si na otázku, co pro nás znamená zdraví. Zdraví jedince představuje psychické i fyzické pohodlí, které čas od času ztrácíme díky řadě okolností. Ztížení potíží způsobuje nejčastěji vlivem prostředí. Každodenně nás ovlivňuje jeho charakter. Umí přinést obrovské potíže, ale i absolutně uspokojivé podmínky pro život. Náš organismus se snaží přizpůsobit. Při oslabení obranyschopnosti těla potřebuje náhradní ochranu.

2.3.2. Gatekeeprový systém:

Obranyschopnost nacházíme u léčby medikamenty nebo jinými technikami podávanými prostřednictvím lékařů a jiných specialistů. Pečují o zhoršený stav pacienta. Diagnostikují příčiny obtíží. Pacient se dostává prostřednictvím Gatekeeprového systému a na doporučení praktického lékaře ke speciálnímu vyšetření. Nemocný nemusí vyloučit ani variantu navštívení specialisty jako prvotní péče. Podrobná analýza pacientova stavu umožní konkretizaci diagnózy. Nejčastěji nemocnice nabízí možnost zkoumání fyzického stavu.

2.3.3. Zdravotnická zařízení

Nemocnice tvoří pouze laboratoře. Stejně významnou část představuje vlastní prostředí pro výkon služeb. Především se zde pacientovi dostane odpovídající péče. Akutní stavy ohrožení zdraví jedince jsou ošetřovány ve výše zmiňovaných zdravotnických zařízeních. Nemocnice je nejcharakterističtější institucí poskytující specializované služby. Existují další instituce pečující o pacienta. Speciální péči o člověka najdeme také v poliklinikách, ale hlavně v nemocnicích. Některé odbornosti se soustřeďují do vlastních institucí. Příklad dává stomatologický obor, jenž provádí péči ve vlastních ordinacích. V poliklinikách se soustředí větší počet oborů zaměřujících se na provádění akutní péče. V nemocnicích je poskytována intenzivní péče. Někdy následné ošetřování nemocného přechází do domácí formy. Jindy další článek zdravotnického systému tvoří léčebna dlouhodobě nemocných. Lidem poskytuje trvalou a jen mírně intenzivní péči. Starají se o nemocné, u kterých je odhad rekonvalescence delší a povaha onemocnění vyžaduje pouze do jisté míry intenzivní péči a zároveň nemůže být předán do domácího ošetřování. Neméně nezbytným dílem zdravotního systému je rehabilitace. Má za cíl usnadnit návrat člověka do aktivního života.

2.3.4. Rehabilitace

Rehabilitace je poskytována v rehabilitačních centrech, v lázních případně v jiných specializovaných institucích. Ve všech typech rehabilitačních ústavů nachází pacient prostředek k nápravě fyzických schopností organismu. Dlouhodobé využívání odborných služeb přináší často absolutní návrat obnovené funkčnosti organismu. Psychická a fyzická stránka člověka bývá úzce propojena.

2.3.5. Psychologie

Psychologické pohodlí pacienta ovlivňuje podstatně průběh nemoci či zranění, uzdravení a návrat k aktivnímu životu. Při podpoře dobrého psychického stavu pacienta průběh nemoci se krátí a snižuje počet komplikací. Podpora nemocného ulehčuje rekonvalescenci společně s léčením fyzické schránky. Duševní pomoc si dává za cíl vyřešit psychosomatické obtíže nemocného. Zisk potřebného komfortu obsahuje více stránek lidských obtíží. Psychická a fyzická stránka tvoří vzájemně propojený celek lidské bytosti.

2.3.6. Vzdělávání

Na původní myšlenke duchovní péče o nemocné založili první nemocnice a pečovatelské domy, kam byli odkládáni churaví lidé, aby nenakazili zdravé. Vznikaly pod záštitou církvi. Vlastní výkon péče prováděly jeptišky a řádové sestry. Jejich odbornost narůstala. Nemocnice poskytuje záchranu a péči o jedince. Své služby provádí na vysoké úrovni. Dosažení uspokojivého stavu vyžaduje vysoké nároky na vzdělání a odbornost personálu, technické vybavení a v neposlední řadě na udržení chodu zdravotnické instituce. Lékař dosáhne medicínského vzdělání, následně dochází k průběžnému vzdělávání, které bývá ukončeno atestací nebo dosažením akademické úrovně. Další doplňování vzdělání probíhá ve formě seminářů. Jak náročná je úroveň znalostí v odbornosti, tak vysoké jsou požadavky na technické vybavení a zabezpečení zdravotnických institucí. Zvyšující se nároky klade společnost na nemocnice. Důvodem se zdá být možnost prvotní žádosti o akutní pomoc člověku, ale hlavní záměr udává charakter poskytovaných služeb.

2.3.7. Přehled o stavu a charakteru majetku

Zdravotnická zařízení slouží k péči od méně až po vysoce akutně nemocné pacienty. Proto na zabezpečované služby klademe velmi vysoké odbornostní nároky v podobě pečujícího personálu. Těm pomáhají ve výkonu práce nejmodernější technologie. Sami nezajistí maximum. Svou úlohu zde hraje i následná péče. Šťastnější pacienti „končí“ v rehabilitačních centrech, které poskytují stejně důležité služby. Pro některé případy existují léčebny dlouhodobě nemocných, kde pokračuje potřebná léčba.

Definice potřeb jednotlivých institucí usnadňuje naplňování vlastních účelů poskytovaných služeb. Přehled o jednotlivých zásobách usnadňuje běžné fungování společnosti bez komplikací. Nemocnice vyžadují přesnější znalosti o svém majetku častěji a podrobněji než jiné podniky. Některé zásoby mají povahu život ohrožující. Zde podrobná evidence je nezbytná a nutná. Kromě specifických vlastností materiálu potřebuje zdravotnická instituce jednoduše vědět aktuální množství na jednotlivých pracovištích, aby mohla stoprocentně zajistit vlastní chod. Stejnou hodnotu informací přináší evidence o technologii, povědomí o stavu budov i přehled o odbornosti personálu.

2.3.8. Informační systémy

Všechna tato data patří do prvotních informací, nezbytných pro bezproblémový běh nemocnice i jiných zdravotnických institucích. Lepší organizaci nemocnice umožňují zabezpečit informační systémy. Ulehčují, zpřehledňují a zjednodušují práci. Informační systémy obsahují různé jednotlivé programy podporující synergický efekt organizace.

2.3.9. Budoucnost

Nejenom znalost o stavu zabezpečení nemocnice majetkem má důležitý význam, ale i další věci je potřeba znát. Společnost se mění. Současně dochází ke změně povah a charakterů onemocnění a zranění. Jinými slovy je dobré vědět o současných potřebách, ale nedochází k dostačujícímu pokrytí, nemocnice se musí pokusit o správný odhad budoucnosti. Dnešní společnost se vyvíjí už nyní. Každý den cestuje jednotlivec do nové oblasti, odkud se může vrátit s infekčním onemocněním. Provozujeme nové a ne zcela známé sporty. Obecně děláme jiné činnosti než dosud. Zároveň se vyvíjejí nemoce samotné, přizpůsobují se novému prostředí.

Vývoj se nevyhýbá ani průmyslu. Konkrétně mám na mysli novodobé technologie, které zjednodušují nebo vůbec umožňují zajištění stávajících a nových vyšetření. Tempo změn lze těžko odhadnout. Ke změnám dochází různě rychle, u jednotlivých skupin odlišně. I přesto bychom měli udělat odhad do budoucna.

Zajištění novodobých požadavků bychom měli zabezpečit už raději dnes, než zachraňovat situaci později. Řešení dané situace by se nemuselo nalézt a konce by mohly být katastrofické. Měli bychom se spoluúčastnit zabezpečení potřeb společnosti.

Způsobů uspokojení těchto požadavků se nabízí nespočet. Nám jde o efektivní a účinné řešení. Teď nemocnice představují na trhu poptávku a odborné firmy tvoří nabídku. Firmy přináší vlastní způsob uspokojení poptávky. Umí nabídnout řadu řešení zajištěnou prostřednictvím svých sil a technologií. Následně dochází k analýze prostředí. Přivádí nás k přehledu aktuální nabídky řešení od jednotlivých firem. Zároveň dostáváme aktuální pohled na situaci na trhu, který může přiblížit svá rizika a rozšířit zkoumané obzory.

2.3.10. Informační technologie

V současnosti nabídka firem obsahuje nepřehledné a široké množství poskytovaných služeb a produktů. Některé přesahují mě aktuálně známé možnosti. Přínos pouhé analýzy může mít nad očekávání dobré výsledky. Poslední vymožeností a středem zájmu společností je IT oblast a nové technologie. Vznik těchto firem byl dán požadavkem, či spíše potřebou, nejen zdravotnických společností, a to na způsob zpracování a organizaci dat vyskytujících se v systému. Manažerské informační systémy zajistily požadovaný výsledek a přinesly pro řadu z nich významné zrychlení práce, pro jiného zpřesnění uložených informací a vytvořily prostor pro existenci širší spolupráce - synergického efektu.

3. Nemocnice

Nejprve definujeme pojem zdravotnického zařízení a nemocnice. Podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, hlava druhá definuje zdravotnickou soustavu v podobě zdravotnických zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob. Součástí soustavy zdravotnických zařízení jsou zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických zaměstnanců, organizace pro zdravotnickou výrobu pro zásobování léčivy a jinými prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu, vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.⁶

⁶ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, 2.1.2006,
<http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=113>

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů vymenovává druhy zařízení a organizace zdravotnické soustavy zřízené ministerstvem zdravotnictví, kraji v samostatné působnosti nebo obcemi řízenými svými zřizovateli. Výčet obsahuje zařízení hygienické služby, zařízení léčebně preventivní péče, zařízení ambulantní péče a nemocnice, zařízení závodní preventivní péče, odborné léčebné ústavy, lékárny a zvláštní dětská zařízení.

3.1. Zařízení ambulantní péče a nemocnice

- (1) Základním článkem zařízení ambulantní péče jsou ordinace praktických lékařů, případně ordinace dalších odborných lékařů.
- (2) Sdružená ambulantní zařízení jsou léčebná zařízení, která jsou umístěna mimo území nemocnic, s nimiž nejsou organizačně ani personálně spojena. V jejich ordinacích se poskytuje jednotlivcům nebo skupinám osob základní a specializovaná zdravotní péče.
- (3) Nemocnice poskytují ambulantní a lůžkovou, základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření.

3.1.1. Zařízení závodní preventivní péče

Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví a sociální pohody zaměstnanců, pravidelně kontrolují pracoviště podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na člověka při práci, vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců, zajišťují poskytnutí první pomoci zaměstnancům, spolupracují s příslušným orgánem ochrany veřejného zdraví a podílejí se na výcviku a výchově v oblasti ochrany a podpory zdraví.

3.1.2. Odborné léčebné ústavy

- (1) Léčebně preventivní péči osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením, poskytují odborné léčebné ústavy specializované zpravidla podle druhu nemocí. Jejich péče navazuje na péči nemocnic s poliklinikami.

- (2) Odbornými léčebnými ústavami jsou léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy a další léčebny, ozdravovny a noční sanatoria.
- (3) Lázeňskými léčebnami jsou odborné léčebné ústavy, které využívají při poskytování léčebně preventivní péče především přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek. K vyšetřovacím a léčebným účelům ambulantní lázeňské péče a k poskytování některých dalších odborných služeb může být v lázeňském místě zřízena lázeňská poliklinika.
- (4) Ozdravovny poskytují ústavní péči osobám v rekonvalescenci nebo osobám ohroženým na zdraví.
- (5) Noční sanatoria poskytují péči schopným osobám s ohroženým nebo narušeným zdravím potřebnou péči mimo jejich pracovní dobu.

3.1.3. Lékárny

Lékárny a další zdravotnická zařízení k tomu určené vydávají také zdravotnické prostředky; některé z nich též zhotovují a opravují určité druhy těchto prostředků. Poslední částí jsou zvláštní dětská zařízení. K zařízením léčebně preventivní péče se přiřazují kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle, pečující o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let.

3.2. Právní a ekonomická funkce

Ač se to nezdá, i nemocnice nebo jiné zdravotnické zařízení je svým způsobem firma. Právní normy často označují tyto instituce jako příspěvkovou či jinak samosprávnou organizaci. Mají svá práva a povinnosti k sobě i ke svým zákazníkům. Naproti tomu společnost jim uděluje zvláštní označení. Jsou svým způsobem vyjímečné díky charakteru poskytovaných služeb. Mají zvláštní druh koncese. Existují i jiné společnosti podnikající na principu koncesní živnosti. Zde cena plní své alokační i další funkce.

Etika říká, že léčit je poslání člověka pro druhé. Pouze činy a slovy není člověk živ. Tedy i cena ve zdravotnictví má své místo a plní své funkce. Nastavení těchto hodnot vyžaduje obrovské životní zkušenosti, ale i přesto nikdo nemá právo hodnotit život druhého. Všichni chceme nejlepší péči. Kvalitní péči dosáhneme přesnou aplikací léčebného postupu. V této otázce rovněž narážíme na subjektivní soudy lékaře nebo jiného zdravotnického personálu.

Kvalitní péči dostaneme od uspořádaného personálu, který si ví rady snad v každém okamžiku. Sebejistý personál se vyznačuje řadou znaků. Jedním je kontinuální vzdělávací proces personálu. Důležitý směr nabízí i manažerský informační systém, který ulehčuje a zpřehledňuje práci jak jsme ji jednou zmínili.

3.3. Oblasti s požadavkem na řešení

Manažerským informačním systémem se zabývá rovněž výše zmíněná firma STAPRO. Úvahu nad vývojem budoucnosti zahrnuje firma již dnes v určité strategii své nabídky. Nadcházející doba má své široké hranice. Kdosi řekl, že meze, které si dáváme, jsou jenom námi nepřekonatelné. V péči o zdraví již bylo dokázáno mnohokrát toto přísloví. Medicína, lékařské technologie, objevení nových lékových preparátů „postihuje“ proces změny samotné společnosti. Pro udržení se na špičkové odbornostní úrovni vyžaduje neustálé vzdělávání a snížení administrativní péče. Manažerské informační systémy proto ulehčí řadu operací v jakémkoliv zdravotnické organizaci. Zvládají podporu oblastí týkající se hlavní poskytované služby, správy materiálů, léků, stravování, zařízení a uspokojit personální potřeby většiny zúčastněných. Obsah informačního systému tvoří jednotlivé programy. Mají diagnostický, zobrazovací, informační a správní charakter. Napomáhají udržet soulad v průběhu jednotlivých činností i s ohledem na jejich povahu. Datová náročnost má celkově vysoké nároky. Zobrazovací služby systému udávají hlavní důvod obsahové náročnosti. Význam zatíženého prostoru nahrazuje své negativní dopady pozitivními přínosy. Detailnost zachovaných snímků zpřesňuje stanovení diagnóz v danou dobu. Možnost dozoru nad chodem ostatních oddělení získávají jednotlivé programy prostřednictvím sdílených dat. Souběžně probíhá vlastní organizace instituce. Programy poskytují stejně kvalitní podporu správním činnostem zdravotnického zařízení. Efektivní a optimalizované informace se mohou prolínat a navzájem doplňovat. Jednotlivé části informačního systému naplňují princip synergického efektu.

3.4. Výběr – spolupráce – podmínky řešení

Význam spolupráce má důležitý vliv na kvalitu poskytovaných služeb. Podávání maximální míry kvality léčby je jednou z cest, jak můžeme požadované úrovně dosáhnout. Mluvíme o variantě. Mým návrhem na řešení požadavku ve vztahu k ohleduplnému opatrování nemocného naplní efektivní a špičkové provedení základních činností. Většina lidí by mohla

zastávat jiný také rozšířený názor. Mohly by označovat poskytování maximální péče jako jediný směr k zajištění zdraví nemocnému. Zastávají mínění, že každý potřebuje nemodernější léky a procedury. Snaží se dosáhnout kýženého efektu, který není zaručen, za jakoukoliv cenu. Často při výskytu bezvýchodné, neřešitelné situace i sami lékaři sahají pro další a další možnosti k záchraně. Bezmocnost má stresový charakter, který využívá známých a jednoduchých metod k dosažení vlastního cíle. Když jedna metoda selhává, měl by se použít další způsob léčení. Lidé kladou požadavek na nejmodernější medicínu. Někdy kouzlo půvabu spočívá v jednoduchosti a ve starých dobrých osvědčených metodách. Jde o řadu charakteristik prováděné léčby. Nezastávejme názor použití jedné nebo druhé metody. Příkladně větší důraz na způsob provádění kvalitního léčení. Oporu můžeme najít ve správném, perfektním a řádném poskytování léčebné péče. Účel můžeme vidět v maximálním dobrém provedení způsobu léčby, který vykazuje známky pečlivosti, zručnosti, zkušenosti. Občas se skrývá řešení v dlouhodobé výdrži ve vztahu k léčebné péči, což je v dnešní době obtížné.

Dnes tendence směřuje k rychlému provedení, nevyjímaje i medicínu. Požaduje maximální úroveň v oblasti vlastního provedení každodenních činností. Péče by měla být poskytována s velkou pečlivostí, opatrností a důkladností ve vztahu k pacientům. Nemocný vyžaduje čisté prostředí. Pacient se především uzdraví ve známém, normálním prostředí, bez stresu. Samozřejmě naplnění požadovaného charakteru péče požaduje rozumnou dobu k rekonvalescenci jedince a organismu. Ať jsou vyžadovány jakékoliv postupy léčby, vystupují na povrch požadavky na aplikaci nejmodernějších a nejúčinnějších léků nebo metod, které však nespasí každého díky jeho vlastní originalitě. Není možno pokládat za důležité celkovou délku rekonvalescence. Klademe nároky na opravdové uzdravení. Měli bychom si všimnout kvality průběhu léčby. Hovořili jsme o čase, o procesu a průběhu léčby.

Neméně důležitým faktorem v uzdravování je i psychosomatických procesech. „Z psychosomatického hlediska se jedná o jakýsi konflikt organismu sama se sebou nebo se zevním světem. Potlačený psychosomatický konflikt nemůže být vyjádřen a je objektivizován –materializován“ na příklad“ ve formě místního zánětu.“⁷ Tento faktor by nás měl přivést zpět k podstatě a efektivnosti rekonvalescence. Psychosomatické jevy znamenají

⁷ Dufek M.: „Psychosomatické hledisko - konfliktní situace - zánět – ANGIN“. Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní medicíny, 14.06. 2006, <http://www.clanky-o-zdravi.online-prodej.cz/psychosomaticke-hledisko-konfliktni-situace-zanet-angin-mudr-dufek.htm>

vlivy prostředí promítané ve vědomí jedince, které ovlivňují míru a kvalitu a rychlost či snahu vypořádání se s nastalými obtížemi.

Právě vnitřně projektované chování okolí ukazuje, jak významným faktorem se stává poskytování péče při ošetřování. Projevený zájem, perfektnost provedení má častěji pro pacienta větší váhu než podávání nejmodernějších léků či nejposlednější operace. Jistě klást chválu jen na toto na jednu miskú vah, by znamenalo chybu. I laparoskopická operace, jedna z velmi šetrných přístupů, má své neocenitelné výhody. Rovněž tato operativní metoda má své oprávněné odpůrce. Každý chceme to nejlepší. Rozporuplnost se nachází v míře maximální kvality péče. Šance se shodnout na představě o maximu by představovalo neustálou výměnu názorů podloženou různými výzkumy. Průvodní jev přináší obtíže a zároveň nás posunuje zase o krok dál, díky řadě variant máme zajištěn další rozvoj. Těžko se stanovuje optimum natož maximum potřebné péče pro pacienta zvlášť. Každý pacient reaguje různě na podávané léky, prostředky. Celá léčba je ovlivněna také vlivy okolí. Zaujměme jiný pohled na kvalitu. Nepovažujme ji za míru modernosti a odbornosti. Přistupujme k ní, jako k míře bezpečnosti, perfektnosti, pečlivosti, opatrnosti, ke které není potřeba vysoké odbornosti. Hlavní předností se stávají základní znalosti a vytrvalost v konání.

3.5. Při vlastním výběru

Vkládat jen pozitiva v management řízené péče dává prostor k přehlednutí chyb. Kvalitní péči poškozují přemíra věnované péče. Hlavním regulátorem by měl být pacient. O toho jde. Má být centrem pozornosti. Do procesu bychom měli zahrnout funkce kontroly a zpětné vazby. Obě funkce může zabezpečovat vyšší řídicí úroveň. Dobrý přístup se nachází v samostatné kontrole, kterou provede vykonávající osoba. Zpětná vazba daná ze strany vedoucího nepůsobí tak, jako od pacientů a dotazníků jejich spokojenosti. Tyto dotazníky přinášejí nezkreslené dojmy a požadavky, které ředitel zdravotnického zařízení nevnímá z důvodu opomenutí či takovouto potřebu nevidí či necítí.

4. Historie a současnost nemocnice - účel pro nemocnici

Zlepšování procesu péče o pacienta souvisí s historickou dobou, která nabízí své dobové vymoženosti. Poznáním historie poznáme sama sebe, a to, o co se zajímáme. To mě naučil už pan profesor dějepisu na střední škole. Sílu pravdy toho rčení snad zná většina z nás. Širší

průřez historií jsem uvedla v odstavci - Počátky medicíny. Poznání má být detailní. Dále jsem se pokusila přiblížit pár konkrétních historických údajů. Jak už několikrát bylo řečeno, každá doba má své. Samo ošetřování se odvíjí od vývoje medicíny, ale způsob provádění je pouze na zdravotnickém personálu. Důkazy o vlastní hodnotě podává samostatně vyučovaný obor pečovatelsví. Přístup k lidem představuje významnou část při léčbě. Na jednom příkladu ze severovýchodních Čech, z oblasti Karviné, si přiblížíme průběh vývoje pečovatelsví. Péče o nemocné se měnila tak, jak se měnil dobový pohled společnosti na ni.

4.1. Vlastní historie Karviné

Ve středověku se na péči na nemocné pohlíželo jako na charitativní činnost, která byla v řadě případů spíše doménou církve. První známý městský špitál na území Karviné založila piastovská kněžna Anna v r. 1472 při kapli sv. Bartoloměje přibližně v místech dnešní sportovní haly. Financování jeho provozu zajistila kněžna výnosem z obce Věřňovice. Na území obce Orlové stával benediktýnský klášter, v jehož zdech zřídili mniši malý špitál, kde ošetřovali nemocné.

Industriální éra přinesla karvinskému regionu velké změny. Těžba uhlí postupně změnila kraj k nepoznání. Na jedné straně prosperita, masivní imigrace, na druhé straně devastace krajiny i zdravotního stavu obyvatelstva. V souvislosti s tím se objevuje nová skupina pacientů - horníci postižení pracovními úrazy či následky práce ve velmi nepříznivém důlním prostředí. V té době proto vznikají malé nemocnice v blízkosti samotných šachet. Na konci 19. století vznikají různé vzájemné podpůrné spolky dělnictva, vznikají první nemocenské pojišťovny, které pomáhají zdravotní péči financovat.

První závodní nemocnice v Karviné (dnes Karviná-2 Doly) byla založena v roce 1897 a je spojena s legendární osobou primáře Baiera. Od roku 1948 tam byla porodnice, kterou již v roce 1955 bylo nutno vyklidit pro ohrožení z poddolování a zanedlouho je tato nemocnice srovnána se zemí.

Na druhé straně první veřejná nemocnice na území dnešního okresu Karviná vznikla v Orlové v roce 1902. Tuto nemocnici, která již také dávno nestojí, lze považovat za předchůdkyni dnešní nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj.

Po roce 1948 se začalo pohlížet na zdraví pracujících jako na statek společnosti, řízení a financování zdravotnictví postupně plně převzal stát. Úroveň zdravotní péče byla měřena kvantitativními ukazateli jako počet lůžek na jednotku obyvatelstva, počet obyvatel na jednoho lékaře. Tím se rozumělo, že tyto ukazatele hovoří zároveň o kvalitě.

V roce 1951 byl založen jako jeden z prvních v republice Okresní ústav národního zdraví v Karviné. Hned na začátku stál tento ústav před úkolem zajistit nemocniční péči pro vzrůstající počet obyvatel při stagnujícím lůžkovém fondu, který se nacházel v budovách ohrožených poddolováním. Za takových okolností se stalo nezbytným postavení nové nemocnice.

Pro stavbu nové nemocnice byla vybrána lokalita v terénu, kde se v budoucnosti nemělo těžit, za hranicí intravilánu města Fryštátu tvořenou ulicí Vydmuchov (ve zdejší nářečí něco jako Větrná hůrka, Vystrkov). Areál budoucí nemocnice zasahoval do parku bývalého rájeckého Larischova zámečku. Po jedné straně se rozkládal park darkovských lázní a po druhé straně jen širé znárodněné lány, na kterých později vyrostlo sídliště Karviná-Ráj. Se stavbou se začalo ještě v roce 1951 za nepříznivých podmínek. Při nedostatečné stavební kapacitě nejednou brigádnicky vypomáhali úředníci z okresního ústavu národního zdraví. Z původně plánovaných pěti let se výstavba prodloužila na deset. Už v roce 1956 se do přízemí a prvního podlaží umístí dětské oddělení, evakuované ze zdevastované budovy v Karviné 2, zatímco v hořejších patrech se ještě pilně pracuje. Vytápění oddělení v rozestavěné budově bylo vyřešeno kuriózně: využitím vyřazené parní lokomotivy. O rok později, rok před oficiálním otevřením, se otevírá interní oddělení. Zprvu slouží jako jednotka oddělení orlovské interny pro odkládání chronicky nemocných pacientů. Metropolí nemocniční péče v okrese ještě totiž stále zůstávala Orlová.

Až konečně 1. října 1958 se slavnostně přestřihuje páska a nemocnice v Karviné-Ráji byla oficiálně otevřena. Nevadilo, že budova polikliniky byla dokončena na úrovni hrubé stavby a budovy pavilonů byly ještě v základech. Pavilon plicního oddělení byl otevřen v roce 1961 a infekční pavilon teprve v roce 1962. V říjnu 1958 nastalo velké stěhování personálu, vybavení i pacientů, a to za plného provozu. Během pohotovostní služby se například ještě operovalo v Orlové, dopolední operační program už probíhal v Karviné. Orlovská nemocnice osiřela, ale jak se ukázalo, ne na dlouho.

Na počátku 60. let postupně zaniká stará Karviná a život se přesouvá za řeku Olši, do nových sídlišť Stalingrad (dnes Nové Město), Ráj a Mizerov, obklopujících historické městečko Fryštát. Tam vzniká Karviná nová. Ta zaznamená obrovský příliv obyvatelstva, a tak vzniká potřeba dalších nemocničních lůžek. Nově postavená nemocnice nestačí. Proto je v roce 1961 obnoven provoz interního a chirurgického oddělení v opuštěné orlovské nemocnici. Interní oddělení rájecké nemocnice expanduje dokonce do interiéru starého Larischova zámku. V únoru 1968 však dochází ke katastrofě - za plného provozu se propadá chodba zámku. Jen zázrakem se nikomu nic nestane. Oddělení se evakuuje a okamžitě se uzavírají také oddělení ve staré orlovské nemocnici. Po dočasných peripetích končí v dalším provizoriu - v adaptovaných budovách brigádnického domova Pod Lipou v Orlové.

V té době se rozhodovalo o stavbě další nemocnice, tentokrát v Orlové. Opět, jako v případě karvinské nemocnice před 20 lety, stavba probíhala velmi pomalu. Orlované se nové nemocnice dočkali až v roce 1979. Do nové nemocnice se přesunula oddělení interní a chirurgické, nově bylo vytvořeno oddělení neurologické. Vznik nové nemocnice v Orlové-Lutyni ovlivnila život nemocnice karvinské. Nastal odliv lékařských kádrů na vedoucí pozice v nové nemocnici, na nové místo se přestěhovalo ortopedické a resuscitační oddělení. Administrativně však tvořila orlovská nemocnice součást karvinské, ředitelství sídlilo v Karviné a v Orlové byla ustanovena funkce vedoucího lékaře. Budovy nemocnice Pod Lipou nezůstaly dlouho prázdné. V roce 1981 sem bylo přesunuto plicní oddělení karvinské nemocnice, aby bylo uvolněno místo pro přesuny různých oddělení vyvolané kolotočem generálních oprav, která zde probíhaly s přerušeními téměř celá osmdesátá léta. Jak jinak, za plného provozu.

V roce 1988 byl v areálu orlovské nemocnice otevřen nový pavilon s 210 lůžky pro léčbu dlouhodobě nemocných (LDN). V Karviné-Mizerově byla v letech 1989 - 1993 postavena nová poliklinika, která se stala součástí NsP Karviná-Ráj.⁸ Vznik nemocnice mělo vždy svůj důvod. Měly zajišťovat požadovanou péči. Typ zakladatelů nebo majitelů se měnil se změnou režimu. Co naštěstí zůstává stále stejné, je souhrn činností, kterými nemocnice naplňuje svůj účel.

⁸ Historie nemocnice s poliklinikou Karviná - Ráj, http://www.nspka.cz/index.php?body_karvina=historie

5. Právní judikát

Hlavní náplň činností zdravotního zařízení v současnosti vymezuje právní judikát. Pro nemocnici je ustanovující dokument zřizovací listina. Snaží se postihnout veškeré povinnosti, práva a finanční způsob správy. Na příklad tu máme uvedenou zřizovací listinu Krajské nemocnice Pardubice. První čtyři články zmiňují formality náležející právní listině. Obsah článku IV dává příklad definice hlavního účelu a předmětu činnosti v mnou zvolené organizaci. Rozebírá hlavní účel jako: Krajská nemocnice Pardubice je zdravotnickým zařízením, které zajišťuje v hlavním předmětu činnosti podrobně vymezenou komplexní a nedělitelnou ambulantní a lůžkovou, základní, specializovanou a superspecializovanou diagnostickou a léčebnou péči, jejíž součástí jsou i nezbytná preventivní opatření a péče ošetrovatelská a rehabilitační. Níže uvedený rozpis hlavního předmětu činnosti nepředstavuje jednotlivé druhy hlavních činností, nýbrž upřesnění rozsahu poskytování komplexní a nedělitelné léčebně preventivní péče. Dále vymezuje hlavní předmět činnosti.

Poskytování komplexní a nedělitelné ambulantní a lůžkové, základní, specializované a superspecializované diagnostické a léčebné péče včetně nezbytných preventivních opatření a včetně péče ošetrovatelské a rehabilitační, v němž je jako nedílná a neoddělitelná součást zahrnuto:

- soudní lékařství,
- pracovní lékařství,
- provozování telefonní linky důvěry pro pomoc dospělým i dětem v krizových situacích,
- provozování poradny pro návykové choroby a protialkoholní záchytné stanice,
- provádění odběru krve a plasmy pro klinické a průmyslové použití (povolení MZ ČR reg. č. C2026) - výroba transfúzních přípravků, plazmaferézy a trombocytaferézy, krevní sklad a výdej transfúzních přípravků, kontroly a vyšetření vyráběných produktů z krve a plasmy,
- provozování stomatologické lékařské služby první pomoci,
- provozování lékárenské pohotovostní služby,
- provozování ústavní lékárny včetně výroby, která zabezpečuje zásobování nemocnice a pacientů léky, zdravotnickými prostředky, speciálním zdravotnickým materiálem a doplňkovým sortimentem, jejich výdej na lékařský předpis a přímý prodej jiným osobám,

- prodej zdravotnických pomůcek včetně servisních služeb a prodej zdrav. materiálu,
- provozování domácí ošetrovatelské péče,
- provádění klinického hodnocení léčiv a nové zdravotnické techniky, jakož i vědeckovýzkumné činnosti,
- výchova a vzdělávání žáků středních zdravotnických škol, studentů vysokých škol zdravotnického zaměření, pomaturitní a postgraduální výchova zdrav. pracovníků,
- pořádání odborných seminářů a kursů pro jiné zdravotnické subjekty,
- poskytování doplňkových služeb pro pacienty a klienty nemocnice ke zkvalitnění léčebné péče,
- sterilizace zdravotnických nástrojů a zdravotnických materiálů,
- praní a žehlení prádla pro vlastní potřebu a pro potřebu zdravotnických zařízení na území okresu Pardubice,
- administrativní činnosti pro zdravotnická zařízení na území okresu Pardubice zřizovaná Pardubickým krajem,
- přeprava zdravotnického materiálu ke zpracování v Krajské nemocnici Pardubice,
- spalování odpadů ze zdravotnických zařízení včetně jejich svozu,
- výkon ekonomické, provozní, technické, investiční a administrativní činnosti včetně správy movitého a nemovitého majetku ve vlastnictví Pardubického kraje a nakládání s ním v souladu s touto zřizovací listinou a včetně ubytovacích služeb pro vlastní zaměstnance, pro doprovod pacientů a pro zdravotnické pracovníky na studijním pobytu v rozsahu potřebném pro naplnění hlavního účelu a hlavního předmětu činnosti Krajské nemocnice Pardubice,
- plnění dalších úkolů v souladu s platnými právními předpisy v odvětví zdravotnictví.

Organizace pro efektivní funkci má některé činnosti, které klasifikací spadají do skupiny doplňkové. Výše zmiňovaná organizace v souladu s § 27 odst. 2 písm. g) zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů organizace může vykonávat tyto činnosti:

- koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje a prodej,
- technické činnosti v dopravě,

- silniční motorová doprava nákladní vnitrostátní.⁹

Nově může zdravotní zařízení vykonávat následující doplňkové činnosti:

- koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje a prodej,
- technické činnosti v dopravě,
- silniční motorová doprava nákladní vnitrostátní,
- pronájem a půjčování věcí movitých,
- praní, žehlení, opravy a údržba oděvů,
- bytového textilu a osobního zboží,
- nakládání s odpady (vyjma nebezpečných),
- podnikání v oblasti nakládání s nebezpečnými odpady.

6. Kroky v před – důvod pro nové trendy

Výše jsme si definovali, co nemocnice může vykonávat. Jeho výčtem jsme dostali prostor možností pro zefektivnění práce personálu. V současné době se skrývají příležitosti k ulehčení činností v počítačové oblasti. Konkrétně může jít o různé zobrazovací, diagnostické, komunikační a další techniky. Medicína obsahuje obrovské množství informací. Někdy zpracování a správa těchto dat představuje mnohaměsíční práci. Ale nejde už o vlastní výkon lékařského povolání, i když znát a učit se o nejposlednějších novinkách patří rovněž k „řemeslu“. Pro Vaši představu se s Vámi podělím o poznámku jednoho lékaře ohledně ozařovacího zařízení umístěném na radiologickém oddělení. „Lidi, to zařízení se umí samo tak přesně nastavit při tom módu ozařování, že je to až nepředstavitelné. Vývoj medicínské techniky jde neuvěřitelně dopředu. Já už Vám čekám na to, kdy to bude mít ručičky, které mi nafackují až to tomu pacientovi špatně nastavím.“ Jen znalosti lidí představují omezující faktor ve vývoji. Management snad každé nemocnice se snaží vlastnit nejmodernější techniku pro jednotlivá oddělení. Rozhodování mnoha nemocnic ovlivňuje výše investičních prostředků takto účelově orientovaných. Přesto všechno tvoří důležitý faktor kvalita. Healy Judith a McKee Martin ve své práci Nemocnice v měnící se Evropě to jasně deklarují. Faktory vedoucí ke změnám se zabývají hlavními trendy, které se vytvářejí ke změnám nemocničního systému:

⁹ Zřizovací listina Krajské nemocnice Pardubice, 17.4.2007, http://www.nem.pce.cz/NemPce_zlistina.htm

- (1) na straně pacientů jde o změny demografické struktury obyvatelstva (prodloužení střední délky života, porodnost, migrace), změny ve struktuře onemocnění, změnu rizikových faktorů včetně nosokomiálních infekcí,
- (2) v okruhu samotných zdravotnických služeb (na straně poskytovatelů služeb) dochází k výrazné změně terapie některých onemocnění zvláště v oblasti transplantační chirurgie, bioniky, genové terapie (nové léčebné postupy), změny v kvalifikační struktuře zaměstnanců,
- (3) v rámci celospolečenského kontextu jde o ekonomický vývoj (ekonomický růst, determinující možnosti rozvoje zdravotnictví), mezinárodní spolupráce, volný pohyb pacientů a poskytovatelů služeb, možné vlivy ze strany WTO (World Trade Organization – Světová obchodní organizace) s důsledky vedoucími k narušení principu solidarity.

6.1. Změny

6.1.1. Poskytovaná péče

Ke změnám dochází rovněž v oblasti potřeby péče. Demografický trend složení obyvatelstva ovlivňuje počet narozených, zemřelých a migrace obyvatelstva. Porodnost v celé Evropě klesá, zvláště v její východní a jižní části, kde bývala tradičně vysoká. To ovlivňuje poptávku po službách pediatrů a porodníků. Stále více přibývá lidí nad 65 let a hlavně opravdu starých lidí nad 80 let (velmi staří lidé). A není výjimkou člověk dožívající se 100 a více let. Otázkou je zda to bude znamenat růst nemocničních výdajů. Staří lidé jsou častěji v nemocnicích a zůstávají tam déle. Už dnes spotřebují skoro polovinu ošetrovacích dnů. Z toho se odvozuje široce přijímaný názor, že v budoucnosti tato péče musí růst a výdaje se musí zvyšovat. Situace je ale komplikovanější. Je třeba si uvědomit nutnost rozlišit výdaje zdravotnické, sociální, epizodické (pro urgentní zásah) a kumulativní. Potřeba zdravotní péče o staré lidi nebude zřejmě stejná jako dnes. Budou mít za sebou život v lepších sociálních podmínkách s lepší výživou (ve Velké Británii předpokládají do r. 2050 pokles potřeby asi o dvě třetiny). Není také rozhodující, jak dlouho kdo žije, ale jak dlouho umírá. Nejnákladnější pacienti umírají mladší. Navíc mnohé průmyslové země přeložily péči o dlouhodobě nemocné do pečovatelských domů atd. To neznamená, že by se přestaly starat o staré lidi, naopak bude potřeba multidisciplinárních týmů, které budou zasahovat u chorob s nimiž je stáří spojeno. Nemocnice budoucnosti musí zohlednit specifické potřeby starých lidí: ať již jde

o zásobování geriatrickými léky, umožnění pohybu po areálu. Populační složení mění i migrace – je nutno počítat se specifiky jak v onemocněních, tak v odlišných vzorcích chování.

Měnicí se vzorce onemocnění. Dále je nutno zaznamenat i měnicí se formy onemocnění. Ty jsou způsobeny často měnicími se výživovými zvyklostmi a návyky (např. ICHS, nádory). Nutno počítat s novými infekčními onemocněními – Creutzfeldt Jacobs, nové imunodeficiencie – HIV, i ty mohou být zvládnány, jak v Evropě ukazuje jejich poslední vývoj.

Měnicí se rizikové faktory: vznik chorob souvisí s vývojem v čase – vliv rizikových faktorů (výživové zvyklosti a jejich změny, škodlivé návyky – a jejich vztah k cerebrovaskulárním chorobám a nádorům) Např. Portugalsko má v současné době úmrtnost srovnatelnou spíše s Polskem než se sousedním Španělskem díky sociálním změnám, kterými v minulosti prošlo. Ve střední Evropě vedlo zlepšení výživových zvyklostí ke snížení výskytu chorob cerebrovaskulárních již po několika málo letech. Z toho lze usuzovat, že složení pacientů v nemocnicích bude během několika desetiletí odlišné od současného a je nutno s tím při plánování počítat. Podle WHO z r. 1997 se asi 10% pacientů nakazí v nemocnicích nosokomiálními infekcemi, čímž se zvyšují náklady asi dvojnásobně. Je to dáno skladbou pacientů (jsou starší a méně odolní), prováděné zásahy jsou komplikovanější, trvají déle, jsou prováděny operace s implantáty, zvyšuje se riziko krevním přenosem (Hepatitis B a C, HIV), roste počet resistencí vůči léčbě antibiotiky. Zvláštní zřetel se věnuje multiresistentním formám TBC, např. v bývalém SSSR mají jen tyto údaje pouze o formách TBC. Zvyšující se počet resistantních infekcí v současné době ohrožuje celou nemocniční péči a měli by na to myslet všichni, kdo se zabývají nemocniční politikou a jejím řízením. Mění se i očekávání společnosti. Zvýšení znalostí o nemocích u obyvatelstva stejně jako větší očekávání mohou vést ke změnám v diagnostice a léčbě. Dnešní společnost to požaduje: nejen více termínů pro vlastní vyšetření, ale i přístup ke klinickým informacím dostupným třeba přes Internet. Pacienti díky svému zájmu o porozumění své nemoci mohou vědět více o své chorobě, než jejich lékař.

6.1.2. Změny na straně poskytovatelů nemocničních zdravotnických služeb:

Technologie, klinické znalosti a vývoj technologií rapidně zvýšil možnost lékařských zásahů ve všech skupinách, ale především u starých lidí. Nahrazují se klouby, transplantují ledviny, srdce, játra, pankreas. Chirurgické řešení při žaludečních vředech nahradila farmakoterapie.

Výhledově to znamená pro nemocnice velké změny. Nová léčiva mohou redukovat potřebu hospitalizace. To je příklad arteriosklerosy, žaludečních vředů, AIDS, nových forem léčby nádorů i TBC. V budoucnosti půjde o genovou terapii u dědičných onemocnění, nutno počítat i s vakcínami – včetně žloutenkových onemocnění a AIDS.

Pokroky v chirurgii jsou trojí:

- minimálně invazivní chirurgie zřejmě v řadě případů nahradí konvenční operace. Příkladem jsou koronární angioplastiky, které jsou zřejmě počátkem.
- rovněž uvažujeme o radiochirurgii.
- Nová zařízení budou monitorovat pacienty v budoucnosti mnohem přesněji a spolehlivěji.

To zároveň se závažností přijímaných případů může změnit současný model nemocnice. Místo jednoho oddělení intenzivní péče bude zapotřebí celých soustav a tím i změny ve výchově nemocničního personálu, který bude muset provádět laboratorní vyšetření přímo u lůžka nemocného. V některých případech mohou vzniknout nové specializace, dojde i na změny uchovávání zdravotní dokumentace. Rozšíření nových technologií povede k odstranění hranice mezi sekundárním a terciální péčí. Některé výkony se budou provádět ambulantně (dialýza, endoskopie). Rozvoj telemedicíny umožní diagnostiku na dálku. Integrovaný nemocniční informační systém tak přispěje ke spolupráci a k lepší koordinaci při péči pacienta. Zvýší to dramaticky finanční vydání? Nové technologie nejsou zdaleka vždy dražší než ty, které nahrazují. Je pravda, že nové technologie jistě zavedou nová ohrožení (případ talidomidových dětí, otevřené problémy genové terapie).

6.1.3. Změny ve struktuře zaměstnanců:

Ať jsou v různých zemích změny různé, dvě změny se rýsují celosvětově:

- 1) stárnutí populace v situaci zvýšené potřeby péče snižuje počet těch, kdo ji poskytují (v severských zemích dramaticky)
- 2) zvyšuje se počet žen, zdravotnických zaměstnankyň, které zvládají svou kariéru a vlastní rodinu. K řešení těchto problémů se v Evropě používá decentralizace managementu a flexibilních pracovních smluv, které umožňují více se věnovat konkrétním úkolům i když flexibilita někdy znamená nedostatek specializace. Dále uvažujeme nad problémy s internacionalizací zdravotnických služeb. V Evropě již dochází k migraci zdravotnického

personálu. Existence tohoto problému se dotkne v zemi opuštěné a to v nedostatku kvalifikovaných sil, zemi vyhledávané ve znalostní úrovni přichozích (potřeba doškolení atd). Zaměstnanci ve zdravotnictví se budou dále měnit. Budou více internacionální, méně specializovaní, přesný vývoj se však nedá přesněji odhadnout. Současnost požaduje celoživotní vzdělání, které nabývá stále větší důležitosti v období změn.

6.1.4. Změny politické a sociálně-ekonomické

Finanční zdroje pro zdravotnictví každé země spadají spíše do kategorie otázek politických než ekonomických. Nemocnice vcelku spotřebují většinou polovinu rozpočtu na zdravotnictví a to z důvodu poskytování péče a léků. Všeobecně se však věří, že by mohly více ušetřit, méně utratit a lépe fungovat. Více pacientů by se mohlo účinněji léčit v jiných zařízeních, kam by byli přeloženi a tam lépe kontrolováni. Především se jedná o pacienty dlouhodobě nemocné a ty, kteří potřebují rehabilitační péči. V posledních čtyřech desetiletích si všechny průmyslové země uvědomují tlak na navyšování financí a to nutí jednotlivé státy problém řešit. Např. Anglie utratila 6.9% HDP (hrubý domácí produkt), Francie a Německo 10% na výdaje pro zdravotnictví. Ve východní Evropě to bylo 5%. Česká republika „investuje“ 7% HDP. Nemocnice ve východní Evropě utratí asi $\frac{3}{4}$ finančního zdravotnického rozpočtu. Cílenou potřebou je však přerozdělit tyto náklady do základní péče. V závěru rozhodování ovlivňují politická hlediska.

6.2. Internacionalizace zdravotnických systémů

Zdravotnické služby se ocitají v globalizujícím se prostředí. Péči poskytujeme i cizincům způsobem, který se různí podle tradic a vztahů, přičemž rozhodují velké hospodářské bloky. Velké korporace, jako například v USA rozšiřují po světě své služby. Evropa dosud nepředstavovala cíl tak silných tržních vlivů, protože systém poskytování zdravotní péče spočívá na principu solidarity a privátní zdravotní korporace jsou většinou neziskové. Zdravotní péče v rámci EU se odvozuje od římské úmluvy čtyř svobod (Treaty of Rome 1957): „svoboda pohybu, zboží, služeb a kapitálu“,. V Evropě má zdravotnictví většinou státní podobu, není tedy zahrnováno do služeb a nevztahuje se na něj zákon o volné soutěži. To vyvolalo pochybnosti nad návrhem WTO o regulaci mezinárodních služeb, což by mohlo

ohrozit země, které mají poskytování zdravotnické péče založeno na principu solidarity. Je tedy potřeba ostražitosti hlavně na straně politiků.

Nastávají globální změny také v oblasti lékařského výzkumu a vývoje. Pokrok v základním výzkumu přichází s novými příležitostmi pro interdisciplinární výzkum, který vyžaduje početnější výzkumné týmy a přístup k větším populačním skupinám, než jaké jsou dostupné v rámci jedné nemocnice. Mezi univerzitami a veřejně financovaným základním výzkumem na úrovni národních organizací (např. National Institute of Health v USA, Medical Research Council ve Velké Británii a INSERM ve Francii) dochází ke konkurenčním vztahům. Dochází také k růstu výzkumu financovaného soukromým sektorem. Probíhající změny v organizaci a financování výzkumu staví akademická pracoviště (univerzity) před větší kapitulovou náročností, potřebu zlepšit kapacitu řízení v oblasti výzkumu, strukturu kvalifikovaných zaměstnanců a přístup k větším skupinám pacientů. Tyto faktory mají významný vliv pro budoucí vývoj fakultních nemocnic.

Co tedy lze usuzovat o budoucím, značně nejistém vývoji nemocniční péče? Jak se ukazuje, ačkoliv se velikost nemocnice zmenšuje (v počtu lůžek), úroveň a rozsah její aktivity a kvality se ubírá směrem k vyšším úrovním. Budoucí osud tohoto zařízení lze těžko předvídat. Bezprostředně se zdá, že dojde ke zkrácení délky hospitalizace, zintenzivnění péče a většímu využití jednodenních hospitalizací, ambulantní péče a péče domácí. U pacientů v nemocnicích lze očekávat růst komplexnosti jejich zdravotních problémů (komorbidita) a s tím související možný vývoj směrem k intenzivním typům péče. Budoucí vývoj potřeb nemocniční péče bude vhodné modelovat s využitím demografických projekčních technik a modelů věkových kohort s pečlivým zvážením vývojových trendů mnoha nemocí. Velmi nejisté je v současné době předpovídat další vývoj medicínských technologií a vlivy mezinárodního politického a ekonomického vývoje ve vztahu k nemocniční péči. Další predikce nastíněného vývoje bude z metodologického hlediska nutně spočívat v kombinaci kvantitativních a kvalitativních přístupů.

6.3. Role a funkce nemocnic

Návrh musí vyřešit i otázku odlišných rolí a funkcí, které mohou být od nemocnic očekávány a shrnout, jakým způsobem se promítají současné změny vnitřního i zevního prostředí do jejich činnosti. Lze očekávat, že v budoucnu nemocnice převezmou několik funkcí

v závislosti na jejich postavení v systému zdravotní péče a ve vztazích s jeho dalšími formami (typy). Zdravotní pojišťovny se obvykle ptají, pro jak velký počet pojištěnců je vhodné budovat nemocniční zajištění. Jak vysoká bude potřeba lůžek? Jaké množství pacientů může nemocnice očekávat? Kolik specializací by měla obsahovat? Kde jsou hranice mezi péčí nemocniční a ostatními formami zdravotní péče? Odpovědi budou záviset na kvalitě a obsahu individuálně nebo organizovaně pokládaných otázek (výzkumu). Cíle, v mnoha případech protichůdné, se musí dostat do rovnováhy. Např. pro chirurgie očekává větší nemocniční prostor, který by mohl podporovat větší klinické týmy a poskytovat kompletní vybavení. Naopak veřejnost by chtěla, aby zůstala zachována „jejich“ nemocnice, která je co nejbližší k jejich bydlišti, pracovišti. Samozřejmě existuje řada dalších faktorů ovlivňujících toto rozhodování. Základní funkcí nemocnice je léčit nemocné pacienty, ale analýzy vycházející pouze z této funkce by byly nepřesné. Nemocnice poskytují úžasné prostředí pro výuku a výzkum a mohou i aktivně podporovat zdravotnický systém péče o pacienty. Kromě toho nemocnice představují důležitý zdroj místní zaměstnanosti a hrají význačnou společenskou roli. Očekávání provázející každou z těchto rolí (funkcí) mají přímé důsledky na organizaci nemocnice a její vztahy k okolnímu prostředí.

Funkce akutní nemocniční péče:

- 1) Zdravotní péče: lůžková, ambulantní, rehabilitační
- 2) Výuka – odborná, praxe a postgraduální, kontinuální vzdělávání
- 3) Výzkum – základní, klinický/aplikovaný
- 4) Podpůrná součást celého zdravotnického systému – místo, kde jsou řešeny komplikované případy, místo, kde dochází ke klíčovému profesnímu rozvoji zdravotníků
- 5) Zaměstnanost
 - V nemocnici – zdravotničtí zaměstnanci, jiní zaměstnanci zaměstnaní ve zdravotnictví
 - Mimo nemocnici: dodavatelé, dopravní služba
- 6) Společenská úloha – potvrzení role státu při tvorbě a realizaci zdravotní politiky, indikátor politické orientace, poskytovatel sociální péče, základ pro kvalitu zdraví a života, symbol občanské hrdosti

Hlavní složka služeb poskytovaných nemocnicí spadá do oblasti péče o pacienty. Podle intenzity návštěv pacienta, může být tento označit akutního, ambulantního, hospitalizovaného

a v budoucnu určitě docházejícího na rehabilitaci. Akutní pacient vyžaduje maximální prvotní péči, která spočívá v okamžité časové náročnosti ošetřujícího lékaře a také sloužící sestry. Není neobvyklé zahrnovat náklady na laboratorní a rentgenové vyšetření do celkové úhradové částky. Typ tohoto pacienta se následně mění na hospitalizovaného nebo na ambulantního. Vyžaduje-li stav pacienta stabilní a intenzivní dohled, je přijímán do nemocnice. Zde možnost okamžitého zásahu lékařského personálu snižuje riziko ohrožení zdraví na minimum a časové hledisko je rozmělněno na všechny pacienty, tyto úvahy pak spadají do marginálních. Nákladnost péče na jednotlivce má opět mezní povahu. Naopak celková částka za provoz nemocnice má významný charakter. Nemůžeme ale jednoznačně říci, že nás nezajímají čísla hodnotící pobyt jednoho pacienta, právě naopak. Pro zdravotní politiku znamená znalost nákladů, a to ve všech formách rozdělení, důležitý bod pro vyjednávání o částce, kterou zdravotní pojišťovna uhradí a bude představovat zdroj příjmů. Rozhodnutí o přesunutí pacienta do ambulantní péče nesmí nikoho ohrožovat na životě. Nesmí být lékařovo rozhodnutí ovlivněno náklady na péči. Ambulantní pacient dochází do nemocnice na domluvené vyšetření a tak časová náročnost nespadá do kategorie s vysokým podílem. Cena péče o takového pacienta se může rovnat i hospitalizovanému, pokud do návštěvy je zahrnuta některá z nákladných služeb. Obecně jde o péči nízko nákladovou. Pacient, který se věnuje rehabilitaci, patří v řadě případů z pohledu finálního do nejméně náročné skupiny. Časová náročnost se odvíjí od pacientovy vůle k nápravě. Rehabilitace představuje nápravu nebo reaktivizaci pacientova zdraví alespoň do úrovně, kde jedinec se stává samostatným.

Při léčbě pacientů se najde příležitost ke sbírání zkušeností. Nemocnice dává možnost k praxi, k výzkumu a k výuce. Vytíženost personálu by měla odpovídat efektivnímu rozložení činností. Do povinností zdravotnických pracovníků patří i další sebevzdělávání. V dobře organizované nemocnici je zapotřebí vyčlenit určitý čas, věnovaný právě dalšímu institucionalizovanému vzdělávání. Výsledkem může být osobní růst každého z personálu a tím i růst v odbornosti nemocnice jako týmu. Možná role a prostor by neměl být upřen ani klinickým studiím. Účelem těchto programů by byla příležitost k získání certifikace, zvýšení odbornosti oddělení a posunutí léčby dál k efektivním metodám. Prostřednictvím výzkumu by bylo logický zpětný růst lékařského a nelékařského personálu při účasti na klinických studiích. Nemocnice zastává sociální roli. Dává jistotu v dostupnosti a rychlosti zdravotnické péče. Zajišťuje bezpečnost zaměstnanců z života ohrožující výroby. Poskytuje pracovní příležitosti. Stává se obchodním článkem. Všechny zmíněné faktory se řeší minimálně na komunální politické úrovni díky citlivosti ohledně zabezpečení zdraví

obyvatelstva. Nemocnice zastává funkci poskytovatele sociální péče. Část pacientů končí v nemocnici z důvodů psychického selhání. Pacient díky svému podlehnutí nepřízní osudu si způsobí okamžité nebo dlouhodobé poškození sebesama, a proto potřebuje odbornou péči. Někdy je nutné poskytnout pomoc z důvodů poškození zdraví druhou osobou. Příčiny takového jednání se dělí na neúmyslné a úmyslné. Pacienti končí v rukou lékaře, potřebují kromě péče o fyzickou stránku i léčbu například od psychologa. Metody léčení podléhají módě. Diktát ve volbě variant léčení může vycházet z přesvědčení lékaře nebo se může jednat o indikátor politické ideologie. Vývoj způsobu léčby ovlivňuje vlastní budoucnost nemocnice. Uvedené role nemocnice v moderní společnosti poskytují vzhled, postavení a funkci, jenž umožní posun novým směrem. Personální zajištění, vzhled a organizace nemocnic musí být upraveny, stejně jako jejich role vzhledem k rychlému rozšiřování (dostupnosti) nových technologií ve zdravotnictví.

6.4. Nemocnice a vnější prostředí: zkušenost Velké Británie

Koncept „rozhraní“ – tj. bodů, kde se protínají různé úrovně péče o pacienta a kde pacient přechází z jednoho typu péče do druhého – poukazuje na nutnost rozhodnutí, jak nakládat s pacientem v daném okamžiku. V případě nemocnice je to rozhraní mezi primární a sekundární péčí – „vstupní rozhraní“ a mezi nemocniční a následující péčí – „výstupní rozhraní“. Přichází na řadu navržení řešení a rozhodnutí. Z definice vyplývá:

- kdy se léčba stává částečně spadající do kompetence nemocnice a kdy jde o výhradní péči.
- že musí být nastolena jednoznačná pravidla.
- dále určí práva a povinnosti zúčastněných.
- rozdělení nákladovost a výnosnost poskytované péče. Geograficky rozhodne o oblastech a tedy o množství závislých potenciálních pacientů. Podle územní příslušnosti se rozhoduje o dalším směřování pacienta, filtruje poptávka po nemocniční péči. Pro rozhraní je důležitý zejména tok informací a koordinace mezi nemocnicí a ostatními segmenty péče. Britská zkušenost ilustruje některé problémy, s nimiž se potýkají zdravotnické systémy v celé Evropě. Pro příklad v 80. letech 20. století Národní zdravotní služba (NHS) v Británii usilovala o vyváženost primární a nemocniční péče a má zkušenost s mnoha různými politikami. Na vstupním rozhraní se řeší otázka, jak předejít přijetí do nemocnice a vyhnout se hospitalizaci. Nemocnice tu vystupují jako poskytovatelé ambulantní

péče. Přestože poskytují velký objem péče jak v Británii, tak v jiných zemích, není této složce ve studiích věnována náležitá pozornost. Zde se porovnává, jak funguje proces přijetí/nepřijetí pacienta do nemocnice v systémech s přímým přístupem ke specialistům (např. Ve Francii, Německu, Švédsku). Těmito systémy, v nichž se vyžaduje doporučení praktického lékaře (Velká Británie, Dánsko, Nizozemí), se upozorňuje na problém nižší úrovně primární péče ve srovnání se specialisty a nemocniční péčí ve východní Evropě. Druhou možností směřování pacienta v NHS jsou multidisciplinární ambulantní týmy provádějící komplexní diagnostiku a terapii v jednom místě. Pacient ve vyspělých zemích ve většině případů nemá přijatelnou alternativu k hospitalizaci. Existují nástroje, jak rozhodnout o vhodnosti přijetí pacienta do nemocnice, pro nepřijaté je třeba najít náhradní péči nad rámec běžné primární péče. To znamená omezit zbytečné hospitalizace a nahradit je vhodnou a méně nákladnou péčí se stejně uspokojujícím výsledkem pro pacienta. V této souvislosti je možné zlepšení organizace primární péče, řízení poptávky po hospitalizaci pomocí čekacích listin (jejichž dlouhodobý přínos je ale sporný) a novinka posledních let „assessment units“ (diagnostické jednotky) a „admission units“. Na těchto jednotkách je pacientovi stanovena diagnóza, provedena vyšetření a rychlé testy, aniž by musel být hospitalizován. Mohou se zde rozhodnout sporné případy a „admission units“ navíc umožňují krátkodobou aktivní léčbu po dobu do 48 hodin. Dalšími alternativními přijetími do nemocnice mohou v Británii být specializované konzultace v domácím prostředí, intenzivní domácí ošetrovatelská/sesterská péče – model „hospital-at-home“, nebo pobyt v zařízení „**intermediální péče**“ (komunitní nemocnice, hospici, léčebny dlouhodobě nemocných nebo nemocniční oddělení podobného charakteru). Rychle se rozvíjející a populární alternativou k výkonům, které dříve vyžadovaly hospitalizaci, je díky pokroku v léčebných metodách, jednodenní péče a jednodenní chirurgie. V Británii velmi přispěla ke zkrácení doby hospitalizace a intenzivnějšímu využití lůžek, jejichž počet se naopak snížil. Uvedené varianty mají různou efektivitu a míru zastupitelnosti nemocniční péče, jenž je předmětem zkoumání současných studií. Výstupní rozhraní směřuje k urychlení propuštění z nemocnice. V kontaktu mezi nemocnicí a aktéry následné péče se zdůrazňuje příprava individuálního plánu pro pacienty po propuštění z nemocnice. Otázkou je, zda institucionalizovaná „intermediální péče“ umožňující dřívější propuštění pacienta vede k celkovému snížení nákladů na léčbu. V Británii je nejlépe

hodnocenou alternativou model „hospitál-AT-home“, u něhož byl prokázán stejný dosažený zdravotní stav jako v nemocnici, ale hovoří se o tom, že jeho náklady mohou být někdy i vyšší. Nejdůležitějším prostředkem náhrady nemocniční péče v moderní nemocnici stále zůstává dlouhodobá následná péče v institucionálním prostředí léčených dlouhodobě nemocných a pečovatelských domech. Nárůst počtu lůžek v tomto sektoru v Británii téměř kopíroval snižování počtu akutních lůžek. Jak ve studiích, tak i reálně musí dojít ke změnám informačních toků a vztahů s důrazem na dobrou komunikaci mezi praktickými lékaři a nemocničními specialisty s využitím moderních informačních technologií. Především jde ale o změnu postojů. Každá analýza nemocnic musí zohlednit jejich místo v širším rámci komunitní a sociální péče, primární a ambulantní péče a terciálních služeb. Nesprávné zhodnocení očekávání, která řídí jednání aktérů na rozhraní i uvnitř nemocnic, může vést k politice s nezamýšlenými důsledky (reformy 90.let v Británii ochromily schopnost nemocnic spolupracovat, což je úkol pro nové managementy). Předvídání odezvy na změny podmínek je bohužel obtížné.

6.5. Jsou větší nemocnice lepší?

Když vyhodnocujeme léčbu člověka, musíme počítat vynaložené náklady a možné příjmy. Proto stojí také před úvahou pro zabezpečení kvalitní a efektivní léčby provádět léčení ve velkých nemocnicích. V mnoha zemích byla péče koncentrována do velkých nemocnic ve víře, že poskytování péče ve větším množství sníží díky úsporám z rozsahu náklady a zároveň přinese vyšší kvalitu. Náklady: Důležité pro hodnocení nákladů je: a) upřednostnit náklady na případ před náklady na ošetrovací den, b) mít k dispozici případový mix. Analýza výsledků několika desítek studií ukázala, že významných úspor lze dosáhnout u nemocnic do velikosti 200 lůžek. Poté jsou jednotkové náklady v podstatě konstantní, od 600 lůžek dokonce spíše rostoucí.

Kvalita: obvykle se předpokládá, že vyšší množství (objem) péče zlepšuje kvalitu péče, a to díky: a) vyšší klinické zkušenosti jednotlivého lékaře, b) vyšší zkušenosti klinického týmu jako celku, c) lepší dostupností podpůrných služeb. Analýza výsledků studií ukazuje, že o vliv tohoto množství se obvykle přeceňuje a je podle všeho velmi malý. Množství jako jediný de facto je zřejmě velmi hrubou mírou zkušenosti týmu. Efektivní vzdělávání, sehraný tým a praktikování evidence-based postupů nemusí nutně vyžadovat koncentraci péče.

Dostupnost: koncentrace péče do velkých nemocnic znamená pro pacienta nižší geografickou dostupnost. Jednoznačné teoretické poznatky však nemáme, proto řešení závisí zejména na místních podmínkách (dostupnost dopravních spojení, sociální profil regionu, dostupnost alternativních zdravotní péče). Z výše uvedeného vyplývá, že optimální velikost nemocnic je především dána potřebami místní populace. Rušení nevyužitých kapacit a úspory z rozsahu péče jsou dvě rozdílné věci.

6.6. Investice v nemocnicích

Světová zdravotnická organizace ve WHO Report 2000 formulovala cíle zdravotnického systému - dosáhnout dobrého zdraví populace, zajistit zdravotnické služby veřejnosti a zajistit transparentní systém úhrad. Nemocnice hraje ústřední roli pro dosažení těchto cílů, ale nemůže zůstat osamocena. Vláda má odpovědnost za tvorbu podmínek, v nichž nemocnice mohou fungovat a měla by zajistit dlouhodobou udržitelnost nemocničního systému. Nemocnice se proto stávají subjektem, na který vyvíjejí tlak centrální regionální i lokální vlády, aby zlepšily výkony. Nemocnice se musí přizpůsobit požadavkům legislativy řady oblastí. Manažeři nemocnic disponují značnou autonomií v zabezpečování jejich chodu. Mění se požadavky na efektivnost výstupů nemocnic. Od dřívějšího vztahu vstupů a výstupů se tvůrci politiky orientují na zdravotní cíle, jichž mají nemocnice dosáhnout, včetně výsledků ve vzdělávání a výzkumu. Velký vliv na nemocniční vstupy mají vnější činitelé. Lze definovat a diskutovat o některých hlavních strategiích, jak zlepšit výkony nemocnic. Některé strategie obsahují regulace farmaceutické, zdravotní a bezpečnostní.

Stojí za to diskutovat o strategiích, týkajících se vstupů (podle druhů kapitálu); sociální kapitál (nebo kultura) ovlivňuje vztahy nemocnice s dalšími subjekty. Zkoumají se tři aktivity, související s rozmanitými vstupy: akreditace, strategické nákupy a integrované programy kvality. Existují různé formy vlastnictví nemocnic, zvláštní pozornost vyžaduje výstavba nemocnic a nákup zařízení, které nabízejí lukrativní příležitosti pro jednotlivce bez skrupulí. Tyto činnosti mohou dobře fungovat tam, kde neexistuje korupce ve veřejném sektoru. Veřejno-soukromé partnerství se může stát důležitou novou cestou kapitálového krytí rozvoje nemocnic. Stimuly pro investice jsou demonstrovány na příkladu Spojeného království, kde soukromé konsorcium staví a udržuje budovy nemocnic na základě přesně specifikovaných smluv.

Efektivní zdravotní péče je závislá na zabezpečení školeným personálem s moderními znalosti klinické efektivity a přiměřenými manažerskými zkušenostmi („investice do lidí“). Správně stanovený počet zaměstnanců na správném místě a ve správný čas slouží lidem, kteří péči potřebují. Důraz je kladen na kontinuální vzdělávání zaměstnanců (v některých zemích dobrovolné, v některých povinné).

Sledování výkonů nemocnic a jejich personálu vyžaduje zkušené zaměstnance, informace a zdroje. Některé statistiky, jako např. počet ošetřených pacientů bez diferenciací podle oborů nebo podmínek, jsou většinou nepoužitelné. Publikované klinické ukazatele výkonů nemocnice (podle řady kritérií) dovolují porovnání jejich výkonů. Pacienti jsou skupinou lidí, která byla dlouho přehlížena při nemocničním plánování. Práva pacientů jsou definována v chartách pacientů, vytvořených v mnoha zemích.

Moderní nemocniční systém musí být schopen podporovat investice do vědomostí. Řada států vytvořila národní komise pro hi-tec (high-technology) plánování a usiluje o implementaci systému certifikace potřeb. Porozumění principům a metodám evidence-based zdravotní péče je vyžadováno v určitém objemu od všech zaměstnanců. Má-li nemocnice poskytovat přiměřené spektrum péče, musí znát zdravotní potřeby populace, již slouží. Optimum kvalitní zdravotní péče vyžaduje efektivní spojení subsystémů; nutno vzít v úvahu akreditace, strategické nákupy a integrované programy kvality.

6.7. Úhrady nemocniční péče

6.7.1. Teorie a praxe v zemích, kde se mění klasifikační

Důležitým principem zdravotní politiky v oblasti úhrady nemocniční péče je dosažení změny v jejich jednání. Při aplikaci citlivého přístupu lze dosáhnout zlepšení výkonnosti spojené se snížením nákladů a lepší kvalitou péče. Tento princip je východiskem změn zdravotní politiky v oblasti úhrad nemocniční péče zejména ve vyspělých státech. Úhradu nemocniční péče vytváří pro poskytovatele služeb motivaci k realizaci organizačních změn ve vztahu k roli nemocnic a poskytování služeb. V současné době jsou efektivní a účinné nástroje a techniky úhrady nemocniční péče předmětem hledání ve většině členských států OECD.

Stávající vývojové trendy v těchto zemích je nutné považovat za začátek dlouhodobého vývoje procesu s výrazným vlivem na nemocniční péči.

Nejmarkantnější vývoj změn v úhradách nemocniční péče dostal ve státech střední a východní Evropy. V těchto státech došlo k zásadním změnám v podmínkách financování a úhrad zdravotnických služeb. Koncem 80. let byly špatné výsledky zdravotnictví v těchto státech podmíněny nejen nedostatečným financováním, ale také nevhodným řízením používaných zdrojů. Podíl celkových výdajů z hrubého domácího produktu se u těchto států pohyboval mezi 3 až 6% v porovnání s 6 až 9% ve státech OECD. Další příčiny lze spatřovat v převaze nemocniční péče nad péčí primární, poměrně vysoké hospitalizační četnosti (18-24% ve státech bývalého Sovětského svazu) oproti průměru OECD ve výši 16%. Státy východní Evropy nyní začínají používat namísto přístupu historického rozpočtování čtyři hlavní přístupy: (1) úhrada za ošetrovací den, (2) úhrada za případ nebo přijatého pacienta upravená ve vztahu k danému případu (case-mix), (3) úhrada s využitím globálních rozpočtů a (4) kapitace. Analyzuje se využití těchto přístupů ve státech východní Evropy v porovnání s obdobnými systémy úhrad v západní Evropě.

6.7.2. Alternativní metody úhrady nemocniční péče

Úhrady za výkony jsou spojeny s poskytováním specifikovaného výkonu nebo služby. Tento způsob bývá často označován jako platba za výkon (fee for service). Počet a skladba výkonů jsou determinantou výnosů dané nemocnice. Systém je administrativně transparentní pro poskytovatele i plátce. Tento způsob vede k zainteresovanosti poskytovatelů zdravotnických služeb na větším objemu služeb. Potřebná data pro platbu za ošetrovací den jsou snadno dostupná. Metoda je administrativně jednoduchá pro plátce i poskytovatele. Úhrada za případ do této skupiny patří také platba za diagnostické skupiny (DRG), která je v současnosti z hlediska jejího mezinárodního srovnání poměrně rozšířená. Jestliže je tento systém použit se současným objektivním hodnocením nákladů na podobné diagnostické skupiny, pak lze touto cestou úhradově hodnotit činnost nemocnice. Existují však různé modifikace tohoto přístupu a ne vždy jsou do toho zahrnuty celkové náklady. Tento model úhrady je administrativně poměrně náročný a nákladný. Je závislý na dostupnosti poměrně přesných a dosti obsáhlých údajů. Poskytovatele motivuje k poskytování služeb většímu počtu pacientů.

Globální rozpočet představuje strukturované, předem finančně ohodnocené (obvykle za 1 rok) služby, jejichž objem je tímto rozpočtem specifikován. Tak lze snadno regulovat jak objem poskytovaných služeb, tak i inflační vývoj. Jakmile je jednou tento rozpočet stanoven, jsou poskytovatelé povinni jej dodržet. Tento model je závislý na podrobné znalosti objemu a zejména struktury poskytovaných služeb. Je tedy zapotřebí objektivně hodnotit potřeby zdravotnických služeb (nemocnost obyvatelstva). Složitost tohoto typu úhrady narůstá s komplikovaností struktury hodnocených služeb nebo s doplněním tohoto přístupu o úhrady za případ. Jako nezbytné se jeví i průběžné monitorování poskytovatele služeb.

Kapitace - tento systém je znám více z oblasti ambulantních služeb, kdy je s jeho pomocí specifikován objem služeb pro vymezenou populaci. Avšak na jednoho obyvatele jsou vztahovány i celkové výdaje na zdravotnictví nebo jen na nemocniční péči. Tento přístup je velice vhodný pro získávání údajů o rozdělení finančních zdrojů mezi geografickými celky ve vztahu k počtu obyvatel.

6.7.3. Nové zkušenosti států střední a východní Evropy.

V počátečních fázích změn v 90. letech se největší popularitě těšily systémy úhrady za ošetrovací den a za případ. Tyto systémy úhrad byly zaváděny postupně a s různými modifikacemi např. ve vztahu k typu nemocnice. Jednotlivé země postupovaly s různým tempem a s různými modifikacemi. Společným rysem bylo, že do těchto úhrad nebyly zahrnuty kapitálové výdaje. Dnes lze tento vývoj financovat převážně ze státního rozpočtu (veřejných rozpočtů). Nyní se ukazuje potřeba použít dokonalejší systémy úhrady, které jsou schopny lépe kontrolovat objem služeb a vývoj cen. Směřuje další vývoj ke globálním rozpočtům a kapitacím? Několik států východní Evropy spatřuje, po zkušenostech se systémy úhrady za ošetrovací den nebo případ, nástroje úhrady příští generace v globálních rozpočtech a kapitacích.

Globální rozpočty – Česká republika byla nedávno nucena přistoupit k rozpočtovému limitování nemocničních úhrad, aby zamezila prudkému růstu výdajů. Albánie obnovila historické rozpočty, ale několik agregovala několik základních položek, čímž se ve skutečnosti přiblížila ke globálnímu rozpočtu. Globální rozpočet obvykle vymezuje základní cíle plánovaných aktivit, rozdělení zdrojů spolu s východiskem vývoje. Nejméně dvě oblasti v rámci Ruské federace přistoupily k využití globálního rozpočtu jako odpovědi

na narůstající problémy spojené s úhradami podle ošetřovacích dnů a podle případů. Prostředky globálního rozpočtu nemocnic jsou alokovány měsíčně a vytváří pro manažery snahu větší autonomii.

Kapitace – Chorvatsko, Maďarsko a Polsko projevily zájem o integrovaný systém poskytování zdravotnických služeb. Oblasti Tula a Kemerovo v Ruské federaci oznámily využití modelů řízené péče. Pro alokaci prostředků použily pojistné fondy princip na základě kapitace. V Novgorodské oblasti přešel pojistný fond od rozpočtu k výkonové úhradě, jejímž důsledkem bylo zvýšení spotřeby péče. Výsledkem v roce 1999 bylo pak zavedení kapitační úhrady, jejímž cílem je kontrola celkového objemu spotřeby péče. Rozpočty jsou založeny na pětiletém historickém vývoji.

Zkušenosti západní Evropy – v mnoha západoevropských státech je v současné době využita kombinace globálních rozpočtů, doplněných upřesněním cestou case-mixů (Belgie, Francie, Irsko, Itálie, Norsko, Portugalsko a Španělsko).

Možnost využití získaných poznatků – volba konkrétního způsobu úhrady závisí v rámci určitého systému zdravotní péče na dané konkrétní situaci a sledovaných cílech. Rozhodnutí o výběru alternativy je ovlivněno existujícími prioritami, typem organizačního uspořádání péče o zdraví a nemocniční péče, dostupnými údaji a technikami stejně jako vývojovým stadiem systému nemocnic. Státy střední a východní Evropy se ve svém vývoji pohybují směrem od tradičního neflexibilního rozpočtování k výkonově zaměřeným přístupům. Tento vývoj je spojen současně s přechodem od financování z daňových příjmů k systémům veřejného zdravotního pojištění, rozšířeným v západní Evropě. V oblasti úhrad dominují spíše jednodušší přístupy odvozené od úhrady za ošetřovací den či případ. Není dostatečně zřejmé, na kolik se systémům úhrad v jednotlivých státech CEE daří stimulovat změny v jednání poskytovatelů směrem k větší efektivitě a účinnosti. Chybí důkazy o tom, že by tyto systémy byly vytvářeny v návaznosti na objektivně analyzované náklady ve vztahu k hodnocení výsledků poskytovaných služeb a zlepšení efektivity. První zkušenosti ukázaly, že naopak došlo ke zvýšení spotřeby nemocničních služeb, ke zvýšení nákladů a k různým administrativním hrám. Zavádění těchto systémů je navíc spojeno s výraznými investicemi do informačních systémů, kontrolních mechanismů a monitorovacích systémů. Řada států financovala tyto projekty z půjček od Světové banky. Nyní tyto státy přistupují k opatrnějšímu limitování celkových výdajů s využitím globálních rozpočtů a kapitace.

Takové kombinující přístupy nejsou nikterak konfliktní. Systémy úhrad jsou s výhodou doplňovány výdajovými limity (strop) a globálním rozpočty. Výhodou globálního rozpočtu, který zohledňuje inflační vývoj je, že je schopen omezit nadměrnou spotřebu péče. Nevýhodou je, že tento přístup může vést k zainteresovanosti poskytovat péči nižší kvality.

Případné pozitivní efekty nových úhradových postupů jsou narušovány řadou dalších faktorů: prvním problémem je financování kapitálových výdajů. Málokterá země se zatím dokázala s tímto problémem vyrovnat. Tyto výdaje nejsou zahrnuty do plateb zdravotních pojišťoven. Jde o dědictví předchozího rozpočtu financování. Zároveň je však zapotřebí v této oblasti ještě odděleně analyzovat stavební investice od investic přístrojových. Některé státy krátkodobě v krizové situaci pozastavily financování investic a hradily pouze provozní náklady.

Druhým problémem je, že systém úhrad vztažených k léčebným případům (pacientům) byl zaveden jako paralela k rozpočtovému systému – zejména ve státech bývalého Sovětského svazu. Toto uspořádání neumožňuje řádně kontrolovat financování z obou zdrojů současně.

Třetím problémem je, že v řadě států dochází k rostoucímu podílu financování.

Čtvrtým problémem jsou dluhy a deficity. Ve většině států není uplatněn systém skutečně kontrolovaných rozpočtů a výdajů. Nemocnicím je tak dána příležitost k tvorbě dluhů vůči lékařům. Řada problémů vyžaduje další a podrobnější analýzy. Není např. zřejmé na kolik jsou poskytovatelé a plátcí služeb připraveni na zavedení nových úhradových mechanismů kombinujících úhrady za case-mix s globálními rozpočty nebo kapacitami. Není také dostatečně zhodnoceno jak jsou poskytovatelé připraveni ve vztahu k dalším potřebným změnám z hlediska vývoje jejich autonomie koordinace s dalšími segmenty zdravotnických služeb, vnitřní politiky lidských zdrojů, vyhodnocování kvality služeb a zlepšení kapacity řízení a informačních systémů. Je zřejmé, že tyto dalšími determinanty jsou klíčové pro úspěšnou reformu v oblasti nemocniční péče. Otázkou zůstává na kolik jsou všechny tyto dimenze vnímány a doceněny ze strany zdravotníků a z hlediska koordinátorů a tvůrců těchto celkových strategií.

Propojení organizační struktury a vnějších faktorů: zkušenosti z reforem lůžkové péče v transitivních ekonomikách. Zde byl vytvořen teoretický model chování nemocnic

a na základě poznatků z 11 východoevropských zemích byla studována funkčnost a vzájemná koordinace jednotlivých vnitřních i vnějších faktorů pro vyšší výkonnost nemocničního sektoru.

6.8. Organizační struktura.

Jako základní faktory chování nemocnic jsou vymezeny:

- 1) rozsah autonomie rozhodování o vstupech a výstupech
- 2) výkon trhu a konkurence
- 3) rozsah samostatnosti a odpovědnosti za výsledek hospodaření
- 4) rozsah a způsoby vnější kontroly činnosti nemocnice
- 5) zajištění sociálních aspektů péče

Vnější okolí: Nemocnice je při poskytování péči ve vztahu se svým vlastníkem, s veřejnou správou, s plátcem péče a s pacientem. Hlavní vnější faktory tudíž jsou :

- 1) výkon vlastnických práv
- 2) výkon veřejné správy (stewardship)
- 3) nakupování služeb od plátců
- 4) role pacientů

Organizační struktura nemocničního sektoru není dobře sladěna s vnějším okolím, což v nemocničním sektoru omezuje potenciální zvyšování efektivity a kvality. Optimistická očekávání proto nemohla být naplněna. Nemocnice mají omezenou kontrolu nad svými vstupy (lidskými i fyzickými), nízkou odpovědnost za ekonomické propady, celkově chybí definování odpovědnosti a kontrola jejich naplňování. Naděje se přisuzuje zejména vyšší roli samosprávy jako vlastníka a aktivnějšímu nakupování péče ze strany plátců.

6.9. Zlepšování výkonnosti nemocnic

Pro naplnění cílů jak ekonomických, tak kvalitativních se zjišťuje, jak zaměstnanci nemocnic (kliničtí zaměstnanci, manažeři i ostatní) mohou optimalizovat kvalitu péče o pacienty. Předpoklady kvalitní péče byly stanoveny, a to nejen jako vybavení, personál a znalosti, ale i jako sociální kapitál, který přináší určitou podpůrnou kulturu a je stále více uznáván jako cenný vstup. V rámci nemocnice přispívají k působení tradičních prvků:

- místo (zařízení, nichž nemocnice působí),
- lidé (dostupné lidské zdroje)

- nástroje (zahrnující nejen pouhé vybavení, ale i znalosti potřebné k jejich efektivnímu použití).

Sociální kapitál je v tomto modelu považován za všezahrnující vstup, který působí v interakci s každým dalším jednotlivým vstupem. Uvádíme příklady, jak může management nemocnic podporovat kulturu, která je pro personál i pacienty. Tyto jednotlivé prvky lze spojit do koherentního globálního programu prostřednictvím strategie, jakou je řízení kliniky (clinical governance). Základní otázky této kapitoly jsou: jaké strategie volí nemocnice ke zlepšení péče o pacienty? Nakolik je jasné, že tyto strategie jsou úspěšné?

Zde je kladen důraz na vnitřní možnosti. Existuje početná literatura o personálu a rozpočtovém řízení, ale my se soustředíme na tři typy vstupů:

- (1) na pracovní a léčebné prostředí, tj. budovu a její vnitřní dispozice,
- (2) na lidské zdroje (zdravotnický personál)
- (3) na technologie a na pracovní prostředí nemocnice, tj. na podpůrnou kulturu.

(1) Prostředí

Historické a geografické okolnosti jsou příčinou toho, že nemocnice jsou ve středověkých kláštrech, mrakodrapech, bývalých fabrikách či stanech (na Balkáně). Jsou-li splněny základní předpoklady (střecha, topení, světlo, tekoucí voda), jak důležitý je vzhled budovy?

V minulých stoletích měly větší vliv názory na společnost a architekturu, nyní mají větší váhu názory na medicínu a zdravotní politiku, nejnovější též na životní prostředí. Většina současných nemocnic jsou přestavby a dostavby kolem starého jádra. Trvalou výzvou při navrhování nemocničních budov je, jak se může nemocniční budova adaptovat na změny ve vnitřním i vnějším prostředí. Optimální design je takový, který co nejméně omezuje funkční změny než takový, který plní určitou funkci co nejlépe. Tato strategie čelí názoru, že trvalým problémem projektantů nemocnic je, že stavba je se stává v okamžiku své realizace již zastaralou. Klíčem k řešení je tedy flexibilita. Druhým zásadním problémem je, že ideální standardní model nemocnice neexistuje, design musí splňovat potřeby různých zemí a lokalit – zdravotní potřeby populace, zvláštnosti místa, rozpočtová omezení, klima a kulturu země.

Význam architektonického řešení pro poskytování léčby – Terapeutická hodnota architektonického řešení (designu) nemocnic je předmětem studií především v USA, v Norsku a ve Velké Británii. Zkoumá otázky jako výhled do zeleně, barevné řešení interiéru, usnadnění interakce s personálem a jejich vztah k délce léčby a míře pacientovy spokojenosti. Zvláštní pozornost je v této souvislosti věnována dětským potřebám. Generalizace těchto výzkumů je nesnadná, protože význam jednotlivých faktorů se liší v různých kulturách. Intervence na této úrovni je však levná a snadno proveditelná. Pacienti by se měli na těchto řešeních podílet svým názorem. Dalším problémem je dostupnost nemocnic a jejich jednotlivých interiérů pro pacienty, tedy otázka výtahů, schodišť, směrovek a orientačních informací. Třetím problémem je zajistit, aby architektonické řešení nemocnice snižovalo riziko infekce (problém Legionelly nemocničních kuchyní, možností mytí rukou pro lékaře, pacienty i návštěvníky, protiskluzové podlahy). Dále je třeba přihlídnout i k potřebám personálu, který buď v areálu nemocnice bydlí, nebo tam tráví dlouhé hodiny. S možností přihlídnutí k vývojovým trendům mají na architektonické řešení vliv především čtyři rychle se vyvíjející oblasti zdravotnických technologií:

- Miniaturizace diagnostické techniky
- Vývoj v oblasti přenosu diagnostického zobrazení
- Minimálně invazivní chirurgické postupy
- Terapeutické intervence, při nichž je lék zaveden do orgánu nebo přímo do určité buňky

Tyto nové postupy nejenom činí léčbu snadnější a bezpečnější, ale pacient a lékař nemusí být spolu.

(2) Lidské zdroje

Nemocnice jsou charakteristické organizace s vysokou intenzitou práce a nákladová efektivnost jejich výsledků ve vztahu k pacientům závisí na personálu. Řízení lidských zdrojů je nejzávažnějším úkolem managementu nemocnic. Ve vyspělých zemích představují pracovní síly v nemocnicích vysokou profesionalitu a člení se na řadu profesních skupin, které se stratifikují vertikálně i horizontálně. Musí být zajištěno, aby personál byl k dispozici v potřebném kvalifikačním složení ve vztahu k úkolům, dobře odborně připravený a vysoce motivovaný. Proto musí být nemocniční personál aktivně řízen v definovaném strategickém rámci. Buď se úroveň musí postupně zvyšovat v souladu se stanovenými cíli, nebo je zapotřebí zásadní „přestavba“ (re-engineering-reorganizace) pracovních sil. Proces této

reorganizace „znovu definuje jednotlivé funkce (pracovní odpovědnost) a stanoví, kdo vykonává práci v případě, že práce je místně určena, a jaké postupy či vzory je třeba použít.“ Reorganizace (re-engineering) pracovních funkcí zahrnuje řadu přístupů: seskupování pacientů podle požadavků péče, vytváření multidisciplinárních týmů, sladění kvalifikací a funkcí, ustavení pracovních protokolů, standardizace výkonů, decentralizace služeb, např. laboratorních, nová architektonická řešení, zavedení systému řízení celkové kvality, nabídka výkonnostních pobídek např. uznání, postup, účast na kongresech, spoluúčast na klinických studiích, peněžní odměny nebo naturální výhody. Reorganizace je nadšeně obhajována, ale průkazné hodnocení přínosů chybí a navíc existují pochybnosti o přenositelnosti amerických zkušeností do evropských poměrů. Blíže se zmíníme o dvou přístupech, které mohou mít pro nemocniční manažery značný význam: Skill mix (rozsah a skladba kvalifikací jednotlivých zaměstnanců) a good employment practises (vhodné praktiky v oblasti zaměstnanosti).

6.9.1. Kvalifikační struktura (skill-mix)

Vedení nemocnic musí rozhodovat o skladbě personálu zaručujících efektivní péči. Prostor pro různost kvalifikací a pro přenos kompetencí v zemích západní Evropy je dán předpisy o statutární odpovědnosti určitých profesních skupin, která může být právně zakotvena jako výlučná. Na příklad: v některých státech USA smějí přivádět děti na svět pouze lékaři, zatímco ošetřovatelky mohou podávat některá anestetika; v Velké Británii přivádějí děti na svět převážně porodní asistentky, zatímco anestetika jsou ve výlučné pravomoci lékařů. Má to především finanční důvody: v USA je porod spojen s platbou a přítomností lékaře, který provádí anestézii. Potenciální nahraditelnost / zastupitelnost mezi jednotlivými členy personálu je klíčovým prvkem v reorganizace (re-engineering) jak z hlediska zlepšení služeb, tak z hlediska snížení nákladů. Tradičně jsou v nemocnicích ostré hranice mezi kompetencemi jednotlivých funkcí a profesí. Snaha o větší flexibilitu prostřednictvím zastupitelnosti zaměstnanců byla v některých zemích usnadněna ústupem od historických přehrad mezi profesemi a zavedením kompetenčního přístupu: nejprve se definuje úkol a pak se hledá, kdo ho může provést nákladově nejefektivněji.

Diskuse o zastupitelnosti (substituci) má tři hlavní témata:

- Zastupující personál musí být levnější a s nižší kvalifikací
- Je třeba rozšiřovat existující oprávnění k provádění určitých výkonů

- Je třeba vytvářet nové skupiny povolání.

Zastupitelnost pokročila nejvíce na rozhraní mezi lékařem a zdravotní sestrou. V zemích s vysokou kvalifikací zdravotních sester je zřejmé, že sestry dosahují v některých případech lepších výsledků než lékaři, z části proto, že tráví s pacientem více času. Druhou oblastí substituce je náhrada ošetřovatelek (nursing assistants) za zdravotní sestry (nurses). K tomuto problému existuje rozsáhlá literatura, ale shoda nepanuje o tom, zda náhrada méně kvalifikovaných za kvalifikované přináší úsporu nákladů. Další oblastí substituce je rozhraní mezi medicínou a farmacií (farmaceuti přebírají odpovědnost za monitorování antikoagulační terapie). Zastupitelnost s sebou nese problémy supervize a postupů v profesní moci a vůbec změny v profesní skupině. Existují argumenty, že přesun kompetencí na méně kvalifikovaných personál v USA zhoršil úroveň péče. Např. strategie na snížení nákladů (cost-containment) v 90. letech vedly k tomu, že řada registrovaných zdravotních sester byla nahrazena asistentkami (health care assistants). V jiné literatuře se poukazuje na opačný výsledek: nemocnice s větším počtem kvalifikovanějších sester vykazují lepší výsledky. Očekávané úspory nákladů se nemusí dostavit, protože sestry žádají více peněz za více služeb a větší odpovědnost. Jejich širší pravomoci mohou vést k tomu, že jsou poskytovány další nepředvídané služby. Profesní skupiny, které plní úkoly dosud zastávané lékaři, požadují často i něco z jejich rozhodovacích pravomocí a profesního statusu.

6.9.1.1. Rozšiřování pravomocí

Rozšiřování pravomocí se nejčastěji týká péče o chronicky nemocné, běžného provozu a předepisování léků v rámci lékařem stanovené péče o diagnózy jako jsou astma či vysoký tlak. Sestry se dostávají do konfliktů s jinými profesními skupinami:

- s techniky, na něž jsou delegovány některé léčebné úkony
- s nižším zdravotnickým personálem, na kterých přecházejí rutinní úkoly
- se sociálními zaměstnanci, s nimiž občas zastupují v psychosociálním hodnocení pacienta.

6.9.2. Rozvoj lidských zdrojů

Rozvoj lidských zdrojů přináší oboustranný prospěch. Mnoho výhod dodává pocit zájmu ze strany zaměstnavatele. Zaměstnanec pod dojmem žádanosti vykonává svou práci s větší motivovaností i důležitostí. Motivy pro rozvoj lidských schopností mají zajistit získání

a udržení vysoce kvalifikovaného a vysoce motivovaného personálu, jemuž zároveň přináší vyšší uspokojení z práce.

(3) Technologie

Technologie představuje třetí důležitou oblast podléhající rozvojovým trendům. Rozvoj technologií poznamenal jak architektonické řešení, tak funkci nemocnic a hraje rozhodující roli v růstu jejich výkonnosti, ovlivňuje složení pracovních sil a zvyšuje náklady. Vybavenost se v jednotlivých zemích mimořádně liší: na milion obyvatel připadá v Japonsku 18,8 výpočetních tomografů, ve Francii 2,5 a v ČR 1,1 (OECD 1999). Podobně je tomu s informačními a komunikačními technologiemi, které zajišťují řadu úkolů: komunikaci personálu uvnitř nemocnice, elektronické zpracování zdravotní dokumentace, monitorování stavu pacientů, kontrola stavu zásob a telemedicínu. Řada zemí má v této oblasti plánování na národní či dokonce nadnárodní úrovni, které může ovlivňovat rozhodování jednotlivých nemocnic. Existují některé faktory, které mohou toto rozhodování ovlivňovat.

6.9.2.1. Podpůrná kultura

Této otázce věnovala odborná sféra nedostatečnou pozornost. Odborné studie ukázaly významnost této oblasti, kterou analyzovaly, proč některé nemocnice mají lepší výsledky než jiné. Světová organizace vytvořila program Health Promoting Hospitals (Nemocnice podporující zdraví), jehož účastníci jsou začleněni do aktivní účasti k podpoře zdraví. Cílem programu je posílit účast pacientů, personálu i okolí nemocnic za účelem zlepšení komunikace s jinými úrovněmi zdravotnického systému, nabídnout informace a vzdělávání, přeorientovat nemocnice na podporu zdraví a na to, aby se účastníci učili ze vzájemných zkušeností. Jeden z příkladů podpůrné kultury můžeme poznat ze spolupráce světových organizací. UNICEF a WHO rozvinuly iniciativu Baby-Friendly hospital, jako jedna z mála.

6.9.3. Od řízení nemocnice k řízení kliniky (clinical governance)

Disponibilní zdroje a prostředky je potřeba co nejefektivněji spojit k vytyčenému cíli. Koncept clinical governance je rodícím se konceptem v řízení zdravotnické péče. Je to přístup, který navrácí nemocnici zpět k jejímu primárnímu cíli – k péči o pacienty – tím, že zajistí, aby manažeři i zdravotníci společně pracovali na tom, aby poskytovaná péče byla optimalizována. V polovině 80. let prodělal veřejný sektor v řadě zemí hlubokou transformaci. Zrodil se nový manažerismus založený na paradigmatu privátního sektoru:

akcentuje produkci měřitelného výstupu, předává moc manažerům-technokratům, plní specifické cíle a podřizuje organizaci širším vládním politikám. Manažerismus začal ovládat politické debaty o veřejném sektoru v Austrálii i v Velké Británii. Manažerská kultura směřovala k přeměně plátců v manažery, k růstu jejich významu, ke zploštění dříve hierarchické manažerské struktury, k podnícení konkurence za účelem dosažení vyšší efektivity, k sepětí vstupů s výsledky a k ustavení ukazatelů výkonnosti vztahujících se i na personál. V nemocnicích se toto prosadilo později než v jiných oblastech veřejného sektoru, protože je to oblast složitá a protože lékaři disponují značnou mocí. Jedním z cílů je transformace nemocnic z rozpočtových organizací vlády na autonomní organizace veřejného sektoru. Proto, aby byla vytvořena manažerům větší míra autonomie. Tito manažeři jsou však často pod tlakem konfliktních vztahů zevnitř nemocnic i z okolí. Management nemocnic se tedy stal politickým procesem, hlavně v případech, kdy vlastně dospěl do podoby autonomní správní rady, zahrnující celou řadu držitelů kapitálových účastí. Odpovědnost manažerů a členů správních rad je tak často rozostřená, zatímco ostatní externí držitelé kapitálových účastí, např. ti, kdo nakupují, mají často co mluvit do vnitřních záležitostí nemocnic, správní rada tu příležitost nemá. V některých zemích se odpovědnost za vedení nemocnic posunula od lékařů ke zdravotnickým týmům a pak v polovině 80.let k manažerům, zatímco v Evropě jsou ředitelé nemocnic dosud často jen lékaři s nevelkým manažerským výcvikem. V kontextu těchto složitých vlastnických a manažerských situací se znovu projevuje snaha zvyšovat kvalitu péče a nikoli finanční ukazatele. Tento přístup zahrnuje medicínský a klinický audit a řízení celkové kvality – TQM (T quality management)

Podstatné prvky zajištění kvality (v kontinuálním cyklickém procesu) jsou

- Definování kritérií, podle nichž lze klinickou praxi hodnotit,
- Vyvinout standardy, jichž lze pro jednotlivá kritéria dosahovat
- Monitorování pokroku
- Zlepšování měnící se klinické praxe
- Revidování původních standardů a jejich zpevnování či změkčování

6.9.4. Řízení kliniky (clinical governance)

Paralelní linie manažerismu a péče o klinickou kvalitu začaly konvergovat koncem 90. let, mimo jiné proto, že zvyšování této kvality často vyžaduje posuny v prostředích. Tento koncept byl označen jako „clinical governance“, protože vyžaduje integraci finančního řízení,

výkonnosti služeb a klinické kvality. Zahrnuje zlepšování informačního systému, zavádění stálých programů profesního rozvoje a rozvoj systému peer review (zpětného vyhodnocování dosažených výsledků). Staví na řadě prvků TQM (). Statutární povinnost péče o kvalitu byla zavedena ve Velké Británii v roce 1997.

6.10. Změny pracovních sil v nemocnicích

Nemocnice zaměstnávají v evropských zemích mezi 2,5 – 5,5 % pracovních sil. Platy jejich zaměstnanců představují 2/3 – 3 /4 jejich provozních nákladů. Proto se na obecnou otázku pracovních sil nemocnic zaměřuje pozornost při snižování nákladů ve zdravotnictví souvisejících s napětím ve veřejných rozpočtech, a při zlepšování kvality zdravotní péče. Do nemocnic se promítají i problémy související s nedostatkem školených kádrů a situace na trhu práce vůbec. K řešení má vedení nemocni v zásadě tři postupy:

- a) decentralizace řízení a flexibilita zaměstnanců,
- b) úpravy profesní struktury;
- c) reorganizace a reinženýring nemocnic.

Tlumení nákladů se dotýká zejména decentralizace řízení nemocnic, jenž má umožnit managementu rozložení odpovědnosti tak, aby se dosáhlo větší flexibility v určování priorit při dosahování strategických cílů. Klíčovým prvkem je pak pružnost pracovních sil. Jde jednak o variabilnost početního stavu pracovních sil a možnost jeho úprav vzhledem k výkyvům potřeby (např. o možnost udržování základního kádrů zaměstnanců, doplňovaného podle potřeb lidmi zvenku, kteří mohou nebo nemusí být zaměstnáni) a dále o flexibilitu funkční, rozmíst'ování zaměstnanců. V těchto souvislostech se diskutují problémy zaměstnaneckých vztahů, postavení a vlivu odborů vzhledem k možnosti dosažení takových vztahů, které by byly výhodné pro nemocnici i zaměstnance; zde se naráží na systém regulace pracovních poměrů a rigidnost platových soustav.

Kvality péče se dotýká zejména profesní skladba zaměstnanců a jejich vzájemné vazby, což má samozřejmě významnou roli i při snižování nákladů. Jde o poměry počtu lékařů a ošetrovatelského personálu, strukturu ošetrovatelského personálu, relaci zaměstnanců různé kvalifikace a jejich vzájemnou kombinaci a substituci, což vše ovlivňuje úroveň péče, produktivitu práce, jednotkové náklady atd. (uvádí se, že v závislosti na daném úseku může dosavadních 25 – 70 % činnosti lékaře nahradit ošetrovatelský personál). Poměry v tomto

směru se v různých zemích podstatně liší, zejména jde o poměr mezi počtem lékařů a ošetrovatelských zaměstnanců (působí přitom i rozdílné výdělkové relace mezi lékaři a ostatními zaměstnanci); zdá se však, že se tyto poměry v průběhu posledních 15 let málo změnily. Určitou roli hraje i obecný nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců. Význam přitom má i potřeba, odpovídajícím způsobem reagovat na technologické inovace a právní úpravy v oblasti zdravotnictví. Vedle regulace pracovních sil je běžně třeba aplikovat další postupy, jako je zvyšování využívání lůžek, vybavení technikou a dalšími zdroji i přesuny mezi jednotlivými úseky zdravotní péče. Řešení problému pracovních sil má přispívat zejména reorganizace nemocnic. Zejména v USA se provádělo jejich slučování, u něž však nejsou jasně prokázány výhody z hlediska nákladů, vytváření kvalitních pracovních kolektivů, kvality péče a spokojenosti pacientů. K tomu měly směřovat procesy reinženýringu, iniciované také v USA, uskutečňované, ale i v řadě evropských států. Ty byly zaměřeny na odhalení postupů, vedoucích k neefektivitě a jejich odstranění (např. zbytečné rutinní procedury laboratorní, rtg vyšetření, vysoký podíl činností nesouvisejících přímo s péčí o pacienta, a nadměrná specializace ošetrovatelských kádřů) a naopak k zavedení procesů, zaměřených přímo na pacienta (stanovení jednotných jasných klinických protokolů, záznamů o pacientech, seskupování pacientů podle potřeb; multidisciplinární ošetrovatelské týmy; decentralizace atd.).

U všech těchto úseků nutno zatím konstatovat nedostatek poznatků, umožňujících jejich jednoznačné hodnocení.

6.11. Zavádění nových technologií

Místa, kde se poskytují jednotlivé typy lékařské péče se neustále mění. Rozvoj medicínských technologií, aby vybrané služby, dříve poskytované pouze v nemocnicích, byly nyní poskytovány i v rámci ambulantních služeb nebo dokonce i v domácnostech pacientů. V lůžkových zařízeních je ale stále umístěna většina drahé medicínské techniky i komplexních služeb: např. intenzivní péče, transplantace orgánů, onkologické služby. S využitím příkladů z Národní zdravotnické služby (National Health Service – dále NHS) ve Velké Británii jsou analyzovány procesy zavádění a využití nových technologií v nemocniční péči a otázky medicínské účinnosti a efektivity vynaložených nákladů. Mezi novými medicínskými technologiemi jsou diskutovány:

- Technologie sloužící ke screeningu – např. krevní test pro nositele cystické fibrózy, ultrazvukové vyšetření v průběhu těhotenství
- Testy „blízko pacientů,, – testy použitelné jak v ambulancích, tak ve vlastním sociálním prostředí pacienta (např. monitoring důležitých biochemických ukazatelů)
- Nové technologie aplikace léčivých přípravků – elektronicky kontrolované a implantované dávkovače
- Nové formy léčivých přípravků – umožňující aplikaci i mimo nemocniční zařízení
- Genová terapie
- Laparoskopické a miniinvazivní techniky
- Transplantace orgánů
- Zobrazovací diagnostické technologie a intervenční radiologie
- Telemedicína – možnosti konzultací v reálném čase mezi lékaři, ale i mezi lékařem a pacientem

Většina rozhodnutí o zavádění a využití nových technologií se uskutečňuje v samostatných nemocnicích s minimální vazbou k řídicím orgánům veřejného zdravotnictví (veřejná správa). Vystávají minimálně dvě otázky o vhodné roli nemocnice v souvislosti s novými technologiemi. Za prvé – smí rozhodné orgány nemocnic mít takový utilitární přístup a určovat, zda navrhovaná technologie je klinicky a nákladově efektivní ve srovnání s dosavadní praxí? Jestliže ano, přes jaké mechanismy by se taková vazba upevnila? Co by se stalo, kdyby veřejné nemocnice přistupovaly k zavádění nových technologií nadále tak opatrně a proti tomu soukromé nemocnice by svoje technologická zázemí progresivně rozšiřovaly? Ve státech, jejichž systém úhrad nemocniční péče přechází z výkonových systémů směrem k globálním rozpočtům a perspektivním úhradovým systémům, jsou nemocnice zainteresovány na nákladové efektivitě nových technologií. Některé evropské země zavedly programy hodnocení zdravotních technologií, např. Dánsko, Francie, Holandsko, Španělsko (zvláště Katalánsko), Švédsko a Velká Británie. Na druhou stranu se diskuse koncentruje na některé veřejnosti intenzivně vnímané a sledované technologie a mnohem méně pozornosti se věnuje značným novým, tzv. malým, technologiím – početným testům a novým operačním technikám, které se začínají standardně používat.

6.12. Optimalizace klinické praxe

Stále více je zřejmé, že implementace poznatků o medicínské a ekonomické efektivitě léčebných postupů se do klinické praxe přenáší jen velice obtížně. Předmětem zájmu zůstávají:

- důkazy existence nevhodných léčebných postupů, stupeň a důležitost rozdílů v poskytovaných službách,
- vývojem standardních postupů v kontroverzních oblastech zdravotní péče,
- metodami, jejichž cílem je dosáhnout změny v dosavadní praxi a důkazy užitečnosti takových metod,
- problémem neúspěšnosti při efektivním využití medicínsky a ekonomicky účinných léčebných postupů v praxi,
- vyhodnocením vhodné zdravotní politiky pro dosažení optimálních klinických výsledků.

Jsou uvedeny příklady významných rozdílů ve frekvenci hysterectomie, císařského řezu v porodnictví, léčby vysokého krevního tlaku. Většina lékařů ve zkoumaných případech sice věděla o existenci doporučených klinických postupů, ale jen mizivá část z nich měla detailní konkrétní znalosti o těchto doporučeních. Vývoj standardních léčebných postupů je založen na objektivně získaných důkazech, využívajících metodu klinického kontrolovaného experimentu za podmínek mezinárodní spolupráce a s jednotným statistickým zpracováním jejich výsledků (metaanalýza, Cochrane Collaboration). Získané výsledky jsou průběžně v krátkých intervalech aktualizovány a jsou dostupné s využitím Internetu, odborných časopisů nebo paměťových nosičů (CD-ROM). Využití této metody však v současnosti pokrývá jen asi jednu třetinu používaných léčebných postupů. Jiným přístupem jsou doporučené léčebné postupy (guidelines), zpracované obvykle pro národní prostředí konsensuální metodou. Doporučené léčebné postupy zahrnují také hodnocení epidemiologické situace daného onemocnění, identifikaci souvisejících klinických otázek, diagnostické a léčebné postupy včetně jejich ekonomického vyhodnocení v konkrétním systému péče o zdraví. Snahy o změnu léčebné či klinické praxe v souladu s rozvojem a dostupností nových poznatků jsou realizovány s využitím spektra různých postupů (celoživotní vzdělávání formou účasti na konferencích nebo krátkodobých kurzech, využití výpočetní techniky a Internetu, porady a semináře lékařů na pracovištích, organizační změny, finanční limity a zainteresovanost). Účinnost rozšiřování nových poznatků se zvyšuje s využitím tištěných dokumentů v kombinaci s jinými metodami (Internet, kurzy, semináře).

Samozřejmým předpokladem ovšem je, že jsou šířeny jen objektivně podložené poznatky. Finanční limity nebo změny v organizačním uspořádání zdravotnických služeb nemají bohužel potřebný selektivní efekt a vedou k paušálnímu snížení spotřeby nebo využití potřebných léčebných postupů bez rozdílu potřeb na straně pacientů. Takové postupy tedy negativně působí jak na účinně pracujícího lékaře, tak i na lékaře, který plýtvá. Podobné negativní důsledky mají také metody spoluplateb na straně pacientů, a to hlavně u starších věkových skupin postižených vyšší nemocností. Výrobci a dodavatelé léčiv, přístrojové techniky a materiálu vytváří svým přímým a nepřímým vlivem na poskytovatele zdravotnických služeb celou řadu negativně působících podnětů, které vedou ke zbytečným společenským ztrátám a objektivně nejsou přínosné pro pacienty. Mezi používanými nástroji této skupiny aktérů jsou různé finanční a nefinanční dary lékařům, vliv na obsah celoživotního vzdělávání, ale také vliv na četné rozhodovací procesy v oblasti tvorby zdravotní politiky např. na celonárodní úrovni. Přehled současného stavu snah o optimalizaci klinické praxe nebo léčebných postupů není potěšující. Ani dostupné a jednoznačné informace o některých dobře zhodnocených léčebných postupech nejsou v praxi efektivně rozšířeny a používány. I když je potřeba tvorby standardů a doporučených léčebných postupů všeobecně známa, v mnohých oblastech medicíny tyto informace dosud chybí. Postupy celoživotního vzdělávání vedou ke změnám v praxi s malou účinností a pomalým tempem. Dále se jedná o jednodušší nástroje se zaměřením na finanční limity a optimální jednání na straně poskytovatelů zdravotních služeb. Další pokrok v této oblasti lze dosáhnout systematickou, cílevědomou a postupnou činností s využitím všech dosavadních pozitivních zkušeností. Rychlé a snadné cesty k dosažení úspěchu v této oblasti nejsou reálné.

6.13. Organizační kultura nemocnic

Co je organizační kultura. Výzkum medicínské účinnosti léčebných postupů zaznamenal v posledních dvaceti letech významný vzestup. Jeho cílem bylo nalézt cestu k tlumení růstu výdajů na zdravotní péči. Na druhé straně byla věnována nedostačující pozornost výzkumu organizačního uspořádání zdravotnických služeb. Velice málo jsme tedy informováni o výsledcích provedených organizačních změn nemocniční péče ve vztahu k pacientům. Snížení spotřeby nemocniční péče se při sledování cíle redukce celkových výdajů na zdravotní péči stalo primárním úkolem. V USA došlo v letech 1980 až 1999 ke 40 % poklesu počtu nemocničních dnů. Cenou za provedené reorganizační změny nemocniční péče

je nespokojenost na straně veřejnosti i zdravotníků, spojená s poklesem důvěry v nemocniční péči.

Organizační kultura se zabývá:

- (1) Potřebou intenzivnějšího výzkumu organizačního uspořádání nemocniční péče ve vztahu k jejím výsledkům na straně pacientů.
- (2) Shrnuje dosavadní výzkum determinant rozdílů ve výsledcích nemocniční péče.
- (3) Dostupné poznatky jsou využity k ilustraci vztahů mezi organizační kulturou a výsledky nemocniční péče.

Organizační změny v oblasti nemocniční péče lze v průběhu 90. let sledovat ve dvou základních přístupech:

- První přístup byl o tvorbě nemocničních aliancí a sdružování nemocnic, o vertikální a horizontální integraci zdravotnických služeb a současně o využívání externích služeb.
- Druhý ze základních přístupů má podobu nového uspořádání uvnitř organizace. Vnitřní restrukturalizace nemocnic (reinženýring), která zásadním způsobem mění způsob poskytovaných služeb a vztahy mezi jejich poskytovateli. Nedávné hodnocení výsledků, které byly dosaženy cestou vzniku systémů s více nemocnicemi (nemocniční řetězce) a vertikální integrací, prokázalo, že tato strategie nevedla ke zlepšení výsledků hospodaření ani efektivity u takových nemocnic. Reinženýring vedl k redukci počtu zaměstnanců, zejména šlo o zdravotní sestry, což vedlo k poklesu počtu hodin ošetrovatelské péče v jednom ošetrovacím dni. Výsledky vedly ke značné nespokojenosti a protestům na straně zdravotních sester. Naopak v případech, kdy byla orientace změn zaměřena na rozvoj větší profesionality na straně zdravotních sester (primary nursing), dosahovaly příslušné nemocnice lepších výsledků (menší úmrtnost pacientů). Dramatické změny v organizačním uspořádání nemocniční péče jsou za situace, kdy mohou vést ke snížení kvality péče, předmětem jen velice omezeného výzkumného vyhodnocení. V nemocnicích jsou často léčeni pacienti s komplikovanými zdravotními problémy, dochází k úmrtí pacientů a k jiným nežádoucím událostem. V USA byly zjištěny několásobné rozdíly v úmrtnosti mezi srovnávanými nemocnicemi. Mezi determinantami úmrtnosti byly sledovány četné faktory (závažnost zdravotního stavu pacientů, velikost a umístění

nemocnice, jde-li o fakultní nemocnici, vlastnictví, počet zdravotních sester, léčebné technologie, kvalifikace lékařů). Bylo zjištěno, že menší počet zdravotních sester má vliv na vyšší úmrtnost v nemocnicích. Zdravotní sestry rovněž pozitivně ovlivňovaly počty léčebných komplikací pacientů, výskyt nosokomiálních infekcí, dekubitů, omyly v podávání léčiv. Ve Velké Británii byl rovněž prokázán vztah mezi počtem zdravotních sester a lékařů a rozdíly v úmrtnosti pacientů. V jiných studiích bylo zjištěno, že pozitivní vliv na výsledky nemocniční péče je spojen s větší autonomií sester, s větším rozsahem jejich kontroly nad poskytovanou péčí a jejich lepší spoluprací s lékaři. Otázky pro budoucí výzkum v této oblasti by se měly soustředit na ty výsledky péče, které jsou ovlivnitelné organizační kulturou nemocniční péče, na existenci vztahu mezi organizační kulturou a spotřebou péče (využívání zdrojů), na vztah kvalifikace a počtu zdravotních sester, na výsledky léčby, a na to, jak lze diferencovat mezi těmito faktory a komplikovaností zdravotního stavu pacientů. Ukazuje se, že organizační kultura nemocnic je významným faktorem, který ovlivňuje výsledky nemocniční péče. Lepší pochopení významu těchto faktorů by umožnilo pozitivně ovlivnit další rozhodování o vývojových změnách.

7. Nemocnice budoucnosti

Testem úspěšnosti nemocnic bude, pokud se jim podaří vyvolat dialog mezi manažery nemocnic a ostatními aktéry zdravotní politiky, odpovědnými za celý systém péče o zdraví. Rozhodovací procesy, související s nemocnicemi, zahrnují v dnešní době účast širokého spektra aktérů (manažery nemocni, pedagogy, představitele veřejné správy, představitele profesních sdružení, pacienty, nestátní organizace). V řadě států profesní reprezentace velice aktivně odmítají vnější zásahy do správy nemocniční péče a tvůrci zdravotní politiky se na tuto situaci adaptovali přechodem za cestu nejmenšího odporu, přičemž soustředili svoji pozornost pouze na hledání cest, jak zvýšit výdaje na nemocniční péči (resp. jak zvýšit příjmy nemocnic). Odpovědnost za hospodaření s těmito finančními prostředky je pak přenechána samotným manažerům a klinickým zaměstnancům s předpokladem, že oni sami ví nejlépe jak s nimi naložit.

Důsledkem tohoto přístupu je extrémní komplikovanost vztahu mezi pacienty a poskytovateli zdravotnických služeb. Jejich vztah je charakterizován neurčitostí, informační asymetrií,

volnou soutěží mezi lidskými hodnotami. Zkušenosti v Rusku prokázaly, že tato cesta vede k deprofesionalizaci a zhoršení kvality služeb.

Tak, jako nelze válku/obranu státu svěřit jen samotným generálům, tak i nemocniční péče je natolik důležitá, že ji nelze svěřit jenom manažerům a zdravotnickým profesionálům. Přístup samotných nemocnic je převážně orientován na krátkodobé problémy, obvykle v časovém horizontu jednoho roku, tj. v rámci daných finančních podmínek. To vede k určitému podcenění dlouhodobého hodnocení zdravotních potřeb populace, odpovídající potřebám v oblasti investic, vzdělávání, širší sociální roli nemocnic a efektivitě poskytovaných služeb. Takové dimenze mohou být naopak nově ovlivněny ze strany tvůrců zdravotní politiky. Vytvoření moderního a vhodně uspořádaného systému nemocniční péče tedy vyžaduje koordinované úsilí a spolupráci mezi samotnými zaměstnanci nemocnic a společností reprezentovanou v rámci existujících kontextů (dostupné finanční, lidské a technologické zdroje), větším okruhem aktérů.

Klíčovým bodem pro tvorbu této části zdravotní politiky je přesné vymezení pojmu nemocnice. Tento pojem dnes zahrnuje velké spektrum organizací. Budoucí uspořádání tohoto typu péče nutně souvisí s řadou dalších segmentů zdravotnických služeb (ambulantní služby, dlouhodobá lůžková péče, podpora zdraví). Předmětem našeho přístupu nemohou být tedy jen jednotlivé typy nemocničních služeb nebo počty lůžek, ale jejich komplexnost. Vždy je zapotřebí posuzovat návaznost jednotlivých typů služeb, tj. např. celkový systém léčby úrazů počínaje před nemocniční péčí, následně pak definitivní léčbou a rehabilitací. Musíme si klást otázky, zda-li má být dlouhodobá lůžková péče poskytována ve velkých, téměř anonymních organizacích nebo se má zachovat autonomie nemocných s možností zůstat nablízku svým rodinám v menších zařízeních dlouhodobé péče na komunitní úrovni.

Demografické a další změny v důležitých faktorech ovlivňujících nemocniční péči není možné vnímat schematicky jen ve vztahu k akutní nemocniční péči. V této oblasti existuje více možností a také vývoj potřeby nemocniční péče nemá ve vztahu k demografickým změnám jednoznačně lineární charakter. Zdravotní stav budoucích starších generací je na základě empiricky podložených zjištění ovlivněn jiným spektrem ukazatelů zdraví, než tomu byl v minulosti. Jiné programy a jiné typy a oblasti péče o zdraví teď významně ovlivňují potřebu akutní nemocniční péče. Řada takových faktorů, které musíme zvažovat, jsou mimo rámec vlivu samotných nemocnic. Uspořádání nemocniční péče musí spočívat

na pečlivě vyváženém přístupu mezi geografickou dostupností základní nemocniční péče a oblastí specializovaných nemocničních služeb, které naopak vyžadují určitou míru koncentrace v rámci větších geografických celků. Zkušenosti četných států ukazují, že vývoj systému nemocniční péče, zohledňující celou řadu uvedených faktorů, lze realizovat podstatně efektivněji, pokud je realizován s využitím metod regionálního plánování. Naopak vysoký stupeň autonomie jednotlivých nemocnic má tendenci k zachování existujícího uspořádání.

Nemocnice mohou poskytovat vysoce kvalitní péči ve vztahu k její potřebě a dostupnosti za předpokladu odpovídajících vnějších zdrojů (investice, kvalifikovaní zaměstnanci, znalosti potřebné pro poskytování efektivní a účinné péče). Celý systém veřejné správy je odpovědný za správu a řízení těchto parametrů, ale současně také za odpovídající optimální využití poskytnutých zdrojů. Jednotlivé úrovně odpovědných aktérů mají k dispozici různé spektrum nástrojů, jejichž vývoj a využití nastavují a následně realizují cestou svých rozhodnutí.

Odpovědností na straně nemocnic je poskytovat kvalitní zdravotnické služby. To vyžaduje monitoring a posílení kvality péče. Vývoj v této oblasti je však dlouhodobě determinován efektivním využitím vědecky objektivizovaných poznatků o léčebných postupech a tedy vývojem v informovaném jednání zaměstnanců jednotlivých odborností. Také příslušná rozhodnutí o využití nových technologií musí být založena na objektivních důkazech (medicína založená na důkazech). Rozhodnutí o rozvoji technologií musí brát v úvahu její dostupnost v rámci existující sítě nemocnic, aby tak nedocházelo k duplicitě nebo naopak nedostupnosti příslušných služeb.

V Evropě existují v oblasti nemocniční péče, v uspořádání systémů péče o zdraví a také v hodnotových přístupech k těmto oblastem poměrně značné rozdíly. Přes tyto rozdíly lze hovořit o třech všeobecně platných významných principech či potřebných přístupech:

- (1) Základním posláním nemocnic je zlepšit zdravotní stav obyvatelstva. Takový úkol je řešitelný pouze poskytováním služeb, které odpovídají zdravotním potřebám obyvatelstva a jsou rozvíjeny s využitím výzkumu a vzdělání.
- (2) Nemocnice jsou pouze jednou součástí celého systému péče o zdraví. Postavení nemocnic nemůže být pojato z hlediska samostatně existujících subjektů, ale pouze ve vztazích k ostatním zdravotním a sociálním službám.

- (3) Zlepšení zdraví a poskytování odpovídajících a potřebných služeb vyžaduje sdílenou odpovědnost nemocnic a dalších aktérů, kteří jsou odpovědní za celý systém péče o zdraví.

Technika v prostředí na trhu - kraje jsou opakovaně upozorňovány, že otázka přístrojového vybavení nemocnic jim nepřísluší. Správa nad vlastním technickým vybavením spadá do výhradních práv nemocnice. Kraje rozhodují o případné koupi techniky – vlastních investicích do potřebného vybavení nemocnic. K uplatnění tohoto práva může dojít až po podání žádosti managementu nemocnice o zakoupení příslušné techniky. Následně se stává kraj společníkem v dané organizaci podle obchodního zákoníku, pokud se nedohodnou na jiném vyrovnání nebo je-li kraj je zřizovatelem nemocnice. Pak uplatňování rozhodovacích práv neomezuje žádné zákonné ustanovení.¹⁰

8. Důvody pro nové strategie

V praktické části své diplomové práce se budu věnovat návrhu, popisu a zdůvodnění reálných řešení pro konkurence schopné podněty vedoucí k poskytování zvýšené míry kvality zdravotnické péče. Neobvyklost otřesných případů nás vede k pozastavení a zamyšlení se nad zmíněnou problematikou. Slýcháme často z médií o kauzách, při kterých nám doslova přebíhá mráz po zádech. Skutečné příběhy provází více než nepříjemné pocity, pacient si prožívá velmi bolestivé okamžiky. Při pozorování celého průběhu případu zjišťujeme zvýšený výskyt pochybení v péči lékařského a nelékařského personálu. Některé výsledky ministerstva zdravotnictví a Českého statistického úřadu tomu rovněž nasvědčují, ale i WHO poukazuje ve své zprávě Zdraví 21 na nutnost dohledu v této problematice. Důvody i příčiny popisuje podrobně zpráva WHO, kde najdeme velkou **časovou vytiženost zaměstnanců, nedostatečnou kvalifikaci, nedostatečnost a nesoulad ve vybavenosti či nutnost sociálního smíru a tolerance**. Zpráva postihuje především systém celkově. Jeho nesoulad vyvolává jak nefunkčnost, tak vysoké výdaje, což je pouze logický důsledek plýtvání. Složitou analýzu provedla ve vysoké úrovni již WHO. Její závěry se vztahují také na Českou republiku. Jednotlivé kraje země ji berou za směrodatnou analýzu. Vychází z jejích hlavních bodů pro tvorbu vlastní strategie, podle které řídí svůj zdravotnický sektor. Operují s globálně

¹⁰ Rozhodnutí – kraj Vysočina, 2006, http://www.kr-vysocina.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=450008&id_org=450008&id=406956&p1=0&p2=&p3

zmíněnými body, jejichž váha významu působí největší problémy v dané oblasti. Každý kraj vytvořil vlastní plán řízení a zajištění zdraví svého obyvatelstva.

9. Marketing zdravotnických organizací

9.1. Tržní matrix

Tržní matrix je v podstatě definicí trhu nebo-li jeho základní mapou souvislostí. Ten, kdo pochopí charakter a sílu funkčních vztahů v tržním matrixu, má nejlepší předpoklady stát se časem dobrým marketingovým stratégem. Kvalitní strategie totiž vždy vyplývají právě z těchto vztahů a jejich změn a jsou především orientovány („drivovány“) tím směrem, kde uvedené změny přinesou pravděpodobně největší užitek v co nejkratším čase. Má-li strategie uspět, musí tyto vztahy buď sama pozměnit, nebo se, ještě lépe, svěřt po jejich právě probíhající změně (jako po koncentračním spádu). Tím lze dobře pochopit a racionálně vysvětlit primární povahu neboli primární orientaci silných strategií konkurenčním (competitive targeting) nebo naopak zákaznickým směrem (behavioral, customer strategy), orientaci na využití změn v legislativním, politickém či technologickém prostředí (PEST-driven strategy) nebo zaměření se na zvýšení vlastních kompetencí zdravotnických zařízení (added value strategy).

9.1.1. Tržní motivy

Na trhu se primárně nevyskytujeme my sami s naším zdravotnickým zařízením. Trh totiž může a také bude existovat i bez nás. Centrem trhu není ani zákazník (často uváděný v novějších marketingových kurzech), ale poměrně nesourodá skupina „tržních motivů“. Se zákazníkem se totiž neobchoduje, obchoduje se jen s jeho motivy a jejich změnami. Definovat tržní motivy jako centrum trhu ve zdravotnictví je nejen přesnější, ale zároveň praktické, protože se tím vyhneme akademické debatě, kdo je vlastně více zákazníkem našeho zdravotnického zařízení – odesílající praktický lékař? Zdravotní pojišťovna? Pacient, který si nás vybral? Především ten, jehož motivy jsou pro nás nejpřínosnější.

I tržní motivy ve zdravotnictví mají svůj základ v psychologii (zdaleka nejen v té Maslowské) a práce s nimi patří k vrcholným manažerským kompetencím. Jejich struktura sama o sobě je dost složitá, především vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Ty tvoří:

- a) potřeby,

- b) emoce,
- c) návyky,
- d) hodnoty.

Zákazníci zdaleka nevolí jen na základě potřeb, což většina marketérů podceňuje. Motivy zákazníků jsou leckdy primárně vedeny emocemi a návyky nebo – především u tržně vyspělejších zákaznických skupin – i hodnotami, které uznávají. Leckdy jsou motivy naprotostoto iracionální až absurdní, což si můžeme snadno dokázat sami na sobě, když se zamyslíme nad svým nákupním chováním v mnoha oblastech. Týká se to samozřejmě i výběru zdravotnického zařízení nebo daného terapeutického či ošetrovatelského postupu, ochoty připlatit si. Klíčovým faktorem pro úspěch marketingové strategie tržních motivů není jen rozpoznání struktury tržních motivů dané zákaznické skupiny, ale i výše, do jaké jsou v dané chvíli motivy saturovány, ať už vašim zdravotnickým zařízením nebo konkurenty. Tím se klasifikace motivů rozšiřuje ještě o jednu zásadní a prakticky podstatnou kategorii: motivy lze rozdělit na uspokojené, neuspokojené a zákazníkem dosud nepoznané – jednodenní chirurgie.

Na využití této vždy existující jednoduché sub-kompenzace motivů je postavena poměrně slušná existence celé řady zdravotnických pracovišť po celém světě. Banálním a přesto efektivním marketingovým příkladem v Čechách jsou právě ona pracoviště jednodenních výkonů (chirurgie, ortopedie, ale dnes už např. i kardiologie) anebo celá plejáda gynekologických oddělení nemocnic, oslovující matky s neuspokojenou motivací pro alternativní porod. Základním faktorem výtěžnosti při použití „strategie neuspokojených motivů“ je rychlost, nikoliv kvalita, protože čím jednodušší je odlišení se, jako například ve výše uvedených příkladech, tím dříve se vyskytne kopírující konkurence. Postup lze samozřejmě téměř donekonečna opakovat. Daleko riskantnější, náročnější, nákladnější, ale také výnosnější je „strategie dosud nepoznaných motivů“, která ve své podstatě „vyrábí“ (generuje) u zákazníků nové motivy (potřeby, návyky, emoce). Je typická pro uvádění nových technologií včetně těch ve zdravotnictví, kdy zákazník nemůže mít motiv, jelikož dosud neví o existenci technologie a jejích přínosech. V medicíně je to běžný stav při zavádění nových terapeutických metod i při uvádění nových léčiv (NCE- new chemical entity) na trh, kdy se představují nové terapeutické možnosti molekuly a někdy dokonce i diagnostické jednotky (vyrábí se i choroba), které dosud nebyly ani trhem požadovány. U této strategie je potřeba počítat s jistou nutnou dávkou trpělivosti, protože průběh náběhové

křivky nových motivů je limitován populační typologií – inovátorů je méně než 5% a podíl tzv. časné adaptabilních (early adaptors) je jen o málo vyšší. Pokud klíčovou roli u předchozího typu strategie hrála rychlost, zde je to propracovanost komunikace a vysoký „share of voice“ (frekvence a intenzita informací působících na trh). Díky němu první konkurenční vstupy na trh způsobí často paradoxní zvýšení obrátů prvně uvedené metody nebo technologie tohoto druhu.

Řada zdravotnických zařízení se již začala nořit do identifikace tržních motivů tím, že se učí měřit zákaznickou/spotřebitelskou spokojenost. Strategie založené na tržních motivech mívají obrovskou výtěžnost (lze pomocí nich dosáhnout jednoznačných prvenství na trhu), pokud jsou dobře postaveny a jsou-li skutečně komplexní. K tomu je ovšem zapotřebí investovat do marketingového výzkumu motivů a chování pacientů a nespolehat jen na intuici. Ta, i když může být leckdy správná, nedokáže téměř nikdy správně kvantifikovat uvedené motivace a navíc není schopna postihnout, některé jinam nebo protichůdně orientované motivy, znemožňující faktické uskutečnění zákaznického záměru. Tím může snadno dojít k nadhodnocení potenciálu, který lze daným postupem teoreticky získat. Jedním z důkazů vzrůstající účinnosti motivačně propracovaných strategií je i existence samostatného manažerského předmětu Zákaznické chování (Customer Behavior).

9.1.2. Externí faktory (PEST analýza a její moderní řízení)

Pro zdravotnictví je chronicky důležitá oblast trhu, ze které přichází pro strategii rovněž řada nepostradatelných impulsů. Vedení nemocnic analyzuje PEST faktory (P=political, E=economical, S=social, T= technological), kterými je daný trh ohraničen a ovlivňován. Jejich zapracování do podoby strategie a využití nebo nevyužití v praxi může mít i zlomový vliv na pozici zdravotnického zařízení v konkurenčním poli. Manažeři zdravotnického zařízení k PEST analýze v zásadě zaujímají trojí přístup:

- 1) ignorují ji,
- 2) nesystematicky o ni zavadí, když se něco nového stane nebo je problém,
- 3) obnoví předchozí analýzu při tvorbě plánu na příští období.

V reálných podmínkách zdravotnického zařízení existují kromě řady manažersky nesmyslných úsilí dvě pravděpodobně efektivní východiska:

- a) získávat od externí firmy pravidelný cíleně zaměřený expertní průzkum trendů, ke kterému je potřeba následně ještě zaujmout stanoviska hlavně těch odborníků ve zdravotnických zařízeních, kterých se daná oblast týká (o průzkumu trendů dále);
- b) zavést ve zdravotnickém zařízení jednoduchý, ale efektivní systém Business Intelligence (tedy kontinuální způsob zpracovávání a vyhodnocování dat a relevantních informací o trhu s IT a softwarovou podporou).

Jak průzkumy trendů, tak systémy Business Intelligence nepatří dosud ve zdravotnictví ke standardním manažerským praktikám. Tím spíše jsou silným strategickým potenciálem, protože konkurence zdravotnického zařízení s těmito trendy velmi pravděpodobně nepracuje. V této oblasti leží obrovské rezervy při tvorbě budoucích strategií (PEST-driven strategy).

9.1.3. Zákazníci a spotřebitelé

Fyzičtí zákazníci jsou samozřejmě nositeli motivů, o jejichž strategickém potenciálu jsme se zmiňovali výše. Jako skupiny vhodné pro zákaznické strategie (customer strategy) nás ovšem zajímají z hlediska loajality a profitability. Motiv, profitabilita a loajalita spolu sice do jisté míry souvisejí, ale na druhou stranu si lze snadno představit dva zákazníky s naprosto odlišnou strukturou motivace, ale se stejnou mírou profitability, kterou přinášejí zdravotnickému zařízení. Stejně tak dva jiní zákazníci budou mít velmi podobný „motivogram“, ale míra zisku z nich generována je pro nás z nějakých důvodů naprosto odlišná. Podle uvedených kritérií lze zákaznické skupiny dělit a odlišně se vůči nim profilovat. Klasický marketing má pro tuto část strategického řízení název CRM (customer relationship management – zákaznický marketing). Ten je schopen na základě analýz profitability vyčleňovat prioritní skupiny klientů s vysokou profitabilitou. Sledovat důvody, proč k ní dochází a vytvářet pro ně specifické projekty na její udržování nebo zvyšování. Stejným způsobem jsou organizovány ztrátové skupiny, nejčastěji buď jejich ignorancí nebo (ojediněle) útlumovými programy. České zdravotnictví některé tyto praktiky realizuje po svém. vcelku úspěšně, na mnoha úrovních. Např. od nepřejímání tzv. drahých pacientů u specialistů, přes umělé udržování pacientů na JIP díky systému TISS bodů, až po tzv. nákup pacientů od praktických a jiných lékařů ze specializovaných center. Toto vyplývá ani ne tak ze znalosti strategického přínosu těchto postupů, jako spíše ze zdeformovaného systému plateb zdravotních pojišťoven. Pokud se oprostíme od těchto vcelku primitivních postupů, měly by zákaznický marketing (CRM), klientské a individuální (121 = one-to-one) strategie

významně bodovat a generovat poptávku i profitabilitu především v nadstandardních programech péče, v řízené péči (managed care), prevenci se spoluúčastí, programech rodinné péče, zdravotně-sociální péče, zaměstnavatelské péče a péče o jinak výnosově bohaté klienty. Jejich úkolem je vydělat nikoli jednou, ale opakovaně a profitabilitu na klienta zvyšovat. Dalším strategicky významným prostorem pro zákaznický marketing (CRM) a klientské přístupy jsou projekty reprofilací zdravotnických zařízení při jejich nevyhovující nebo regulátorem vynucené struktuře a samozřejmě všechny investiční záměry ve zdravotnictví. Ve všech těchto případech doporučujeme kromě klasického CRM začlenit behaviorální CRM metriky, což jsou nově používané prospektivní parametry CRM řízení, které zařazují zákazníky do „behaviorálních košů“ a umějí předpovídat jejich pravděpodobnou budoucí profitabilitu.

9.1.4. Konkurenti v tržním matrixu

Při analýze tržního matrixu doporučujeme primárně se zabývat tržními motivy, externími faktory trhu (PEST) a analýzou zákaznické populace. Jedná se o jakési nezávislé, nezaujaté a bez emočního mapování terénu. Jakoby zasadí parametry konkurenčního pole, což bývá pro řadu manažerů a kliniků poměrně značný problém díky subjektivnímu namlouvání si nebo vzájemnému oportunistickému podsouvání pseudo-faktů. Je vhodné vylepšit strategický záběr dvěma dalšími strategickými nástroji - trendovou analýzou a relevantními segmentacemi. Umožní lépe pochopit dynamiku a důležitost, nově vznikající souvislosti v tržním matrixu.

9.1.5. Trendová analýza

Trendy jsou změny, které se právě dějí nebo začnou dít. Některé se již vyvíjejí nebo se vyvinou a o jejich existenci nemáme ani ponětí. Trendy je obecně potřeba chápat jako živnou půdu pro strategii, ať pocházejí z jakékoliv oblasti tržního matrixu (PEST, trendy v motivech, zákaznické trendy, konkurenční nebo partnerské trendy). Jejich síla, směr nebo dynamika může mít v budoucnu zásadní vliv na vývoj vztahů v tržním matrixu a konkurenčním poli. Neznalostí většiny trendů v praxi průměrného zdravotnického zařízení se většinou až tak moc nezhorší. Nešťastný přístup se vyskytne při použití kombinace nástrojů z několika strategií. Pracoviště patřící nebo usilující o postavení ve špičce, je situace přesně opačná. Většina dobrých kliniků je dnes schopna obecně postihnout většinu indikačních, výkonových a technologických trendů, ale fatálně selhává při jejich kvantifikaci. Ještě hůře

jsou na tom zdravotnické zařízení v oblasti trendů v komunikaci. Trendy těchto faktorů se často ani nedotknou, a pokud ano, většinou se buď chybně interpretují, nebo se vůbec ignorují. Je to způsobeno i tím, že záchyt a interpretace trendů jsou profesionálně a metodicky poměrně obtížné, zvláště v oblastech trendů rodících se (emerging trends). Průzkum trendů by měl probíhat pod odborným vedením někoho, kdo umí trendy „měřit a vážit“ (což jsou dnes pouze profesionálové z oblasti marketingového výzkumu a i ti potřebují spolupracovat se stratégy a kliniky při formulaci problému), jinak se v podstatě nemůžete do ničeho, co by se dalo nazvat nesebevražednou strategií, potažmo investicí, vůbec pustit. To, že je dobrá trendová analýza složitá a svým způsobem riskantní, by vás však nemělo odradit od jejího provádění právě v případě, že máte zdravé agresivní nebo dokonce vítězné ambice. Alternativním způsobem získání trendové analýzy je její nákup jako hotového produktu. Některé firmy v EU dnes nabízejí standardní trendové analýzy z oblasti medicíny a zdravotnictví v Evropě. Jejich nedostatkem je kromě ceny i většinou absence pokrytí českého trhu a menší zacílení na specifické problémy. Pro orientační vyhodnocování trendů se může použít relativní škály ke zhodnocení váhy (významnosti trendu) a jeho dynamiky v horizontu např. dvou až pěti let. Tímto způsobem lze někdy relativně dobře vymezovat priority zdravotnického zařízení nebo jeho pracovišť a hlavně se na nich i dohodnout s klíčovými odborníky a manažery. Smyslem v tomto případě není kvantifikace a přesnost jako taková, ale spíše základní vymezení. Vzájemné (velmi často i vlastní) ujasnění a vysvětlení si, proč to nebo ono považujeme za klíčové. Sami uvidíte, jak přínosná pro zásadní debaty a rozhodnutí někdy tato jednoduchá relativizace bývá. Případné pokusy o manipulaci trendů ze strany oportunistů kliniků i manažerů lze vcelku úspěšně omezit požadavkem na konkrétní popisy projevu trendů v praxi (chování lidí, činnost organizací apod.). Opomeňte hojně používané vehementní argumentace jakési super-důležitosti.

Každá z oblastí činností zdravotnického zařízení by v takovýchto a podobných orientačních analýzách měla být prováděna:

- 1) odborníky zdravotnického zařízení se schopností koncepční úvahy,
- 2) pro každou oblast zvlášť (indikační a výkonová oblast, ošetřovatelská oblast, patientské trendy, komunikace zdravotnické organizace.)

Většinou lze tímto způsobem v každé oblasti odhalit kolem 5-10 trendů, které potom posuzujete z hlediska priorit zdravotnického zařízení a tedy možného zaměření se na ně. Z toho je jasné, že bude-li postupovat tak, že všem obecně zadá zanalyzovat trendy, každý

oslovený přinese těch 10 nejmarkantnějších trendů a tudíž výsledek bude nulový. Je skutečně důležité, aby byl zpočátku postižen co nejširší záběr, a ne výseč reality, teprve poté dochází ke strategickému zužování. Pozor, při následném hodnocení priorit nebývá vždy výhodné si vybrat jen ty nejjasnější, u kterých je silný předpoklad, že si je vybere i většina regionálních konkurentů.

9.1.6. Segmentace a nové přístupy k nim

Jeden čas platilo, že segmentace jsou klíčovým faktorem úspěchu jakékoli vítězné strategie. Dnes to platí jen do jisté míry, protože klasické segmentování ztratilo svoji původní údernou sílu. Je to prozaické – segmentovat se naučili skoro všichni a zmizela konkurenční výhoda. Co to segmentace jsou? Nic překvapujícího – rozdělování úseků trhu na jednotlivé menší oddíly, pro něž je společná jedna nebo více charakteristik a následná strategická práce s těmito menšími „segmenty“. Jelikož žádný trh, ani ten zdravotnický, evidentně není homogenní, mají segmentace svoji logiku. Tady poněkud zaostává argumentace těch, kteří z nějakých důvodů chtějí stejnou péči pro všechny a muselo by být pravděpodobně užito násilí na mnoha klientech zdravotnického zařízení, aby se tato nesprávná myšlenka dala zrealizovat.

Tradiční segmentace jsou sice stále užitečné, nicméně z pohledu stratéga nepříliš zajímavé, protože se v nich jen obtížně nachází moment překvapení. V praxi zdravotnického zařízení mezi ně patří kvantifikované segmentace demografické (včetně segmentů v rámci stupně a typu jednotlivých onemocnění), indikační (výkonové segmentace na bázi množství provedených intervencí, v ekonomických odděleních se provádějí nákladové a výnosové segmentace prakticky čehokoli. Potíž bývá v tom, že s 95 % výstupů tohoto typu nemá žádný efekt, kromě oblíbených škrťů nebo příležitostných navýšení v nákladových kolonkách. Na vině je kromě nízké informační hodnoty těchto výstupů většinou i chybně hierarchizovaná struktura managementu zdravotnického zařízení a její nulové strategické motivy a kompetence. Tento stav nahrává „pseudo-ekonometrům“, kteří „managementem časových řad“ vytvářejí pro zdravotnická zařízení budoucnost 70. let minulého století. Některá pokrokovější zdravotnická zařízení přistoupila v rámci řízení profitability i k jednoduchým CRM typům segmentací (princip CRM jsme popsali dříve v této na bázi bodového nebo ZUMového ohodnocení, tíže choroby či jen frekvencí návštěv zdravotnických zařízení).

Ke škodě většiny těchto zařízení jsou tyto zjištěné segmenty nevyužity. Nezjišťují se v nich souvislosti s chováním klientů či odhalující motivy tohoto chování. Motivy a souvislosti jsou determinanty určující právě následné volby. Tento druh segmentování by právě měl být klíčovým směrem pro zdravotnická zařízení, protože volba poskytovaných služeb je odvislá od plateb ze současného systému pojištění. Nejmodernější typy segmentací směřují – jak jinak – do motivační oblasti potřeb, postojů, návyků a emocí a v těchto relativně méně ohraničených segmentech se hledají nové strategické cesty. Patří mezi ně např. kromě známějších segmentů značkově a neznačkově orientované populace (týkají se samozřejmě i zdravotnického zařízení, lázní atd). segmentace postojů k privátnímu a státnímu zdravotnictví a tedy např. i výběr prokazatelně horšího zdravotnického zařízení jen proto, že není zprivatizováno.

Pro manažery-marketéry ve zdravotnictví jsou do budoucna velmi zajímavé i segmentace klientů na bázi „marketingové gramotnosti“. To je stav, kdy klient je zcela bezpečně schopen odhalit, že je manipulován marketingovými zájmy firmy a stává se vůči jejím u marketingu postupně rezistentní. Protože firma má tohoto zákazníka většinou na bázi některé z tradičních segmentací chybně zařazeného v „cílové komunikační skupině“ a on „neodpovídá“, komunikuje s ním o to intenzivněji a paradox se prohlubuje. Vše se samozřejmě prodražuje. Tento jev je logicky patrný u marketingově vzdělanější, ale také odolnější populace, jejíž existence byla v sociologických průzkumech jednoznačně identifikována. Je evidentní, že i v současném českém zdravotnictví velmi rychle přibývá typologie tzv. informovaného pacienta, který toho díky informačním technologiím a své motivaci, ví o své chorobě a možnostech léčby často více než jeho lékař. To má a bude mít zřetelný dopad na tvorbu komunikačních a marketingových strategií lékařů i celých zdravotnických zařízení, pokud budou chtít do budoucna uspět se svými službami právě v tomto segmentu, kde prodej zdravotní péče bude značně sofistikovanější.

Rozsegmentovat trh na tisíce kousků se podařilo mnohým. Některé organizace mají svůj klientský program postaven na filozofii segment = 1 čili one-to-one marketingu a toto je funkční. Nicméně to, zda je k segmentaci přistoupeno správně či nikoli, se dá poznat záhy. Segmentace, ať je vytvořena na jakékoli bázi, musí zvýšit váš rozhodovací komfort, nejen informovat. Pokud se postupovalo správně, vytvořené segmenty odhalí nové souvislosti na trhu, bude lépe chápán, bude znát to, co je potřeba vědět pro strategické rozhodování a bude se moci skutečně rozhodnout. Čím přínosnější a strategicky významnější segmentace

je, tím méně nápadně se segment jeví, a proto většinu manažerů ani nenapadne segmentovat podle daného principu. Dobrým návodem (i když zdaleka neřeší vše) na úsporu času a práce bývá kvalitně provedený průzkum trhu a chování na něm s důrazem na intuitivně předpokládané a definované segmenty – tzv. přirozené segmenty. Řada manažerů díky nepochopení tohoto principu stále segmentuje uměle, pouze metodicky správně, ale zbytečně. Přínos kvalitně provedených segmentací (zvláště těch méně typických, behaviorálních a motivačních) je pro strategickou práci zásadní. Jejich klíčovým výsledkem jsou dílčí trhy s poznanou velikostí a budoucím strategickým potenciálem zdravotnické zařízení.

Příkladem pro klasickou segmentaci trhu je dělení podle hlediska:

- demografického
- indikačního
- výkonového
- nákladového
- výnosového
- konkurenčních trhů
- klasická CRM segmentace

Behaviorální segmentace obsahuje segmentace podle:

- zákaznické loajality
- hospitalizačního chování
- preskripčních „zvyklostí“ pacienta

Motivační segmentace se zabývá hledisky jako:

- komunikační konvence
- poptávky po nadstandardní časové konvenci
- poptávky po kvalitě péče
- motivace po kvalitě a rozsahu ošetřovatelského procesu

Znalosti jsou širokozáběrové, současné i budoucí souvislosti v tržním matrixu jsou jasnější a následná opatření jsou smysluplná jak ve vztahu k prioritám, tak i ve smyslu kvantifikace. Jednotlivé segmenty se překrývají. Známe jejich potenciál, dynamiku a také rizikovost. Přestože jsme jejich existenci možná předpokládali, nyní víme daleko lépe, a nejen pouze

intuitivně, co máme dělat, resp. co se asi bude dít, když neuděláme nic. Víme daleko přesněji, kolik času a investic bude námi zamýšlená nebo zřizovateli požadovaná změna vyžadovat. Nejhorším způsobem, jak v managementu měřit realizovanou změnu, je předčasná ekonomická analýza. Výstupy ze segmentací uvedených typů (hlavně těch neklasických) jsou daleko citlivějším a časnějším měřítkem. Teprve potom se objevují jejich ekonomické důsledky, někdy se zpožděním mnoha měsíců. Riziko a komfort řízení při neprovedených trendových analýzách a segmentacích jsou asi tak stejné jako řízení autobusu s neprůhledným předním sklem. Ekonomické analýzy zdravotnického zařízení jsou v lepším případě zpětným zrcátkem. Pokaždé, když narazíte, vycouváte a pokračujete někam dopředu. Pokud váš autobus vůbec někam dojde, je to jen náhoda a není to ani trochu vaší zásluhou.

Dosud jsme z hlediska úspěšné strategické tvorby provedli tři základní kroky: zmapovali jsme existující souvislosti, rozsegmentovali je a pomocí trendové analýzy nastínili budoucí změny v tržním matrixu. Z toho, co a jak jsme zde doposud prezentovali, je zřejmé, že systémovost vládne v moderním strategickém managementu. Systémovost nebo míra, s jakou se uplatňuje ve vítězných strategiích, je silně individuální a závisí mimo jiné na charakteru daného trhu, množství a kvalitě dosud dostupných informací a rovněž i na typologii a osobních preferencích těch, kteří tyto strategie tvoří. Základním cílem při této práci by měla být snaha o co možná nejširší objektivizaci a vyloučení evidentně iracionálních postojů, ať už jsou způsobeny personální limitací nebo vědomou motivací ovlivnit výsledný dojem. Z toho také vyplývá, že při výběru těch, kteří na uvedené činnost budou spolupracovat nebo ji do značné míry i řídit, je zapotřebí být obezřetný. Zaběhlé stereotypy až rigidita mnohých klinických pracovníků i ekonomů, přehnaná až arogantní sebestřednost některých vedoucích, nedostatek koncepčnosti, specifických znalostí a také vyhoření motivace mohou výsledek tohoto procesu poškodit. Je přínosné se spolehnout na skutečně koncepční spolupráci rozhodnutí připravovat a konzultovat s experty. Ale ani vysoce schopný jedinec nemá v tomto procesu stoprocentní šanci na úspěch. Nyní je nutné začlenit do úvah o určité strategii další vlastní jedinečný rozměr.

Z popisu vztahů a vývoje v tržním matrixu a jejich částech nám totiž zatím unikalo konkurenční pole a také vlastní perspektiva zdravotnického zařízení. Tento střední úsek práce na strategii v sobě propojuje autonomní analýzy konkurence a hodnocení sebe sama, přičemž má navíc k dispozici i nástroje integrující klíčová zjištění z předchozí analýzy tržní matrix. Za pomoci těchto vhodně zvolených nástrojů lze touto pasáží při tvorbě strategií obstojně

projít, nebo se zničit, protože se snadno můžeme dopustit hned celé série především systémových chyb. Následující výběr a popisy nástrojů opět nejsou chronologicky závazné, je zapotřebí je vnímat jako paralelně existující a jejich vypovídající hodnota je v tom či onom, ve kterém strategickém případě rozdílná.

9.1.7. Analýza Key Factors of Success

Analýza klíčových faktorů úspěchu je relativně starým postupem původně francouzské strategické školy. Američané si ji přejmenovali na CSF – Critical Success Factors, tak se v manažerské literatuře můžete setkat s obojím názvoslovím. Jsou strategické školy, které ji vůbec nepoužívají, zatímco jiné na ní doslova lpí. Podstatou této analýzy je stanovení několika málo základních klíčových faktorů – většinou tři až pěti, které jsou určující k dosažení úspěchu jakékoli firmy na trhu. Zdůrazňujeme jakékoli, nejen naši vlastní. Poté lze jednotlivé podniky na trhu poměřit ve vztahu k těmto faktorům, tedy do jaké míry ten či onen faktor naplňují na základě svých vnitřních kompetencí. Správným stanovením KFS lze tedy kvalifikovaně odhadnout míru blízkého budoucího úspěchu nejen vlastního zdravotnického zařízení, ale i konkurentů, které jsme této analýze podrobili. Kamenem úrazu tohoto postupu není ani tak hypotéza KFS jako taková, jako spíše nedostatek relevantních objektivních informací o trhu, kompetencích konkurentů i kompetencích nás samotných. Dalo by se říci, že téměř nemá smysl ji provádět, pokud nemáme údaje o tržním marixu, ale také správné údaje o konkurenci. Jedno významné pozitivum však toto manažerské cvičení má vždy. Prostřednictvím diskuse na téma KFS si totiž navzájem uvědomujeme, že klíčové faktory úspěchu na trhu se nerodí ve firmě jako takové (včetně KFS pro technologie!), ale v prostředí trhu a pochází z oblasti vývoje motivů, trendů PEST analýzy nebo zákaznických populací. Tam je také potřeba je hledat. Tím se zpětně dostáváme k nutnosti rozumět těmto jevům a věnovat jim náležitou péči.

Diskuse na téma KFS navíc přináší i zajímavý pohled na tzv. hygienické faktory trhu. To jsou faktory, které naopak zdravotnické organizace naplnit musí, aby se vůbec udrželo. Typickým příkladem takového hygienického faktoru v případě onkologického centra je 100% úhrada zdravotní pojišťovnou. Typickým hygienickým faktorem lékáren v multi-nákupním komplexu je nabídka potravních doplňků, ať je to vhodné nebo ne. Hygienické faktory a KFS i zkušenosti manažeři v praxi často zaměňují, což má za následek, že navrhnou řešení, jehož aplikací se nezmění prakticky vůbec nic. Hygienický faktor nemá téměř potenciál způsobit změnu.

Následně se KFS navíc časem stává hygienickým, poté, co jej dokázala naplnit významná část firem na trhu. Tento jev nyní můžeme dobře pozorovat třeba v automobilovém průmyslu v kategorii vozů SUV. V momentě, kdy většina výrobců tuto kategorii uvede na trh, stane se koncept SUV hygienickým faktorem. Do té doby budou úspěšní jen ti, kteří neopomněli uvedený motivační trend. A tím je vlastně celá analýza KFS problémová. Pokud vám totiž vaši manažeři předloží jasný KFS toho typu, že o něm všichni vědí, je pozdě, protože velmi brzy se promění na hygienický faktor a ztratí potenciál. Navíc jsme si v praxi vyzkoušeli, že skutečně účinné KFS jsou vázány daleko spíše na segmenty trhu než na trh jako celek.

Doporučuje se proto provádět analýzu KFS jen ve spojení s předchozí provedenou analýzou motivů a segmentacemi, stanovovat KFS jen na základě hodnocení trendů a pro významné segmenty trhu zvláště stanovit 3 – 5 vlastních KFS. Dobře podložená analýza KFS je v zásadě prvním výstupem, který zjednodušujícím a názorným způsobem podává informaci o možném strategickém zaměření zdravotnické zařízení (existují i další). Její výhodou je právě ona jednoduchá vizualizace a názornost, která má inhibující vliv na často bezvýznamné manažerské diskuse. Kromě toho účinná při prezentacích. Pokud totiž koncepci půjdete obhajovat na krajský úřad či investorům, jistě nebudete mít možnost prezentovat 167 slidů výsledků segmentací a trendových analýz od konzultační firmy. Potřebnou jistotu při hodnocení KFS a tedy potenciálního zásadního úspěchu na trhu zdravotnické zařízení může často kromě trendové analýzy a správně uvažovaných segmentací pomoci zvýšit i metoda benchmarkingu.

9.1.8. Benchmarking

Benchmarking je v reálném managementu spíše způsobem práce než metodou jak se uvádí v knize Strategický marketing zdravotnických organizací od autorů Exner, Raiter a Stejskalová. Jeho princip spočívá v systematickém pozorování způsobu práce druhých (podniků, organizací nebo jejich částí a týmů) v oblastech, ve kterých jsou prokazatelně nejlepší. Jako „benchmark“ se potom označuje ta úroveň kvality nebo činnosti, která je všeobecně považována za stávající vzor. V žádném případě se nejedná o standard kvality. Výraz pochází z angličtiny (bench=lavice, rovina, ryska) a do češtiny se v manažerském slovníku nepřekládá. Tím, že se benchmarking zabývá nejlepšími praktikami těch druhých (best practices), poskytuje kromě dobré inspirace často i zajímavou verifikaci pro předchozí analýzu KFS. Ti nejuspěšnější jsou totiž nejuspěšnějšími mimo jiné často právě proto,

že svými praktikami dostatečně postihují KFS, nikoli proto, že by excelentně ovládali činnosti, které jsou pro trh zbytečné. Princip benchmarkingu aplikuje lidstvo intuitivně odjakživa. Pokud bychom však měli mluvit o jeho skutečném nenáhodném přínosu pro strategické řízení, jedná se o systematickou a řízenou činnost, stejně jako je tomu u systémů Business Intelligence. Praxe mnoha organizací nicméně ukázala, že provozovat benchmarking systematicky se podaří jen tehdy, pokud mu managementy organizací věnují dostatečnou pozornost a uzpůsobí mu i některé firemní procesy. Pro strategické řízení zdravotnického zařízení má proces benchmarkingu (třeba i méně systematický) zajímavou perspektivu jak v oblasti klinické (lékařské i ošetrovatelská péče), tak marketingové. V medicíně je zvykem navzájem prezentovat nejen výsledky práce, ale i způsoby, jakých k tomu bylo použito. Klinici se mezi sebou rádi chlubí. Tím jsou pro benchmarking vytvořeny ve zdravotnickém zařízení slušné vstupní podmínky, protože na úrovni průmyslu a obchodu je provádění kvalitního benchmarkingu složitější většinou kvůli nedostatku přístupu k informacím benchmarkingové povahy. Pokud jako manažeři zdravotnického zařízení nebudeme benchmarking chápat jen jako strnulé porovnávání se např. mezi okresními chirurgy navzájem, můžeme jeho principy uplatnit velmi dobře i mezioborově na základě evidentně efektivních praktik v rámci jednoho zdravotnického zařízení. Znamená to tedy, že efektivní praktiky a organizace práce jednoho oddělení (např. v rámci příjmu pacientů, kvality ošetrovatelského procesu.) mohou být dobře adaptovány na model jiného oddělení téhož zdravotnického zařízení, i když oborově velmi odlišného. Jakkoli banální se tento příklad může zdát, nezapomínejme, že z onoho „příkladného oddělení“ nemá prakticky nikdo zájem na tom, aby takto precizně ve zdravotnickém zařízení fungovalo oddělení jiné, protože má mnoho starostí a jeho motivace je upřena jinými směry. Dobrý benchmarking navíc vyžaduje kritické myšlení se schopností začít myslet od nuly a nebát se na počátku akceptovat i některé zdánlivě absurdní pohledy na věc. To vyžaduje i jistou dávku leadershipu a smysluplného řízení těchto debat, abyste při nich neztratili hlavní záměr. Marketingové přístupy k benchmarkingu se ve zdravotnickém zařízení týkají nesčetného množství jak jednoduchých, tak i vysloveně komplexních praktik v oblasti komunikace, patientské konvence, ale také strategické marketingové profilace klinických oborů a jejich náplně v rámci regionálního konkurenčního postavení zdravotnického zařízení.

Proces benchmarkingu ve zdravotnickém zařízení může probíhat relativně nespojitě, přesto systematicky právě oním opakovaným intenzivním rozbořením skutečně evidentně nejlepších postupů. Následovat však musí manažersko-klinická část této „štafety, kdy je nejprve

vytvořen design toho, co a jak se bude přejímat, a následně jsou stanoveny koreláty pro hodnocení, pokud se to daří. To, že to je pro provoz zdravotnického zařízení i manažersky snazší např. interdisciplinárně v rámci jednoho zdravotnického zařízení, je spíše podnětem k zamyšlení pro management, do jaké míry této skutečnosti dnes využívá. Důležitým zdrojem benchmarkingu v oblasti komunikace vnitřní i vnější, prezentace a tvorby image zdravotnické zařízení jsou nepochybně mnohá zahraniční a dnes už i několik málo českých pracovišť.

9.1.9. Hodnocení sebe sama při tvorbě strategie – Value Assessment

Chce-li manažer-stratég vytvořit skutečně účinnou tržní strategii zdravotnického zařízení, musí mít k dispozici objektivnější pohled na věc, a tedy vědět, jak dobří skutečně jsme, nejlépe ve srovnání i s těmi ostatními. K tomu slouží i metody „value assessmentů“, což jsou logicky jednoduché postupy. Jejich obecným principem je strukturovaný rozbor a relativní poměření hodnot, které jsou předmětem hodnocení. Zdravotnické zařízení a medicína mají výhodu v dispozici poměrně velkého množství dat jak z oblastí klinických, tak obecně procesních, čímž lze u některých výstupů dosáhnout vysoké přesnosti a objektivity převážně z daných oborů (Expert Value Assessment). To má význam především pro objektivní posuzování kvality péče ve zdravotnickém zařízení a vhodnou volbu metod, což může a mělo by mít následně zásadní strategický význam. Někdy je naopak objektivita na závalu (není předmětem hodnocení) a zajímá nás, co si o daných námi poskytovaných hodnotách myslí klienti (pacienti, regulátoři, zřizovatelé, vlastníci..) – tedy posuzují se výsledky subjektivních hodnocení (customer value assessment), porovnávají se s objektivními, hledají se příčiny odchylek a cesty k jejich odstranění. Metody Value Assessment se dobře hodí pro nastavování a vyjednávání cenových relací a v některých zdravotních systémech v EU se tento princip v praxi využívá.

Jednoduchým a přitom zásadním hodnocením zdravotnického zařízení z tohoto pohledu je value assessment typu: kvalita – konvence – image, které dává managementu mnoho odpovědí na otázku, kde tlačí bota. Součet kvality léčebné a ošetrovatelské péče, konvence (úroveň služeb a komunikace zdravotnického zařízení) a image je totiž jakousi výslednou celkovou hodnotou zdravotnického zařízení z pohledu každého hodnotitele, ať už je jím kdokoli. Provádí se na stejném principu součtů jednotlivých hodnot jako u ostatních value assessmentů a jeho zdrojem jsou nejčastěji dobře provedené výzkumy klientské spokojenosti. Jsou zdravotnická zařízení, která dnes mají a výrazně bodují na konvenci a image. Jiná

zařízení díky své specializaci budou profilovat především svoji kvalitu a v řízení konvence a image budou pokulhávat.

9.1.10. Hodnocení konkurentů – competitive assessment

Hodnocení konkurence či přesněji našich konkurentů, není pro vlastní činnost zdravotnického zařízení tak významné, platí to nejspíše o procesech na denní bázi, nikoli o strategickém pohledu na věc. Uvažovaná hlediska zajišťující úspěch se odvíjí od perspektivy v kvalitě, kvalitě konkurence a perspektivy času. Většinou platí, že čím více jsme nebo si budeme v uvedených oblastech podobni, tím většími jsme konkurenty. Ani opačné pravidlo neposkytne záruku úspěchu. Při správné interpretaci konkurenčních vztahů dosáhneme profilace a posílení budoucí strategie. Alternativou k diferenciaci jsou strategické tahy na základě konkurenčního cílení (competitive targeting). V těchto případech se posilování vlastní pozice děje na úkor konkurenta jeho oslabováním (komunikační strategie a PR).

9.1.11. Share of voice a Market Power

Share of voice vyjadřuje sílu zdravotnického zařízení působícího na trhu formou marketingových a komunikačních aktivit (včetně PR a public affairs). Je kvantifikován silou peněz, investovanou do těchto aktivit v porovnání s ostatními konkurenty. Kromě celkové hodnoty Share of voice se většinou provádí i analýza struktury Share of voice, která zjišťuje i strukturu těchto výdajů a porovnává profitabilitu vložení peněz na příslušné marketingové aktivity – index profitability pro útočné agresivní strategie.

Market Power je podobným a o něco přesnějším nástrojem k analýze tržní síly. Kombinuje v sobě parametry share of voice s výsledky value assessment (VA). Tím zohledňuje nejen kvantitu informace, ale i její hodnotový obsah.

9.2. SWOT

Nejběžnější analýza je známá pod názvem SWOT. Jak je tedy možné použít SWOT analýzu ke své strategické práci? Pod porozuměním jednotlivým oddílům SWOT analýzy najdeme souvislosti a spojitost s tržním matrixem. Do silných stránek se promítají tržní motivy, protože jako silné lze označit jen něco vůči něčemu. Podobně přínosné pro definici silných

stránek jsou PEST a trendové analýzy. Vysvětlení se skrývá ve formě průsečíků. Byly-li managementem identifikovány KFS (kritické faktory úspěchu), lze je chápat jako průsečíky této části tržního matrixu (zákaznické motivy a PEST a trendové analýzy). KFS jsou průsečíky toho, co se děje na trhu a co klienti chtějí nebo chtějí budou velmi brzy. Ty kompetence zdravotnického zařízení, které KFS naplňují, pak představují relevantní silné stránky zdravotnického zařízení, které najdou uplatnění. Podíváme-li se na PEST, trendovou analýzu, segmentace, ale také analýzu konkurentů (včetně benchmarkingu), najdeme v nich rovněž zdroj pro zhodnocení příležitostí a rizik. Tyto metodiky umějí částečně kvantifikovat a vyhodnocovat důležitost a pravděpodobnost, takto je dílčími analýzami inspirovaná SWOT mnohem srozumitelnějším pohledem na věc než pouhé výčty z intuitivních úsudků. Postupným využitím nástrojů strategického arzenálu dochází k jednoznačnému nasměrování zdravotnického zařízení do několika oblastí. Odraz nacházíme v podobě finálního přehledu významných a vysoce pravděpodobných příležitostí a rizik pro stanovení strategií. Na straně příležitostí těch útočných, na straně hrozeb těch obranných. Tedy musí dojít k použití všech nástrojů analýz, k poskytnutí dat rozdělitelných do skupin SWOT analýzy pro určité stanovení strategie, které je především balancováním a manévrováním. Každá podoba strategie má své výhody a nevýhody, pouze jejich významnost se odráží ve vahách na zvolené stupnici.

9.2.1. SWOT analýza současného zdravotnictví

Každý kraj si vytváří svou vlastní koncepci. Vycházejí se svých potřeb a predikce odborných organizací. Jednou z těchto společností je WHO. Její zpráva Zdraví 21 obsahuje nejen celosvětový přehled, ale také zaměření se na konkrétní problematiku a oblasti světa. Spolu s touto zprávou se většina krajů v naší zemi shodla na následujících stránkách SWOT analýzy. Ústecký kraj zahrnul tuto analýzu současného zdravotnictví České republiky také ve svém návrhu Koncepce zdravotnictví Ústeckého kraje. V odborné části hodnotí:

Silné stránky

- obecně vysoká profesionální úroveň zdravotnických pracovníků
- síť a vybavenost zdravotnických zařízení v ambulantní i lůžkové oblasti (zvláště v městských aglomeracích)
- pozitivní výsledky transformace v oblasti ambulantní péče

- regionální zdravotnická zařízení jsou vybavena kvalitními zdravotnickými prostředky a moderními technologiemi

Slabé stránky

- absence jasné koncepce zdravotnictví ze strany MZČR
- nesoulad mezi zdroji pro financování zdravotní péče a objemem poskytované zdravotní péče
- obtížné ovlivnění privátních, městských a církevních zdravotnických subjektů v rámci zdravotní koncepce kraje
- nedostatečné kapacity pro poskytování následné péče (OCHRIP, ošetrovatelská lůžka)
- nedostatečné zajištění poskytování domácí péče

Příležitosti

- udržení a další rozvoj vysoké profesní úrovně zdravotnického personálu
- udržení a rozvoj moderních zdravotnických technologií
- naplňování Národního programu zdraví v rámci přípravy a implementace dokumentu WHO „Zdraví pro všechny v 21. století“
- uplatnění vícezdrojového financování zdravotnictví a optimalizace efektivního využívání finančních prostředků
- rozvoj regionální a nadregionální spolupráce v oblasti zdravotnictví
- nutnost oddělení lůžek akutní a následné péče
- možnost transformace právní subjektivity stávajících zdravotnických zařízení na obchodní společnosti se 100% podílem zřizovatele (kraje)
- zavedení minimálních poplatků za návštěvy ordinací ambulancí péče a lékařské služby první pomoci (ambulantní pohotovostní péče) v době režimu pohotovostních služeb

Rizika

- finanční nestabilita systému
- zaostávání potřebné zdravotní legislativy
- nevyjasněné kompetenční a vlastnické vztahy v souvislosti s reformou veřejné správy
- migrace vysoce kvalifikovaných zdravotnických pracovníků do zemí EU

- zavedením nového systému vzdělávání lékařů s 5-ti letým cyklem hrozí, v horizontu 2 až 3 let, kritický nedostatek atestovaných lékařů
- velký počet obyvatel kraje s nízkou sociálně-ekonomickou úrovní
- nárůst pacientů s finančně náročnou léčbou
- stárnutí populace v korelaci s nedostatky v sociální sféře a následně přenesený tlak na zdravotnická zařízení
- stoupající tlak na akutní lůžka vlivem narůstající nedostatečné kapacity lůžek následné péče
- nutnost zvyšování mezd pracovníků ve zdravotnictví v souladu s nařízeními vlády (bez odpovídajícího finančního krytí)
- stoupající počty lékařů v předdůchodovém věku v některých oborech a hrozící odliv kvalifikovaných lékařů do oblastí primární péče
- insuficience lékařské služby první pomoci (ambulantní pohotovostní péče) v odbornostech praktický lékař pro dospělé a pro děti a dorost na území kraje
- absence protialkoholních záchytných stanic

10. Konkrétní řešení

Z odstavce Důvody pro nové strategie berme jmenované problematiky jako příležitost k prosazení se mezi současnou konkurencí. Hledání příčin chyb má svůj účel. Můžeme připravit protipatření. Určitá míra potrestání musí přijít, ale s pozitivním způsobem nápravy dosáhneme větších úspěchů. Poukázání na chybu berme jako výzvu k něčemu novému. Důsledky chyb mají velmi smutný charakter, protože se pohybujeme v oblasti péče o zdraví, které někteří umí vyčíslit. Z etických důvodů se tomu budu snažit vyhnout. Každý si uvědomí cenu svého zdraví v okamžiku výskytu určité nepohody. Zároveň žijeme v prostředí, které hodnotíme i z ekonomického hlediska. A do úvahy bychom měli brát základní ekonomickou poučku o omezenosti zdrojů. Výsledek by měl přinést zvýšení efektivnosti a kvality poskytované péče z použitých zdrojů. Řešení jednotlivých případů modeluje význam účelu a jeho relevantnost v čase. V uvedených návrzích se snažím o tvorbu uspokojivých nástrojů sloužících k zajištění potřeb současného zdravotnictví ve stávající i vyšší kvalitě. Propojení vyšší míry poskytované kvality, nákladové efektivity a potřebnosti by mělo vést ke snížení nákladů díky správné (vhodné) péči za rozumnou cenu, jejíž stanovení je v současnosti předmětem živých diskusí v řadě odborných institucí. Ekonomická hodnota odráží i cenu získanou nebo ztracenou časem. Význam nabídnutého řešení mění svou hodnotu v závislosti

na daném období. Neposledně hodnotu ovlivňuje všude přítomná konkurence. Finanční prostředky přinesou daleko větší míru užítku při investicích do již nových projektů než financovat náhradu nekvalitní péče. Protože neopatrná péče způsobí nejen velké peněžní výdaje na nápravu způsobené škody včetně odškodného pacientovi, ale také ztrátu renomé a důvěry pacientů. Přímou úměrou s hodnocením nemocnice dochází k úbytku peněžních příjmů. Pak schází možnosti k zajištění efektivity. Personální náklady představují vysokou položku i ve zdravotnictví. Management se snaží omezovat tyto náklady snižováním počtu personálu. Důsledkem je velká časová vytíženost zaměstnanců, která je následována únavou zapříčiňující pochybení při ošetřování pacientů. Nevhodná péče je způsobena rovněž objemem nových znalostí. Množství nejposlednějších informací roste geometrickou řadou. Časová vytíženost lidí v řadě případů dosahuje svého maxima a získat další znalosti vyžaduje více času. Na příklad může jít o kauzu v nemocnici v Havlíčkově Brodě. Příčinou mohla být právě časová vytíženost, nedůslednost a nezkušenost vedení. Všechno dohromady má dopad na celou instituci. Zajištění nápravy povede skrze poučení se a zvýšení povědomí o nutné kvalifikaci odborného personálu a další nápravné kroky.

Konkrétním cílem práce je nabídnout nápady k vývoji softwarového vybavení pro zdravotní organizace, které obsáhne kapacitu kontinuálně přicházejících nových informací. Software musí zajišťovat minimalizaci duplicitních informací. Celkový přínos by se měl nacházet v plném komfortu zabezpečení nutným materiálním a přístrojovým vybavením a pomocných služeb, aby převážná část času byla naplňována věnování se pacientovi. V době moderních technologií nesmíme opomíjet personální problematiku, to však přináší strategické potíže.

10.1. Časová vytíženost zaměstnanců

10.1.1. Sociální skupiny

Jednou z problematik, kterým bych se chtěla věnovat, přináší demografický progres. Jde o všeobecné stárnutí pracovní populace. New Deal Project 50+ hledá možnosti zajištění pracovních míst pro lidi nad 50 let. Podle prognóz se počet lidí v tomto věku zvyšuje a bude i nadále růst. Hledání možností pro pracovní uplatnění se stává aktuální otázkou velkých i menších firem. Na webovém portálu Hospodářských novin www.ihned.cz se k tomuto tématu vyjádřil i současný člen představenstva pro personalistiku firmy ŠkodaAuto

Ing. Martin Jahn. Postavil se k tématu čelem. Uplatnění věkově starších lidí ve firmě vzal za současnou realitu, kterou považuje za příležitost:“ S těmito lidmi se musí počítat.“

Lidé chtějí dostat svou příležitost a mohou být částečně řešením časového fondu zdravotnického zařízení. Pomohou s rozšířením personální kapacity daného zdravotnického zařízení. Nemocnice uplatní odborný personál na opravdu potřebných místech a nebude docházet k plýtvání se odbornými znalostmi k práci, kterou by zvládl jiný personál. Velkou výhodou starších lidí shledávám v jejich odbornosti, v dlouholeté praxi a v určitém rozhledu v oboru. Charakter práce by měl mít vysokou odbornost a odpovídat možnostem obou stran zaměstnanců a zaměstnavatele. Přínos těchto lidí se uplatní v oblasti **vývoje nebo u odborného dohledu, při spolupráci na projektech** a u nás v méně známém **mentoringu**.

Prostřednictvím vývoje, ať se jedná o nové metody nebo zařízení, uspokojuje zdravotnické zařízení náročnou poptávku současného trhu. Rivalita se na trhu rok od roku zvyšuje. Podrobné znalosti o charakteristikách trhu mají klíčový význam. Úspěch se může skrývat ve způsobu použití vědomostí. Potřebné informace mohou poskytnout odborné znalosti. Doplňují je teoretické vědomosti. Kombinací obou dochází ke vzniku někdy i strategických novinek. Do úvahy musíme brát i aktuální stav. Upravuje variabilitu a nezbytné řešení odpovídající na sporné body. Výsledek vytvoří nový produkt, který usnadňuje a urychluje každodenní činnosti po nalezení efektivního výsledku. Uplatnění nabude svého případného úspěchu při střetu s konkurencí. Žádanými řešiteli u jakékoliv organizace jsou specialisté v oboru. Na zvolenou úroveň odbornosti v určitém oboru se z jednoduchého pohledu připravujeme nejčastěji průběžným způsobem. Mezi získané dovednosti manažera vykonávající odborný dohled patří schopnost vést lidi. Určité vedení a skvělý tým zaměstnanců nás přivádí zpět k předposlednímu z bodů – spolupráce při projektech, kde dlouholeté zkušenosti mohou zabránit nefunkčním řešením. Jiná, intenzivní forma spolupráce i učení má za cíl mentoring.

10.1.1.1. Mentoring

Mentoring charakterizuje osobní, někdy i osobitý způsob vzdělávání. Účastníky procesu jsou dva subjekty – mentor (osoba vzdělaná a schopná vést) a mentee = mentorovaný (vzdělávaný a mající zájem o odborné vedení). Mentor dává svému „mentee“ doporučení či případná řešení, na základě kterých se mentorovaný rozhoduje. Nikdy mentor neříká své rady a doporučení ve formě příkazů. Pomáhá pouze osvětlit a přiblížit nastalou situaci.

Mentorovaný sám uvažuje o možnostech řešení ve spojitosti se zkušenostmi mentora. Řídí se zhruba deseti zásadami pro zajištění či nepřekročení tenké linie mezi nabádáním, doporučením a podmíněnou radou.

Role a kompetence mentora a mentee jsou přesně vymezeny:

- Rolí mentora je reagovat na potřeby rozvoje mentee. Mentoři mají takové postavení oproti mentee, že toto postavení není vztahem mentoringu ohroženo.
- Mentor i mentee mají stejnou odpovědnost za rozvoj vztahu mentoringu, za jeho hladký průběh a dosažení stanoveného cíle.
- Záležitosti řešené v rámci vztahu mentoringu jsou považovány za důvěrné. Vztah obou stran je rovnocenný a je založen na vzájemné důvěře.
- Mentor a mentee si předem stanoví časový harmonogram podle možností obou stran.
- Mentor a mentee vzájemně respektují svůj čas a závazky (povinnosti).
- Povinnosti nesmí být zneužívány mimo rámec mentoringu.
- Ve vztahu je uplatňován pro-aktivní přístup - mentor vyzývá a podporuje mentee a poskytuje konstruktivní zpětnou vazbu mentee, mentee se snaží vypořádat se s jakoukoliv oblastí rozvoje.
- Vztah trvá po dobu vzájemně odsouhlasenou oběma stranami. Po jejím uplynutí může buď pokračovat nebo skončit.
- Obě strany mají možnost po vzájemné dohodě z projektu vystoupit.
- Vztah mentoringu je zcela dobrovolný.

Mentor i mentee jsou před realizací mentoringu proškoleni.¹¹

Základní cíl je naučit se samostatnému rozhodování s úvahou nad relevantními okolnostmi. Jde o převzetí určitých znalostí, které si mentorovaný musí ověřit z jiných zdrojů než je mentor. Není to projev nedůvěry, ale důkaz o hledání objektivitu v řešení problematice.

10.1.1.2. Evidence šíření nemocí

Další možností k uplatnění starší populace se nabízí ve společnostech zabývajících se incidencí, prevalencí a lokalizací výskytu onemocnění. Stále se setkáváme s hrozbami

¹¹ **Mentoring, Networking and You 2 "mentoring & shadowing"**, <http://www.ybpw-cz.estranky.cz/stranka/mentoring>

v podobě infekčních a nebo trvale aktuálních nemocí. Sami neustále zvyšujeme riziko nákazy při práci s lidmi, zvířaty a při cestování. Všem možnostem se nevyhneme a raději se zaměříme na prevenci. Bude spočívat v již zmíněné každodenní evidenci o stavu, výskytu a umístění těchto hrozeb. Vlastní provedení si představuji v podobě sledování a zainteresovaného zjišťování informací z celého světa. Jednu z odborných společností jsem našla v podobě Evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí (ECDC -European Center for Disease Prevention and Control). Na stránkách <http://www.ecdc.eu.int/index.html> se dostaneme k nejrůznějším informacím z oblasti infekčních chorob. Zabývá se monitoringem infekčních onemocnění. Dodává nezbytné zprávy v potřebném okamžiku a rozsahu. Zajišťuje konkrétní rozborů a v podstatě veškerou činnost směřující k poskytnutí dostatečných a uspokojivých informací. Existuje pod záštitou Evropské unie. Zde zastává pozici poradní organizace – orgánu.

10.1.2. Uplatnění

Celkově se investují do výzkumu vzdělávání lidí nemalé finanční prostředky. A každá investice by se měla vrátit. Proto lze očekávat od firmy příslušné kroky. Management musí najít cestu pro zajištění alespoň poměrného využití vložených prostředků, částečného navrácení investice zpět do firmy. Společnost by si měla uvědomit rozsah a účel poukázaných peněz. Uplatnění nabytých znalostí umožní správné zařazení nebo vhodnou pracovní náplň zaměstnanců. Se stejným přístupem můžeme volit odpovídající práci také potřebným lidem. Přerozdělení pracovních úkolů musí vést ke zvýšení efektivity chodu celé organizace.

Vlastní audit pracovních činností jakékoliv zdravotní organizace nabízí možnost evidence a reorganizace činností prováděných ve zdravotnictví. Jedním z výstupů může být zprůhlednění chodu zařízení a obeznání s novou potřebnou řadou pracovních činností, kde by mohli najít pracovní příležitost lidé nad 50 let. Zdravotní zařízení by mělo přijít se svou nabídkou pro lidi v této věkové kategorii s dlouhodobě nastřádanými odbornými medicínskými zkušenostmi. Neumožnit pracovní zařazení věkově starších zkušených lidí by mohlo být porovnáváno pouze s vědomým vyhazováním peněz.

Vzdělávání probíhá kontinuálně po celou dobu pracovního života. Samozřejmě záleží na každém, na kolik jeho vzdělání má aktuální a komplexní podobu. Mohlo by se Vám zdát, že pracovní činnosti by byly jednoduchého a nenáročného charakteru. Ale přínosnější závěr se nabízí v profesně a oborově náročnější práci. Chceme využít jejich předností. Za jednu

z důležitých pokládám vedle jejich odbornosti a profesionality umění komunikovat s lidmi. Vhodnou komunikaci si hledá každý sám a podle svého přesvědčení. Starší lidé mají ve většině případů již zkušený přístup, jenž postrádám u mladších kolegů, ač je nechci jakkoliv urazit. Pokud díváme na fyzické hledisko, tam nemůžeme mít vysoké nároky. Ucelený přehled přínosů a omezení nám poskytne zmíněný personální audit.

10.1.3. Software audit

Tento audit představí příležitost nalézt propojení oboustranných požadavků, čímž by mohlo dojít k upokojení potřeb zúčastněných zaměstnanců a zaměstnavatele. Po rozhodnutí o způsobu provedení efektivní analýzy uvažujeme o správném přístupu jak přiblížit obecný audit zdravotnímu zařízení a navrhnout možnosti pracovních příležitostí. Implementace procesu tvorby věkově specifických pracovních míst požaduje podporu legislativního systému. Od státu musí přijít konkrétní zákony. Musí se vyřešit pracovněprávní vztah, účetní a daňové provázanosti. Je zapotřebí vyjasnit zdravotní a fyzické nároky vyplývající z pracovních míst. Praktickým výsledkem personálního auditu spočívá v přehledném souhrnu poznatků o pracovních místech. Příklad viz příloha. Nazývá se Koncepce oboru pracovního lékařství a nabízí konkrétní variantu řešení pro náplň oboru, struktury optimální sítě a vývoj v kontextu s novodobými trendy. Optimalizace pracovních činností přinese audit, který nás navede na varianty vhodného a přínosného pracovního zařazení pro obě strany – zaměstnance a zaměstnavatele. Spolupráce umožní oběma stranám získat pro sebe částečné výhody. Navrhovaný software pro zdravotní zařízení bude mít povahu auditu pracovních činností (míst) ve zvoleném zdravotním zařízení s kompletní administrativní podporou.

Zdroj informací, odborný průvodce a současně asociace existuje již i na webu pod odkazem www.age-platform.org, která podporuje jednotlivé organizace při vytváření nových pracovních míst pro aktivně stárnoucí populaci. Umí pomoci privátním a veřejným společnostem. Specifickou podporu zajišťuje správním orgánům státu ve formě praktické realizace vytváření nových pracovních příležitostí pro vybranou sociální skupinu lidí a také při tvorbě potřebné legislativy. Jejich zkušenosti s obsahem zákonů mají aktuální a vyzkoušenou formu. Legislativa přichází s jasnými pravidly a jejich vynutitelností v dodržování. Poskytuje šanci v jednoduché metodě při vytváření odpovídajících pracovních pozic.

Software by představoval průvodce závěry této asociace, ukázal by záměry asociace s touto sociální skupinou obyvatel a obsahoval by doporučení ke konkrétní náplni pracovních pozic, jejich počet v daném typu zařízení, časovou vytíženost. Toto všechno bylo přizpůsobeno k počtu průměrně ošetřených osob za měsíc. Ve zmiňovaném období by docházelo k reaktualizaci potřebného stavu personálu a potřebnosti pracovních náplní. Časově zvolené výstupy by si měl management nechat vyhotovovat podle svých potřeb např. každý měsíc. Hodnocení je nutné provádět ve vyhovujícím intervalu. Software by přes funkci záznamu výsledků dokázal podávat zpětnou vazbu. Množství hodnotových výstupů a souvisejících projevů odvozených ze softwarových závěrů by přinášelo reálný pohled do interního personálního stavu zdravotnického zařízení. Hodnotové závěry ukáží svůj přínos při čtvrtletních až ročních závěrkách nebo při krizových stavech.

Použití tohoto zdroje k plánování na další období může způsobit obrat ve vývoji událostí. Pro pravdivost a aktuálnost pohledu ve snaze s reálně kladnými dopady ukončí vědomou nebo nevědomou nepřehlednost o současné situaci. Posouzení ráda nechám na názoru každé zdravotní organizace. Výstup přinese své výsledky při uplatňování v týmu i v nemocnici. Mohou nastat i jiné vynímečné okamžiky, kdy bude přinejmenším příhodné uplatnění okamžitého pohledu na veškeré zdroje nemocnice. Pro příklad uveďme získávání úvěru, zavádění nových metod, pořizování nových zařízení, nové projekty a krizové stavy. Každá výše zmíněná situace si žádá aktuální pohled. Finanční aktuální a reálný pohled získáme z dat v účetnictví. S čísly jde trochu manipulovat, ale méně ovlivnitelný je časový fond lidí, prostor a materiál spolu s léky. Proto účinný nástroj v podobě softwaru nalezne své uplatnění.

Finanční náročnost je vyšší z důvodu neexistence specificky obdobného softwaru a nulového historického datového základu. Datový základ není upraven pro softwarové potřeby a bude muset být přeformulován pro zachování efektivního chodu nemocnice či jiného zařízení. Rozpočet musí obsahovat personální zajištění, které může být prováděno z vlastních zdrojů nebo z externě. Na straně výnosů musím nejprve zmínit získání reálného pohledu na stav a chod organizace. Dále zisk vidím v optimalizaci a v ušetřených nákladech. V neposlední řadě se mohou započítat případné tržby z využitých volných kapacit.

10.1.4. Přínos

Spojení materiálového, personálního a finančního toku dodá svůj podklad k reálnému zobrazení vývoje nemocnice za určité časové období. Povede k možnosti efektivního

hodnocení pracovních míst. Dále povede k trvalé aktualizaci pracovních náplní. Přínos bude vytvořen efektivním a opravdovým využitím kapacit. Zdravotní zařízení budou moci použít erudovaně svůj personál a volným kapacitám umožní tak práci na jiných projektech. Můžeme zmínit, jak účast na jiných projektech pozvedne nejen prestiž i motivovanost lidí a také nemocnice samotné. U osobního zapojení lidí do jiné práce se stejnou oborovou specializací může vést nejen k určitému úspěchu, ale i k možnosti uplatnění lidí na jiném odpovídajícím místě přinejmenším napomůže zamezit syndromu vyhoření. Můžeme v tom navíc vidět příležitost k dalšímu vzdělávání či uplatnění nabytých znalostí vedoucích ke zvyšování kvality a efektivnosti poskytované péče na domácí půdě.

Ostatní, materiálové, lékové a prostorové požadavky budou v souvislosti tak uspokojeny s větším úsilím. Rovněž nemocnice bude moci nabídnout své nevyužité zdroje k použití u jiných zdravotnických zařízení. Případný negativní dopad nebude evidentní v tak katastrofálních výsledcích, protože audit pracovních záležitostech bude prováděn v organizaci zvolených etapách. Kratší doba etap a větší počet kontrol přinese hodnotnější a objektivnější výstup. Provedení půlročních zhodnocení přinese dostatečné množství statistických dat. Objem výsledků dodá hodnověrnost vyhotoveným závěrům. Provedená statistika vydá svůj hodnotový závěr a nabídne kroky k úpravě.

10.2. ZEK – Zdravotní elektronická karta

10.2.1. Kapesní počítač (Pocket PC)

Kvalita poskytované péče se opírá o množství přesných informací předaných mezi zdravotním personálem. Zdravotní personál představuje jak lékařský tak nelékařský personál. Jednou z hlavních náplní práce je předávání kompletních zpráv o stavu vyšetření, výsledků z laboratoře nebo stavu pacienta. Prováděné běžné výkony při vyšetření ve zdravotním zařízení slouží k ochraně pacientova zdraví a k určení diagnózy.¹² Jednotlivé kroky mají tvořit zdroj zásadních informací. Informace jsou důležité k vyřčení diagnózy, k určení nutných vyšetření a ke stanovení nadcházející péče o nemocného. Informace můžeme považovat za stavovou i tokovou veličinu. Tedy poskytují hodnotu v daném okamžiku. Pro vysvětlení neurčitých domněnek můžeme se vrátit ke zdravotním datům získaných v minulosti. Záznamy poskytují ve většině případů historii zdravotního stavu jednotlivce. Váha důležitosti se odráží

¹² Lékařský slovník, 2006, <http://lekarstvi-2.navajo.cz/>

při každém zhoršení pacientova stavu. Je potřeba ohodnotit význam zdrojových relevantních toků podávající ošetřujícímu personálu směrodatné informace o ošetřovaném. Při správě dat o pacientovi se potřebuje docílit správnosti a komplexnosti. Někdy řada lidí získá bohatou historii z dob svého pobytu v nemocnici. Jindy někteří shromáždí zdravotní materiál přes vytrvalé recidivy onemocnění. Zákonná norma vyžaduje listinný záznam všech obtíží. V každodenní realitě zdravotní karty tvoří velké stohy listin zabírající podstatnou část ordinace či lékařského pokoje. Dnešní doba nabízí řadu elektronických řešení od jednoduchého datově sběrného softwaru až po manažerské informační systémy. Jejich přínos je dán možnostmi správy a zpracováním ohromného množství sbíratelných, zpracovatelných, uložitelných a dále přenosných informací.

10.2.2. Varianty PC

Jedním z řešení, které by mohlo přinést ulehčení práce celému personálu, je elektronická verze či podoba používaných zdravotních karet. Lékař pro každou vizitu si vybírá zdravotní karty pacientů právě ošetřovaných na daném oddělení. Složky obsahují listinné materiály od úvodní zprávy přes různorodé vyšetření až po rentgenové snímky. Úměrně s vážností a délkou pobytu v nemocnici roste množství obsahu zdravotní karty. Při vykonávání vizity primářem nebo u běžné návštěvy lékaře musí někdo karty přenášet nebo podávat. Manipulace s těžkými kartami může být nebezpečná vzhledem k možnosti fyzicky si ublížit. Karta může být poškozena a nebo může dojít ke ztrátě některé z částí jejich obsahu. Na základě těchto důvodů a řadě dalších by řešením mohla být elektronická podoba zdravotní karty – iPAQ (PDA od Hewlidpackard). *Personal Digital Assistent*, v překladu znamená osobní digitální asistent. Anglická zkratka označující souhrnně všechny kapesní počítače bez rozdílu platform. Někde se můžete také setkat s ne zcela přesným pojmem Pocket Digital Assisten.¹³ V současnosti existuje varianta i s otočným displejem. Pro ZEK (zdravotnická elektronická karta) by užívala technického prostředí osobního digitálního asistenta. Přináší a nabízí několik výhod – lehký, přenosný, připojitelný na Wifi síť. Tento „kapesní počítač“ by mohl kromě jiného obsahovat zdravotnické karty, které by si lékař připravil pro aktuální vizitu. Operační podoba a funkce obou možností by měly odpovídat prostředí Windows. Komunikace, výměna a zadávání informací by mělo probíhat na principu zavedeném v prostředí Outlook. Účelem ZEKu bude umožnit záznam o stavu a případných vyšetřeních

¹³ Mrázek Štěpán: “Co je co? (terminologie)“.

<http://www.svetpda.cz/svetpda/svetpda.nsf/v/296F7E45B8BB7D88C1256AF600516130>, 29.11.2001

pacienta přímo u jeho lůžka ve stejném rozsahu jako do listinné verze. Obsah elektronické verze by odpovídal zcela obsahu listině podoby včetně laboratorních výsledků. Záznam by byl prováděn přes dotykové pole nebo klávesnici. Oprávnění k záznamu by vycházelo z principu uživatelského účtu. Lékaři a sestry by měli přidělenou svou úroveň práv. Opravy, zadávání informací a další úkony by měly být spravovány podle příslušného oprávnění. Jejich činnost by byla lehce evidovatelná. Příprava lékařského personálu by spočívala v elektronickém načtení dat zdravotních karet z hlavního datového serveru na svou pracovní stanici a následně na svůj komunikátor. Sdílení karet by mohlo být usnadněno vločkovým uspořádáním dat. Z hlavní serveru by si lékař „načetl“ informace do své stanice (stolní počítač). Karty může spravovat po neomezenou dobu. A v rámci přípravy by si „načetl“ příslušné části karet konkrétních pacientů do ZEKu. Tento komunikátor by obsahoval kompatibilní software, který by umožňoval spravovat stejné informace jako počítač v rámci zdravotních karet. Krátkodobé zdvojení informací by bylo zajištěno proti redundanci užívaných dat a splňovalo by podmínku bezpečnosti. Ale v rámci efektivity správy dat by ZEK po opětovném připojení k počítači aktualizoval stav elektronických zdravotních karet ošetřovaných pacientů, tedy by odeslal obsah do lékařovy stanice a neopouštěl by je uložen v datech ZEKu. Tím by uvolnil místo pro další potřebné karty k příští vizitě a měl prostor k přijetí potřebných nových dat. Pro průběžnou péči by prostředí umožňovalo zaznamenávat nově zjištěné události do příslušných částí karty, které by byly uchovávány v paměti ZEKu jen po dobu léčby pacienta. Konkrétně by šlo o zapsání nových výsledků třeba laboratorního vyšetření provedeného jinou osobou než je lékař. Další provedené záznamy by byly odeslány při spojení ZEKu se stanicí. Pro široké využití by mohl být zajištěn přístup k výsledkům z laboratoře ještě neuložených u v kartě pacienta, rentgenovým snímkům a jiným zprávám, které by samostatně tvořily jednotlivé výstupy bez tzv. založení v elektronické kartě, rychlou a efektivní léčbu. Výše uvedené možnosti eventuálně sdílených dat budou fungovat po připojení k Wifi síti.

10.2.2.1. Wifi

Většina z vás si asi již odpověděla na otázku, proč se o bezdrátové síť zajímat. Instalace bezdrátových sítí je na jednu stranu jednodušší na výstavbu a technickou realizaci, protože není třeba pokládat žádnou kabeláž, na druhou stranu bezdrátové síť nabízejí podstatně nižší rychlosti než nejmodernější ethernetové kabelové síť. Jenže pokud nezamýšlíte přenášet ve vaší síti obrovská kvanta dat najednou, mohou snadno výhody bezdrátové sítě převážit.

Bezdrátové sítě (WLAN, Wireless Local Area Network) nabízejí v principu podobné služby a flexibilitu jako sítě drátové. Je možné zapojovat do nich servery a jejich klienty, ale také je možné v nich vytvářet spojení peer-to-peer (klient ke klientu). Z hlediska funkčnosti a výsledku jsou, odhlédneme-li od dosahovaných přenosových rychlostí, ekvivalentní k sítím drátovým, kupříkladu ethernetu. Zásadně se samozřejmě liší ve své skutečné podstatě, v tom jak fungují.

Bezdrátové sítě existují od roku 1992, tehdejší zařízení ale pracovala na provozních rychlostech hluboko pod 1 Mbit/s. V té době také chyběl jakýkoliv standard, takže jste museli používat síťové prvky stejného výrobce. Tato situace se významně zlepšila po přijetí standardu IEEE 802.11, jímž jsou moderní WLAN sítě definovány a standardizovány.

10.2.2.2. Standard IEEE802.11b a WiFi

Když se dnes hovoří o bezdrátových sítích, spojuje se mnohdy několik zkratek dohromady. Zkusme si ten zmatek trochu ujasnit. Prvním důležitým pojmem je zkratka WLAN. Tato zkratka Wireless Local Area Network označuje obecně jakoukoliv bezdrátovou síť a je vlastně ekvivalentní zkratce LAN. Jakákoliv bezdrátová síť, kde figurují počítače, se tedy odborně řekne WLAN.

Dalším termínem je IEEE802.11b nebo 802.11g. Tento pojem představuje označení standardu standardizačního institutu IEEE - jde o standard definující bezdrátové sítě v nelicencovaném pásmu 2,4 GHz. Písmenko B na konci označuje standard pro maximální rychlost až 11 Mbit/s, zatímco novější standard G označuje maximální rychlosti až 54 Mbit/s. Na konci můžete najít i další písmenka - tím je zpravidla odlišena jiná verze standardu či skutečnost, že tento derivát standardu IEEE802.11 pracuje na jiné frekvenci (to v případě 802.11a).

Poslední nyní důležitý pojem je zkratka WiFi - Wireless Fidelity. Tato zkratka se často zaměňuje s výrazem IEEE802.11a/b/g. Jde totiž o označení a logo udělované výrobkům pracujícím podle standardu 802.11a/b/g, které jsou mezi sebou vzájemně propojitelné. Výrobky označené WiFi tedy můžete vcelku bez obav propojovat s jinými výrobky označenými logem WiFi od jiných výrobců – s tím omezením, že výrobky dle standardu

802.11a nelze propojit s výrobky 802.11b/g. To ale není častý případ, pokud se někde používá málo rozšířené a v Evropě nepovolené 802.11a, pracuje v duálním režimu i s 802.11b nebo g. Značka WiFi není výlučné označení - o toto označení si musí výrobce požádat a ačkoliv jej dnes již většina výrobků nese, při dodržení standardu byste neměli mít problémy i s neoznačenými výrobky. Pravdou ale je, že právě WiFi označení dává určitou záruku propojitelnosti.¹⁴ Verze této sítě by měla být uzavřená, bez možnosti vlivu, bez externího připojení pro účely vysoké bezpečnosti. V současnosti existuje i jiná verze, která umožňuje i externí připojení k informacím na server prostřednictvím řady bezpečnostních zabezpečení. Složitost zabezpečení dosahuje velmi vysoké úrovně. Například farmaceutické firmy umožňují svým zaměstnancům přístup na servery přes určité bezpečnostní připojení, že je téměř nemožné bez přesné znalosti hesel, dostat se k obsaženým vysoce citlivým datům. S tím souvisí i finančně náročnější řešení.

10.2.3. Druhá část lékového distribučního systému

Lékový distribuční systém v jakékoliv cenové úrovni přináší vždy určité výhody. Kontrola podávaných léků často chybí. Význam lékové indikace nebo naopak kontraindikace přináší svůj užitek u většiny diagnóz. Evidence o podávaných léčivech se skládá ze dvou částí. Dodávky představují pro lékový distribuční systém zajištění nezbytných potřeb a druhá část spočívá ve vlastním podávání léků pacientovi. První část, tj. Lékovému distribučnímu systému se budu věnovat v práci později. Chtěla bych nabídnout možnost řešení v přímé aplikaci léků. Na počátku tohoto odstavce jsem se zmínila, že půjde o systém zabezpečující kontrolu a množství podávaných léků. Impuls pro hledání nástroje k této problematice dostáváme snad každý den od novinářů. Každý den nás neustále informují o nehospodárnosti zdravotnických zařízení. Jakkoliv mohou vést tyto zprávy k pobouření a obavě o podávání léků, řada z nás věří ve správnou a opatrnou péči lékařského i nelékařského personálu. Vážně alarmujícím činem by měla být již zmíněná kauza v Havlíčkovobrodské nemocnici. Využijí sílu argumentu pro uplatnění řešení k zabezpečení správného podávání léčiv. Snaha je dopátrat se příčin a důvodů vedoucích k vyhnutí se obdobnému případu. Jednou z příčin byla uvedena možnost se dostat k lékům. Systém podávání léků by mohl snižovat riziko ke zneužití léčiv.

Systém podávání léků se skládá ze tří propojených částí. ZEK – zdravotní elektronická karta, skenovací zařízení a evidenční náramek. Jednotlivé části systému musí být navzájem

¹⁴ Kolektiv autorů: „Začínáme s WIFI“. Lupa.cz (www.lupa.cz), server o českém Internetu. ISSN 1213-0702, <http://tutorialy.lupa.cz/jak-na-wifi/zaciname-s-wifi/>

propojitelné, evidovatelné a kompatibilní. Části představují uzavřený celek. Vlastní funkce jednotlivých zařízení spočívá v provedení záznamu, uchování zaznamenaných informací a možnost vyhotovit kontrolní seznam. Výstupem každé kontroly by měl být seznam zaevidovaných léků. Shodný závěr musí vyplynout z porovnání výstupních dokumentů od každého článku systému. Jednotlivé seznamy by měly navzájem souhlasit v daném časovém úseku. Závěrem by bylo, že „správné léky byly podané správným pacientům včas.“ Podoba výstupu u ZEKu by mohla být softwarová aplikace s evidencí léků u jednotlivých pacientů v daném volitelném období. Vyhodnocení u skenovacího zařízení by mělo být obdobné. Logicky u pacienta by výstupem byl seznam jemu podaných léčiv za danou léčebnou kůru.

Technické provedení se odvíjí od volby skenovacího zařízení. Varianta metody záznamu ovlivní nejvíce softwarové vybavení ZEK. Záznamové zařízení může fungovat na principu čárového kódu nebo radiového snímání. Každá varianta má své výhody i nevýhody, ale podle mého názoru vytvořeného po konzultaci s Dr. Vlčkem z firmy STAPRO je výhodnější metoda radiového snímání. Zatím dává více prostoru ve vývoji do budoucnosti. Ekonomické a funkční výhody a nevýhody se navzájem překrývají, kdy v současnosti ekonomická nákladnost může být za pár měsíců nulová. Evidenční náramek musí obsahovat pouze skenovací kód. Má i svou estetickou hodnotu. Variantou budoucnosti by mohl evidenční náramek umožňující i provádění záznamu. Důležité je, aby kód byl „přečten“ skenovacím zařízením a následně naskenován kód léku(ů) v minimálním časovém rozmezí. Následovat by mělo podání léčiva pacientovi. Do úvahy přichází i další možnosti postupu záznamu a podání léků. Na postupu je potřeba se dohodnout, písemně stvrdit, dodržovat a vyžadovat. Jinak ztrácí na významu. Záznam do zdravotní karty by byl proveden lékařem v rámci jeho diagnózy a stanovení postupu léčení. Technická vybavenost a popis principu funkce s vyjmenováním výhod a dalších hledisek najdete ve dvou materiálech, které mají společný obsah. První z prací se nazývá RDIF - specificky zaměřené na technický popis. Druhý materiál představuje diplomovou práci Martina Musila - Využití radiofrekvenční technologie v Muzeích. V obou pracích najdeme detailní vysvětlení principu fungování RDIF.

10.2.4. Přínos získaného výstupu

Reálná podoba popsaného systému může vyústit v software zpravující evidenci a kontrolu léčiv. Principem uzavřeného systému dosáhneme křížové kontroly podávání správného léčiva správnému pacientovi. Získáme přehled o časovém vývoji. Dostaneme kontrolu nad

množstvím léků, které se podává ve zvoleném oddělení nebo jiné variabilně zvolené dimenzi. Důležitým výstupem bude určitě historie podávaných léků a možnost zjistit případnou kontraindikaci vedoucí k možnosti nápravy a zlepšení kvality poskytované péče. Obecně půjde o přesný záznam ve všech směrech. Není vyloučena možnost případné šance propojení s lékárenským evidenčním systémem. Výhodnost tohoto kroku by byla také v účetní správě. Nevýznamný přehled si dokážu představit i pro ekonomické plánovací potřeby. Klíčový bod shledávám v evidenci. Možnost aktuálního přehledu o stavu zásob by měla zabránit minimalizaci nedostatku určitého léčiva. Příležitost se nabízí ve výměně přehledů o aktuálním stavu nezbytných zásob nemocnice s jinými zdravotnickými zařízeními prostřednictvím určitého komunikačního prostředku. Poskytnutím takto zaevidovaného léku může být zachráněn lidský život v jiném zdravotnickém zařízení nebo vybavená některá ze zásahových zdravotnických jednotek (např. RLZS). Další možnost výstup pro efektivní a kvalitní péči se skrývá v základním principu Internetu – sdílení informací. Pokud se zdravotnické zařízení rozhodne uvést na svém webovském portále informace například o stavu životně důležitých léčiv, dává prostor k využití těchto skutečností jiné zdravotnické organizaci. Přístup do souborů, které obsahují personální, výkonové a materiální informace, dává nabídku k využití volných zdrojů nebo naopak k poptávce po různorodých zdrojích s i bez reakce zpětné vazby. Podoba nabídky a poptávky by byla jednoduše ve wordové nebo excelové formě. Samozřejmě by byla podle charakterů informací sdílena přímo na webovské stránce nebo na blíže upřesněném místě na disku, ke kterému by byla nastavená cesta. Nasměrování by mělo být přímé, jednoduché a jednoznačné, aby nedocházelo k získávání dat, které mají označení tajné. Myšlenku o sdílení informací uvádím na závěr části o evidenci a kontrole léčiv. Z mého pohledu jde o možnost spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními. Mluvím-li o nabídce a poptávce, poukazuji na možnost finančních zdrojů při pouhé správě svých dat a efektivní péče o svěřený majetek a navíc o pacienty. Uvažujte prosím o tomto sdělení jako o informaci, pod čarou by to ztratilo svůj efekt.

10.3. Outsource zdrojů

10.3.1. Podnět – první část lékového distribučního systému

Návrh na tento software vychází nejméně ze dvou důvodů. První důvod je účetní, manažeři a auditoři, že potřebují mít povědomí nejen o stavu zásob v daném okamžiku, ale i znalost tokového stavu. Dostávají přesný přehled o svěřeném majetku. Další uživatelé tvoří lékařský

a nelékařský personál, který si kontrolou stavu zásob a materiálu hlídá shodu nebo rozpor indikované a opravdu podávané medikace a množství ostatního materiálu. Jde o první část lékového systému. Náplní funkce tohoto softwaru je kontrola distribuční cesty od dodavatele do **skříní s léky** nebo sklady s ostatním materiálem. Navíc systém hlídá datum spotřeby u veškerého materiálu a léků. Také nabízí kontrolu i časové expozice podávaných léků a jejich celkový objem nebo množství podávané dávky. Umožňuje kontrolu vydaného materiálu se systémem kontrola a evidence podávaných léčiv. Dále podle historie spotřeby léků a dalších materiálů se nabízí možnost stanovení zabezpečení potřebných dávek na příští období. Vývoj spotřeby dává poklady pro vytvoření odhadů na další časově vymezený úsek k zabezpečení skladových zásob. Toto s kombinací statistiky počtu pacientů umožňuje odhad přibližné pojistné zásoby. Materiál skladem takovéto povahy má za úkol pokrýt potřebu při krizových stavech, vyskytujících se v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Při znalosti operativních počtů kusů oběžných zásob lze vést své sklady efektivním způsobem.

10.3.2. Outsourcovaný sklad

V souvislosti s možností určení odhadovatelného množství potřeb pro dané období vyvstávají určité bezpečnostní a organizační otázky, které by měly být zodpovězeny. Jak by fungoval outsourcovaný sklad? Lze ve vysoce specifikovaném život ohrožujícím oboru pracovat s něčím jako nabízí outsourcové sklady? Musíme si nejprve určit nároky na podobný sklad a následně zhodnotíme pozitivní a negativní stránky. Prostorová velikost skladu se odvíjí od přibližných rozměrů materiálu, který požadujeme a můžeme skladovat na jednom místě pohromadě. Sklad musí mít odpovídající světelné a teplotní podmínky. Je třeba čistého chemického vyhovující prostředí. Důležitou součástí se stává pro některé předměty i polohové umístění ve skladovacím prostředí. Při znalosti o přesném uskladnění obsahu může dojít ke změně nároků na velikost a podmínky skladu. Některé léky vyžadují uchovávat jen při určitých teplotách. Proto součástí skladu by mohl být mrazicí box pro léky, které je nutno uskladňovat hluboko zmrazené. Pro operace s materiálem je dobré vlastnit nějaké přepravní zařízení. Sklad rovněž musí být uzpůsoben BOZP. Nadstavbou pro moderní sklad by si uměla představit připravenost prostředí pro tělesně postižené. Znamenalo by to vyšší nároky na prostor a k mít dispozici pomocného robota pro manipulaci s obsahem skladu. V tomto případě musíme počítat s vyššími prvotními investicemi, ale vývoj pomocného robota pro manipulaci by dávalo příležitost pro výrobní společnosti. Při výše zmíněném vybavení by obsluha skladu mohl vykonávat jak postižený člověk i starší člověk, který by zde uplatnil své dlouholeté zkušenosti a svou pečlivost.

Protože mluvíme o externím skladu, následuje otázka čekající na vyřešení, která se týká přepravy materiálu a léků obsažených ve skladových prostorech. Materiál vyžaduje pouze přepravní vozidlo dostatečných rozměrů. Léky mají vysoké nároky na přepravu. Může se jednat o přepravní boxy, jenž zabezpečují obdobné podmínky jako skladovací prostředí. Hovoříme především o uchování stejné teploty, světelných podmínek a polohové uložení. Umístění a vzdálenost skladů má vliv při finální kalkulaci o nákladech. Nárůst nákladů ve finální ceně ovlivňuje frekvence dodávek, ale nemusíme považovat toto úvahu za absolutní, záleží na potřebě odběratele se zásobovat.

10.3.3. Umístění

Lokalizace neboli umístění skladů částečně ovlivňuje výši celkové ceny materiálu nebo léků. Přesuňme se na určité skladovací prostory v nemocnici. I když se snažím navrhnout odstranění větší míry skladů, přesto musí existovat určité prostory sloužící a odpovídající podmínkám pro uskladnění. Je možnost nalezení určitého kompromisu mezi skladovacím prostorem a „volným“ uskladněním, které nesnižuje bezpečnost a nezpůsobí zneužití. Návrhem na logistické skladování léků a materiálů by bylo elektronické sledování a skladování. Vlastní úložné prostory zdravotnického zařízení by měli být malé s minimálními nároky, a to i ve smyslu nákladů. Mělo by jít o menší prostory v logistické formě just in time. Velikost zásob by měla pokrýt odpovídající spotřebu zdravotnického zařízení. Monitorovací skenovací systém představuje technické zajištění správy materiálu a léčiv. Počátek záznamu by měl být prováděn již u dodavatelské firmy. Postupně díky tomuto systému bychom mohli sledovat cestu léků od výrobce až k pacientovi. Načtením jednotlivých šarží do systému by došlo k uvedení léků či materiálu do pohybu. Přeprava by mohla být sledována prostřednictvím satelitního spojení. Před uskladněním zboží do úložných prostor dochází naskenování čárových kódů na krabicích, které by obsahovaly informace o názvu, složení, datumu expirace a číslo šarže jednotlivých medikamentů a materiálu obsažených na jednom štítku. Další pohyb by měl být sledován formou skenovací či čtecího zařízení. Tento běh spotřeby by končil naskenováním materiálu či léků do lékařské karty pacienta.

10.3.4. Lokalizační software

Proces znamená vytvořit nejen software, ale i připravit soulad se skenovacími zařízeními pro kontrolní body logistiky. Skenovací zařízení si představuji v podobě většího flash disku zajišťujícího okamžitou dostupnost při práci zdravotního personálu oprávněného podávat

tyto léky nebo materiál. Flash disky by mohly fungovat v síti Wifi. Měly by poskytovat i předávat informace okamžitě do skladovacího systému. Aktuálnost záznamu umožňuje neustálý přehled nad zásobami. Automatické vystavení objednávky na nedostatkovou surovinu by zajišťovalo optimální zásobu. Také to povede ke zvýšení přehledu o spotřebě a přesné lokalizaci nových léků a materiálu. Vlastní zajišťování hladkého průběhu procesu velmi závisí na jasných obchodních podmínkách a spolehlivosti lidí působících v tomto procesu. Solventnost jednotlivých partnerů je ověřována postupně. Zabezpečení spolehlivosti procesu můžeme v počátku ovlivnit větším počtem obchodních partnerů umožňujících zajistit potřebné dodávky zboží.

Počáteční investice na nezbytně velký sklad si dovoluji odhadnout větší než prvotní náklady na zavedení skenovacích zařízení a malého úložného operativního prostoru. Při úvaze o pouhém pronájmu skenovacího zařízení od výrobce můžeme dále snížit nutné výdaje. Výdaje z účetním pohledu zahrneme do části, která poníží základ daně. Nutné opravy, výměny či aktualizace softwaru bude probíhat v duchu poskytování služeb. Rovněž toto představuje ihned uplatnitelné odpočty. Konkrétní analýza rozpočtu na zavedení a správu se odvíjí od rozboru každého návrhu. Rozpočet obsahuje kromě materiálu a práce také finanční zdroje na vývoj. Často jde o nezanedbatelnou položku. Ale existují obdobné systémy, zaměřené na sledování například aut, fungují a přinášejí úsporu. Dle mého názoru jde o finančně únosný projekt.

Výsledkem by mohlo být vytvoření softwaru, který umožní snížit finanční výdaje a prostorové nároky s jistými výše uvedenými výhodami. Především nám poskytne informace o léčivech a materiálu, díky nimž budeme vědět o jejich správě a pohybu nebo aktuálním umístění.

10.4. Informační zdroje

10.4.1. Přístup k informacím

Jakoukoliv dobře provedenou práci lze těžko vykonat bez informací. Můžeme informace označit za součást procesu. Informace představuje určitý díl v ucelené části se svou vlastní hodnotou. Samostatně nabízí svůj určitý význam a při začlenění do větší skupiny přináší nejen ten svůj význam, ale umí přinést i zhodnocení v rámci celého procesu. Synergický efekt, výše popsaná situace, funguje v jakémkoliv pojetí. Je neoddiskutovatelný ve všech druzích

průmyslu, obchodu a služeb. Člověk ho může pocítit ve společnosti, v rodinném kruhu, zažívá ho ve všech životních etapách. Snad nikdy a nikde neztrácí na svém významu. Tedy informace samy osobě si nesou svou hodnotu, význam toho, co sdělují své cílové skupině. Začlenění informací do oblasti zdravotnictví přináší široce ocenitelný význam, získáváme jeden z nejsilnějších vlivů v životě člověka. Co vlastně chci říci? Pokusila jsem se vám přiblížit sílu spojení. Společná nebo výsledná hodnota svou cenou dává široké pole působnosti. Proto své výsledky přináší možnost podělit se o informace s těmi, kteří obdobné informace žádají.

10.4.2. Info(rmační) box

Nejen v nemocnici bychom mohli shledat velmi přínosné poskytnout pacientům ucelenější podobu lékařských informací. Cesty, jak někoho informovat, mohou být různorodé – například informační stánek nebo box. Podávali by různorodé informace o nemocích a poraněních vyskytujících se ve vysokém procentu, dále o nemocích aktuálně ohrožujících život společnosti a prevenci ochrany zdraví. Způsob poskytování odborných informací ze zdravotnictví má své nároky. Žadatelé mohou být v řadě případů potenciální nebo současní pacienti, kterým by měl obsah dát šanci utvořit si ucelený obraz o nemoci či úrazu a s tím související usměrňující podrobnosti. Uživatelem informačních stánků (boxů) se může stát i student, běžný návštěvník nemocnice, rodinný příslušník pacienta. Od definování skupin uživatelů můžeme přejít k ujasnění si úrovně odbornosti, ve které by měla být informace podána a napsána. Autorem takových článků musí být odborník s přehledem v oboru, popřípadě s dlouholetými zkušenostmi, především se schopností přiblížit text nezkušenému čtenáři.

10.4.3. Podoba a funkce

Texty by měly působit výukovým charakterem. Hlavní obsah by mohl představovat seznam nemocí, úrazů a dalších palčivých aktuálních odkazů. Jednotlivé názvy by byly aktivní – při kliknutí by čtenáři bylo otevřeno okno s jím zvolenou problematikou. Text by mohl obsahovat aktivní slova. Opětovným kliknutím by se otevřelo další okno s více podrobným článkem či vysvětlením aktivního slova. Například po označení názvu hepatitida by se otevřelo okno s článkem o této nemoci. V rámci textu by byla aktivní určitá slova jako léky, příčiny, důsledky, prevence, režim a strava, oblasti výskytu. Kliknutím na ně by mohlo být otevřeno další okno s navazujícím textem zvolené podrobnosti. Jednotlivé texty by měly být jednoduché, jasné, krátké a přehledné. Články by měly dát uživateli srozumitelný základ,

kteřý by mohl čtenáře navést na vlastní podrobné studium dané problematiky. Na konci článku musí být uvedena pobídka ke kontaktu praktického lékaře. Text by měl nabídnout kontakt na organizaci specializující se na zvolené problematiky podle vlastního uvážení a potřeby. Pod pojmem specializované organizace zahrnuji nadaci, sdružení nebo psychologa, kteří mají reálné, pokud možno dlouhodobější, zkušenosti s pacienty, s rodinami a s různými organizacemi v související problematice. Zde kladu za velmi důležité umožnit, co nejjednodušší dosažení odborných organizací. Výše zmíněné odborné organizace musí být ochotné, zkušené a popřípadě s dlouholetou tradicí. Ověřenost a něčí osobní zkušenost by zvýšila prestiž těchto článků. V textu i mimo něj by měl být široký seznam kontaktů na tyto organizace. Na závěr každého textu by měla být poznámka o informativním charakteru článku, možnost komentáře nebo reakce čtenáře a nabádání k návštěvě odborníka. Jistě bude ocenitelná zmínka o bezplatné návštěvě odborníků, aby případný krok k první návštěvě byl učiněn s klidnou rozvahou nad rozhodnutím ohledně vyhledání odborné pomoci či zůstat bezpomoci. Pro názornost by byly vhodné obrázky, nákresy či jiné grafické přiblížení s možností zvětšení. Většina lidí potřebuje grafiku s větším rozlišením. Písmo dostatečně velké ocení lidi, kteří mají obtíže se zrakem, popřípadě možnost zvětšení textu. Prostředí textů a obrázků by mělo být „friendly“ – uživatelsky příjemné, v klidných barvách a ovládání skrze dotykovou plochu.

Dostáváme se k popisu technického zabezpečení. Počítač skrytý ve vrchním boxu odpovídá běžné počítačové stanici v rámci jeho technického a mapěťového vybavení. Software s tímto výstupem je důležité umístit do zařízení odpovídajícímu designem a technickým prostředím. Volila bych standardní počítačovou stanici s dotykovým displejem monitoru. Vzhled boxu by měl upoutat a dát najevo svůj informativní charakter – tedy volba vhodné barvy, která upoutá a ladí oku, a má atraktivní tvar – na příklad umožnit pohodlnou četbu.

10.4.4. Odborný vzdělávací systém

V rámci softwaru pro info(rmační) box jde o stálé zpracovávání nových poznatků z medicínské oblasti, jenž dosahují neustálého pokroku jako jiné obory. Uživatelé se zahrnují do široké veřejnosti, stávají se v určitých mezích odbornou veřejností. Ale software by mohl poskytovat zpracování informací v podobě i jiného výstupu. Nižší úroveň výstupu jsme si popsali software pro info(rmační) box. Odborně hodnotnější výstup by mohl být poskytnut současně na vyšší úrovni. Cílovou skupinou by zde představoval lékařský a nelékařský personál zdravotního zařízení. Pro potřeby personálu by software v první řadě shromažďoval,

zpracovával a podle určitého klíče i distribuoval ucelený přehled o nejposlednějších událostech souvisejících s medicínskými nebo i jinými příbuzenskými obory. Přínos vidím právě v uceleném a aktuálním podávání informací ve smyslu vzdělávání příslušného personálu. Základní vlastnosti softwaru by měly být shodné s verzí určenou široké veřejnosti. Například by mělo být stejné zobrazování informací, stručnost informací, docházelo by pouze k rozdílům v odbornosti psaného jazyka, v hloubce zmiňované problematiky. K rozdílům dochází na výstupech. U obou verzí softwaru musí být uveden zdroj v textu zmiňovaných informací pro zabezpečení autorských práv. Mapěťové a technické podmínky by se nakonec odvíjely od finální náročnosti softwaru.

Výstup tohoto návrhu má podobu softwaru zaměřeného na vzdělávání. Obsahuje dva filtry, které umí přiblížit lékařské informace na odpovídající úrovni. Všichni zažíváme občas okamžiky, kdy chceme získat potřebné informace i údaje, u kterých nevíme o jejich důležité relevantnosti. Případný zmatek informací povede alespoň k potřebě ujasnění si celého případu.

10.5. Software Audit – Průvodce certifikátem

10.5.1. Důvody pro uplatnění

Proč považuji tento software za konkurence schopný? V dnešních dnech odpovídá nutnosti kontroly správy majetku. Kontrola a její výstupy jsou silně medializovány. Minimálně se stávají častým tématem pro citlivé otázky na postoj a vývoj politiků vůči nim. Citlivost je dána především palčivostí a rozsahem dopadu výsledků na každého z nás. Můžeme začít vysokou zadlužeností většiny nemocnic i jiných dalších zdravotních organizací. Dluhovitost rozpočtu působí potíže každé firmě nebo společnosti. Při šíři poskytovaných služeb zdravotnickým sektorem je téměř nemožné počítat s dlouhodobou existencí takto zatížených organizací. Povaha důležitosti zajišťovaného servisu podněcuje další problém. Stát se snaží přebírat odpovědnost za ekonomický problém, ale tento způsob řešení již podal důkaz o nefunkčnosti za aktuálních podmínek. Je velmi šlechetné od státu, že poskytne další finanční prostředky. Svůj účel plní pouze u lidí řídicích obdobné společnosti se zájmem o nápravu. Podle různých zdrojů investice proudí do položky celkově označených za investice nebo opravy. A v konečném efektu neochota a neúčelné investování nenapraví dluhovou problematiku, kterou by měl monitorovat a napravovat sám stát z pozice věřitele. Vedení společnosti investuje finanční prostředky zdánlivě účelově a efektivně. Bohužel vedení dočasně eviduje nulový hospodářský výsledek. Trvání nulového stavu nebo částečný pozitivní

vývoj zakrývá stále stejný stav hospodaření organizace. Investuje se do tzv. potřebného vybavení nemocnice. Hospodaření ve společnosti se nenávratně odchyluje od původního účelu. Vedení si zdůvodní a zároveň obhájí účelovost svých plateb. Naléhavost potřeby určitého přístroje, náhlá modernizace prostor budov či jiné vybavení nemocnice pod záminkou nutnosti obhájit vykázané výdaje. Následně dluhovost se přesouvá dočasně z položky Hospodářské výsledku do položky Závazky za dodavatele. Krycí manévr působí nejčastěji na lokální úrovni. Za předpokladu prezentace obdobných výsledků společnosti i u veřejnosti způsobí zmatek, nevoli a potvrzení existence šedé politiky bohužel i ve zdravotnictví. Dalším důvodem pro zavedení výše uvedeného softwaru může být medializovaná kauza spojená s úmrtím řady pacientů z příčiny špatné péče o pacienta. Více spojitosti najdeme v kauze o převodu nemocnic ze státu na kraj, kdy výsledky účetního auditu ohromily všechny zúčastněné a kraje se vzpíraly takto obrovsky zadlužených společností převzít. Nebo její pokračování v přeměně právního statusu nemocnic z veřejnoprávní organizace na akciovou společnost, kde neuvěřitelnou výhodou měla být možnost správy majetku a vedení účetnictví vůbec. Při řízení společnosti se klade důraz na efektivnost a kvalitu poskytovaných služeb nebo produktu při použití všech zákonem dovolených nástrojů. Změnou v právním statusu se nepodařilo téměř nic. Kdo se o akciovou společnost opírá jako o zásadní, má omezenou představu o řízení jakékoliv organizace. Musí se nalézt úměrné řešení pro fungování společnosti za takovou cenu, jakou máme reálně k dispozici. Využíváním určitých pozitivních metod má být pro společnost výhodou, ještě lépe konkurenční výhodou. Tedy je nutné vědět, co máme dispozici a pak s tím můžeme doslova operovat. Pro řádné zaevidování aktuálního stavu, je dobré aplikovat externí audit, abychom se vyhnuli „zaslepenosti“. Máme-li omezené zdroje, raději investujme do určitého průvodce a provedme interní audit. Sami zjistíme skutečné stavy. Známe-li vlastní hodnotu společnosti, je na snadě se posunout dál. Snahou každé prosperující organizace by mělo být dostat se na úroveň svých konkurentů. Ještě lépe cílem společnosti by mělo být zajistit si konkurenční výhodu, která přinese i další zdroj příjmů a nejlépe zisků.

10.5.2. Potřeba nemocnic nebo dalších účastníků?

K námětu software Audit mě přivedl aktuální stav nemocnic. Nejen evidenci vlastních a potenciálních zdrojů a nákladů by měly provést všechny nemocnice, ale i hledání příležitostí k novým zdrojům se má stát běžnou součástí při řízení společnosti. Ne jedna společnost si uvědomuje příležitost získání další peněžních příjmů díky určité licenci. Příprava na jednotlivé certifikáty představuje vysoké finanční zatížení. Související snaha zdravotních

zařízení získat mezinárodně uznávaný status, díky kterému zvýší kredibilitu mezi konkurenty, dává příležitost k vytvoření softwaru, který obsáhne jak vnitřní audit tak vlastní přípravu k získání certifikace. Výhodou pro ostatní zdravotní zařízení je prostor k využívání z certifikátu vyplývajících služeb spojených s kreditem patřícím k certifikátu. Stejného účinku určitě bude dosaženo také u laboratoří. Získaný ohlas u veřejnosti může být hodnocen o trochu více než u společností, protože jde o citový přínos. Má dlouhotrvající charakter a je neetické ho přepočítávat. Lidé po seznámení s certifikovanými službami rádi využijí zvýšeného komfortu. Pro získání si dané reputace má přínos vytvoření určitého zjednodušeného návodu. Firma STAPRO může navrhnout elektronickou formu průvodce. Software by měl zastávat průvodce procesu při analýze a získávání akreditace. Většinou potvrzení se vyskytuje ve formě certifikátu. Platnost často dosahuje mezinárodní úrovně. Certifikát nebo akreditace by měly způsobit zvýšení míry kvality poskytované péče zdravotnickým zařízením, povede k efektivnímu využití veškerých dostupných a reálných kapacit.

Software bude zajišťovat výsledky a správu zdravotních karet, zdravotního materiálu, léků, personální odpovědnost. Statistický výstup dodá hodnocení poskytované péče v reálných číslech. Procentuální správnost a odpovědnost vytvoří prostor pro manažerské rozhodnutí a poskytnutí zpětné vazby všem zúčastněným stranám a příležitost k nápravě či naopak udržení stávajícího standardu. Software má přinést kontrolu a hodnocení stavu poskytované péče v nemocnicích a přípravu k získání požadovaného certifikátu zdravotnickou organizací. Veřejnost bude zdravotnické zařízení považovat za specializovanější pracoviště. Skrytý, hlavní a většinou očekávaný přínos se bude skrývat ve zlepšení a zkvalitnění poskytované zdravotní i nezdravotní péče pro pacienta a jeho příbuzné. Nejenom renomé získané uděleným certifikátem ale i opravdová pečlivost a dbalost přinese očekávané výsledky samotné organizaci i organizacím majícím zájem o využití certifikovaných služeb. Spolehlivost, efektivnost ve využití i jiné pozitivní stránky softwaru navrátí investované finanční prostředky vložené při koupi. Návržnost se neskrývá pouze v odpisovaných nákladech. Můžeme sem také zahrnout úspory za jinak vynaložené náklady na získání potřebných služeb (například provedené laboratorní vyšetření). Efektivnější výnosy získáme ze služeb poskytovaných jiným zdravotnickým organizacím. Zajistí rychlejší návratnost investic.

10.5.3. Odpověď

Software Audit má sloužit k získání certifikátu. Certifikát potvrzuje funkci určité služby na úrovni normou stanovených podmínek. Druhy certifikátu se zaměřují na laboratoře, na poskytování specializované péče (v současné době téma číslo jedna – onkologie) a nebo na děti (babyfriendly hospital). Úkol a cíl po nabytí akreditace se odvíjí od zvýšené úrovně konkrétní péče i míry kvality. Zdravotnické zařízení musí zajistit poskytování bezvadné péče, perfektní kontrolní výsledky, vyhovující péči o pacienty, zajistit laboratoře na odpovídající úrovni s podstatným zařízením, zaručit kvalitní lékařskou (zkušenou) péči, zabezpečit kvalitní vybavení patientských, sesterských a lékařských pokojů. Ve většině případů bude patřit do základního vybavení manažerský informační systém (sdílených dat), které podporuje jasnou správu zdravotní dokumentace (kompletní a přehledné zdravotní karty, výsledky z laboratoře, mamografů, záznamů z kardiologického vyšetření). Pod informační systém spadá vzdělávací systém, informační zdroje pro pacienty. Nedílnou součástí jakékoliv nemocnice tvoří také dobře fungující knihovna, spolehlivá dopravní obsluha, logistika materiálu, léčiva a dalších potřeb. Výstup synergického efektu a úspěch celé myšlenky se má odrážet v ohleduplné péči o pacienta, v efektivním využívání materiálu a léčiv, které spočívá už v neplýtvání s aktuálními zdroji. Každý proces může probíhat bez problémů při definování práv a povinností pro každou účastnící se jednotku. Obávaný a zároveň potřebný díl znamená poskytnutí zpětné vazby. Poskytně nám kontrolní data a doporučení k hladkému fungování námi zvoleného systému. Kontrolní funkci nabízí zpětná vazba od personálu a také od pacientů.

Jak má fungovat software, který by měl sloužit jako průvodce k získání uznávaného certifikátu? Má představa se odvíjí od významu slova průvodce. Měl by být pomocníkem k přípravě k akreditaci zdravotnického zařízení. Po zvolení druhu požadované certifikace by byly nastaveny klíčové oblasti ke kontrole a úpravě. Hlavní body by měly být podrobně rozebrány. Detailnost vyřešenosti klíčových oblastí se bude odvíjet od podmínek nutných k získání certifikátu. Řešení souvisejících důsledků bude ovlivňovat v závěru celou organizaci. Jinými slovy klíčové oblasti budou korigovat úpravy i jiných souvisejících oblastí. Rovněž v těchto bodech bude průvodce nápomocen pro dokončení celého procesu a pro komplexní úpravy. Obsah certifikátů má vlastní náplň. Jde o hlavní zaměření akreditace, podle které se budou i jednotlivé části průvodce řídit. Bude se dělit na hlavní a specializovanou část. V obecné části průvodce bude kontrolovat a hlídat budovy. Software

by měl umět ohodnotit stav budov. Hodnocení bude vycházet z konečných informací o výši investice, z rozsahu, z provedených oprav, z odpisovaných údajů a z reálných aktuálních údajů o stavbě. Bude se jednat o vnější i vnitřní péči. Podložkou hlavní části bude kontrola stavu zařízení. Software bude spravovat obdobné informace jako u budov. Co navíc pro zařízení? Zařízení používané pro práci v nemocnici musí mít vlastní certifikáty o správném fungování, zde by se hodila alespoň správa evidence a aktualizace těchto certifikátů pro nemocniční zařízení. Jiný přístup by byl u správy kapacit. Kapacity v nemocnici máme fyzické a personální. Řešení pro zajištění poskytování kvalitní lékařské péče se zabývá také souhrou obou typů kapacit. Konkrétně mám na mysli soulad v jejich využívání. Případné poskytnutí nebo nabídnutí volných zdrojů pro využití v jiných zdravotnických zařízeních, jenž využijí volné kapacity.

Vlastní správa řeší časový soulad nebo nesoulad jednotlivých navazujících kroků, které usnadňují běh organizace. Jedinečnost a nahodilost „omylů a chyb“ nese své opodstatnění. V součtu všech událostí musí existovat jednoduchý a spolehlivý pomocník. Zastane důležitou práci, nejen vlastní správa se podílí na všech prominentních událostech. Základní obsah softwaru zajistí hladší průběh chodu nemocnice. Osobité zkušenosti a pozorování zúčastněných usměrní nátlaky na účinná místa nebo na lidi pracující na důležitých projektech. Pouze čas nehraje důležitou roli. K posouzení stojí za úvahu kredibilita dodavatelů. Jejich kredibilita ovlivňuje úroveň svého materiálu i svých poskytovaných služeb. Ve zhodnocení stavu by se měl řešit materiální obsah, časový horizont správy, veškeré prováděné opravy. Materiálová opotřebovatelnost dovytváří své renomé. Kvalita ve zmiňovaném segmentu má zásadní roli. Úroveň a výše kvality daného zdravotnického zařízení na pacienta zanechá dojem. Dbát na kvalitu je zásadní věc a má se řešit na počátku, kdy existuje čas a prostor k urovnání. Následně se omlouvat za chyby je slušné, ale upřímně neúčelné a nesmyslné.

10.5.4. Konkrétní příklad

Konečná verze softwaru by měla mít podobu průvodce certifikáty. Nejprve tým pro získání certifikátu přichází s typem nebo druhem, jenž vyhovuje a splňuje požadavky vedení zdravotnické organizace. Volba specializace souvisí s nejrůznějšími podmínkami. Výběr může být přehodnocen po zadání prvotních a důležitých bodů rozhodující o typu nebo druhu certifikátu. Následně dojde k podrobné analýze skutečného stavu ve zdravotnickém zařízení. Poukáže se na pozitivní a negativní stránky a podrobný rozbor se zaznamená. Ke slovu se dostávají jak důležité body, tak zájem a nadšení pro rozvoj určité specializace. Rozbor

aktuálního stavu zvýrazní oblast certifikace, vyznačí případné nedostatky nebo nadprůměrnou připravenost. Dvě dimenze - stav a potřeba dostávají příležitost k nalezení řešení. Průvodce připraví kroky obecnějšího rázu, ale ve směru specializace. Následuje navržení přípravných kroků vedoucích k souladu s řešením. Rozebrání jednotlivých postupů na nejmenší podrobnosti vede přípravný tým k nápravě vzniklé situace a souběžně aktivuje proces získávání požadovaného kreditu. Například konkrétní obsah nalezneme v knize *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis* od autorů Holland a kolektiv. S rozdělením rolí a úkolů pomůže pomocník. Software bude sloužit v podobě záznamníku a také ke hlídání plnění z časového rozvrhu. Půjde o pomocníka při přípravě k získání daného certifikátu.

11. Konkurence

Součástí strategie je úvaha nad konkurenčním prostředím. Trh má své charakteristiky, pravidla a účastníky. Účastníci konkurenčního prostředí představují různé skupiny obchodních společností. Charakter soutěžících definuje vždy alespoň jeden společný rys. Převažující povaha skupiny ovlivňuje významně vzájemné postavení. Členění pomáhá strategii ujasnit a rozdělit organizaci na příležitosti a hrozby. Všeobecně se každá firma pohybuje mezi dodavatelskými, odběratelskými i soutěžícími společnostmi. Mezi konkurenci musí každá ze společností přijít s produktem požadovaným nejlépe svými zákazníky. Různorodé požadavky na služby a zboží mají častěji spotřebitelé, kteří patří do distribučního kanálu a také do poptávky. Na druhé straně stojí dodavatelé poskytující servis a produkty, a svým způsobem udávající osobitý styl již málo změnitelný. Další články cyklu nákupu a prodeje specifikují charakter tržního prostoru. Spojení nabídky a poptávky vytváří tržní prostředí -trh. Pravidla existují, jsou funkční a musí být vynutitelná. V řadě případů mají zákonnou úpravu. Legislativními prostředky se stávají úmluvy mezinárodního úrovně, normy a nařízení. Konkrétní úpravu bych rozšířila o projekty a certifikační potvrzení a metodické zprávy WHO. Specifika trhu se odvíjí od provozovaného oboru.

Tento odstavec bych mohla věnovat konkrétní podobě konkurence. Neučiním tak, a to z několika prostých důvodů. Nejvýraznější konkurenti se navzájem znají a rozhodování pak ovlivňují osobní sympatie účastníků výběrového řízení. Dostává-li se do výběrového řízení jiná firma, často patří do příbuzných oborů a jejich neznalost u obchodníka se nepředpokládá. Noví účastníci trhu jsou často firmy založené zaměstnancem z bývalé firmy

nebo renomované firmy. Renomované firmy vznikly novým obchodním spojením nebo nedávnou akvizicí. Rozhodnutí pro firmu vzniklou prostřednictvím akvizice má své výhody i nevýhody. Jde-li o nákup dobrého know-how pro zajištění případného finančního krytí, volba je šťastná. Pro opak se nikdo nerozhoduje, protože jednotliví účastníci se musí představit a jen špatný stratég by si nezjistil skutečnou povahu konkurence nebo partnera pro obchod. Pouze získání klamných informací vede k nesprávnému rozhodnutí.

12. Finanční analýza

Vedle vytvoření efektivní nabídky kvalitních zdravotnických služeb je také třeba zajistit jejich udržitelné financování. Dnešní systém ovlivňuje dostupnost zdravotnických služeb administrativními zásahy státu (například vydáváním vyhlášek, které nerespektují ekonomickou realitu ani potřeby pacientů), a které navíc ponechávají omezený prostor pro volbu občanů. Zároveň je udržována možnost bezplatnosti zdravotnických služeb, která vede k jejich zneužívání.

Metodika používaná pro účely Analýzy nákladů a užitků (Cost-Benefit Analysis) vychází z postupů doporučených Evropskou komisí pro projekty předkládané v rámci strukturálních fondů. Analýza nákladů a užitků je nedílnou součástí projektových žádostí o dotace a klade si za cíl zohlednit zatížení předkladatele projektu vynaloženými prostředky, zjistit jejich návratnost a efektivnost a v souvislosti s tím také samozřejmě efektivnost vložených prostředků z dotačního programu. Analýza nákladů a užitků posuzuje, zda projekt splňuje základní požadavky na finanční a ekonomické zhodnocení vložené podpory, a to - účelnost, realizovatelnost a životaschopnost projektu.

Analýza je rozdělena na dvě základní vzájemně propojené a závislé části - finanční a ekonomickou. Každá z nich zohledňuje jiný přístup k posuzování realizace projektu. Finanční analýza projekt posuzuje z individuálního hlediska jeho nositele (žadatele), tj. z hlediska maximálního prospěchu/zisku. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že předkládaný projekt je koncipovaný jako ziskový a klade si nároky na přiměřenou návratnost vložených prostředků a výsledky základních finančních ukazatelů FRR, FNPV, index rentability (cost/benefit ratio) a index ziskovosti. Finanční hodnocení pracuje s reálně vykázanými nebo plánovými hodnotami nákladů a výnosů.

Finanční analýza by měla u podnikatelských projektů prokázat návratnost vložených prostředků, ziskovost celého záměru a následně na to takový tok hotovosti, který by pokryl veškeré náklady spojené s realizací projektu v dlouhodobém časovém horizontu. „Výstupem finančního hodnocení je vyjádření:

- finanční vnitřní míry výnosnosti (FRR – financial internal rate of return), označované též jako vnitřní výnosové procento nebo vnitřní míra výnosnosti,
- finanční čisté současné hodnoty (FNPV – financial net present value) = diskontovaný tok hotovosti – investiční náklady;
- index rentability (cost/benefit ratio) = příjmy/výdaje plynoucí z projektu po dobu životnosti jednotlivých součástí projektu a
- index ziskovosti = diskontovaný příjmový hotovostní tok/počáteční investiční náklady.

Dalšími ukazateli jsou doba návratnosti propočtená jak z diskontovaných, tak nediskontovaných toků hotovosti.

12.1. Studie proveditelnosti

Konkrétním účelem studie proveditelnosti je zhodnotit předkládaný projekt dle kritérií stanovených konkrétním programem, kam podle téma a instituce je předkládán. Studie proveditelnosti hodnotí a popisuje relevantní skutečnosti a posuzuje realizovatelnost daného projektu. Tento dokument poskytuje veškeré podklady pro samotné investiční rozhodnutí také slouží jako nástroj pozdějšího projektového managementu ve fázi investiční (realizační) a fázi provozní. Podstata a význam Studie proveditelnosti je právě v komplexnosti posouzení a zhodnocení investičního záměru. Studie proveditelnosti musí být vždy zpracována v požadované struktuře a osnově dle konkrétního programu kam je předkládána.

Nejčastější problematické oblasti řešené ve Studii proveditelnosti:

- podrobný nákladový rozpočet
- časový harmonogram projektu, etapizace
- možnosti a zdroje financování
- technické a technologické řešení
- analýza trhu a poptávky
- marketingová strategie

- dodavatelské zajištění projektu
- management projektu
- finanční analýza a ekonomické zhodnocení efektivnosti
- dopady na životní prostředí
- analýza a řízení rizik
- odolnost projektu na změna rizikových faktorů – citlivostní analýza

Studie proveditelnosti slouží jako nástroj ke zdůvodnění projektu ze všech možných hledisek.¹⁵ Naproti tomu finanční analýza se nezabývá širšími (externími) efekty projektu – celospolečenskými dopady.

Stárnutí obyvatelstva v České republice, nové medicínské postupy a zvyšující se nároky občanů budou v následujících letech vyžadovat zvýšení objemu peněz plynoucích do zdravotnictví. Další zvyšování daňové zátěže je ale z makroekonomického pohledu neúnosné. Proto je nutné zvýšit podíl soukromých výdajů vynaložených na péči o vlastní zdraví.

13. Farmakoekonomika

13.1. Úvod do farmakoekonomiky

Řešení většiny návrhů spočívá v pořízení vybavení, práce a know-how za adekvátní cenu. Půjde o finančně efektivní projekty. Hospodaření nekončí postavením pavilónu nebo dokončením a přípravou oddělení k činnosti. Každé zdravotnické zařízení pokračuje v naplňování svého účelu. Navazovat musí efektivní řízení. Jednou z reálných možností úspěchu na konkurenčním poli je poskytovat kvalitní péči skrývající i účinnou a rychlou farmakoterapii. Farmakoterapie skrývá podávání léčiv. Efektivní péči získáme i za přijatelnou cenu.

Proto v současnosti se dostávají do popředí obory, které se snaží přiblížit určitou ekonomickou rozvahu o poskytované péči. V oblasti léčiv se tímto zabývá farmakoekonomie. Dokonalost této vědní disciplíny ovlivňuje hlavně volba zahrnovaných nákladů. Diverzifikace

¹⁵ Kolektiv autorů: „Studie Proveditelnosti“. RRA Vysočina 2007, <http://www.rrav.cz/sluzby/fs.html>

jednotlivých nákladů určí souvislost zahrnutelnou do určité detailnosti finančních rozpočtů a plánů.

Farmakoekonomika je vědní disciplína, která se rozvíjí od šedesátých let s cílem popsat efektivní využívání finančních zdrojů pro farmakoterapii. Potřeba farmakoekonomiky podpořila omezení finančních zdrojů ve zdravotnictví a současného trvalého zvyšování jeho ekonomické náročnosti. Lékárník má přístup k ekonomice léčiv, a proto ve farmakoekonomických analýzách může hrát velmi důležitou roli. Lékárník může především:

- zvyšovat dostupnost léčiv s optimálním poměrem účinku a nákladů,
- snižovat náklady na léčiva (efektivní využívání obchodní strategie),
- spolupracovat s lékařem při přípravě doporučení k léčbě, lékových pozitivních listů.

13.1.2. Důvody zvyšování ekonomické náročnosti zdravotnictví

Důvody růstu ekonomických výdajů zdravotnictví a tím i spotřeba většího podílu hrubého domácího produktu zapříčinily následující okolnosti:

- **nové technologie:**
Vstup nových a obvykle finančně nákladnějších technologií do zdravotnictví souvisí s rozvinutým výzkumem v oblasti medicíny a farmacie.
- **zvyšování nároků na bezpečnost přípravků:**
Zvyšování nároků na bezpečnost a kvalitu přípravků (rozvoj strategie správných praxí) vede k vyšším nákladům při výzkumu, výrobě a distribuci léčiva.
- **rozvoj diagnostických metod:**
Diagnostické metody se rozvíjejí v souladu s rozvojem zdravotnictví. Nové diagnostické metody generují další potřebu léčby.
- **stárnutí populace:**
Prodlužuje se střední délka života. Starší populace vyžaduje více zdravotní péče.

13.1.3. Možnosti řešení zvyšující se finanční náročnosti farmakoterapie

Řešení ekonomické situace ve zdravotnictví prožívá krizi. Garance základní zdravotní péče pro všechny občany a omezený rozpočet nedovolí, aby mohly být vždy v případě potřeby využity všechny dostupné možnosti. Disproporce mezi možnostmi medicínskými

a ekonomickými zvyšuje potřebu optimální regulace nákladů na zdravotní péči. Hledá se řešení např. lepší alokace finančních zdrojů, spoluúčast pacienta nebo tzv. racionální farmakoterapie. Takto efektivní užívání léčiv může tvořit doplňkovou součást lékové distribučního systému. Bude fungovat jako vědecká kalkulačka, která po zadání vstupních faktorů nabídne zhodnocený výstup s procentuálním doporučením pro jednu nebo jinou léčbu.

13.1.4. Alokace finančních toků

Způsob rozdělení finančních prostředků může regulovat možnosti jejich spotřebování – jsou to např. finanční limity na jednoho pacienta, na diagnózu, či stanovení výše dotace nemocnicím.

13.1.5. Spoluúčast pacienta

Spoluúčast pacienta může vést ke snižování nároků na veřejné finance a měla by směřovat ke zvyšování zodpovědnosti přístupu k svému zdraví. Tento druh regulace v našem systému podporuje jak kategorizace léčiv (stanovení výše úhrad), tak podpora samoléčení se stanovením volně prodejných léčiv. Tento mechanismus však nesmí omezit dostupnost nebo kvalitu zdravotní péče.

13.1.6. Účelné (racionální) využívání léčiv

Racionální farmakoterapie vede ke způsobu optimálního výběru léčiv. Léčiva a jejich režim podávání by měly být voleny podle charakteru onemocnění a typu pacienta. Výběr léčiva by měl být proveden z hlediska co nejmenšího finančního nákladu při dostatečném účinku. Navíc racionální užití léku zahrnuje motivaci pacienta užívat lék a hodnotit jeho účinky. Smyslem racionálního výběru léku je plně využít jeho terapeutickou hodnotu a snížit finanční náklady na léčbu využitím cenově přijatelné farmakoterapie tam, kde to je možné, a využít tyto ušetřené prostředky pro nákladnější léčbu. Farmakoekonomika přináší i vědeckým způsobem podklady pro zavádění a hodnocení racionální farmakoterapie.

13.2. Farmakoekonomika

13.2.1. Vymezení disciplíny

Farmakoekonomika přispívá k řešení vztahu mezi náklady a efektem léčby s cílem objektivními metodami odhalovat efektivnější léčebné technologie (dále jen technologie). Farmakoekonomika je multidisciplinární obor, který vyžaduje účast odborníků na ekonomiku,

farmakoterapii i epidemiologii. Farmakoekonomika popisuje a analyzuje náklady na farmakoterapii, sleduje jejich optimální využití vzhledem k terapeutické hodnotě.

Farmakoekonomický výzkum se zaměřuje na identifikaci, způsob měření a srovnávání efektivity farmaceutických produktů a služeb. Sleduje proto současně náklady spojené s nemocí včetně nákladů na farmakoterapii s výsledky terapie na úrovni biologické, ekonomické i společenské. Viz tabulka 1.

13.2.2. Základní přínos farmakoekonomického výzkumu

- rozvoj kritérií pro popsání a kvantifikaci skutečné terapeutické účinnosti sledovaných léčiv,
- rozvoj medicíny založené na důkazech,
- rozvoj metod k určení velikosti a strukturování nákladů, expertizní podklady pro stanovení racionálního výběru léčiv.

Možnosti srovnávání výsledků dvou různých technologií jsou shrnuty v tabulce 2. Z tabulky je patrné, že má smysl provádět farmakoekonomickou analýzu v případě, je-li při přechodu z technologie A na technologii B buď stav označený jako kombinace 1 (tj. Náklady a očekávaný účinek se zvyšují) nebo označený jako kombinace 4 (tj. náklady sice klesají, ale ani účinek nedosahuje úrovně technologie A).

13.2.3. Aplikace farmakoekonomických závěrů

Uplatnění farmakoekonomického výzkumu poskytuje objektivní podklady k řešení následujících otázek praxe:

- Které léky by měly být zahrnuty do pozitivních listů?
- Které léky by měly být plně hrazeny z veřejných prostředků?
- Je příprava a vlastní realizace standardních léčebných postupů správná zároveň i z hlediska ekonomického?
- Jaký směr výzkumu ve farmaceutickém průmyslu je perspektivní?
- Jaké jsou náklady na prodloužení života o jeden rok s definovanou kvalitou života?

Tabulka 1: Přehled zahrnovaných nákladů

sledované veličiny	příklady	anglické synonymum
náklady (spotřebované zdroje)	uhrazení léčiva, služby, pracovní síla, ušlá mzda	costs
důsledky terapie:		outcomes
biologické	urikémie, počet synkop; mortalita, počet atak deprese	effect; efficacy, effectiveness
ekonomické	redukce tvorby HDP, ztráta výtěžku	benefit
společenské	společenské fungování, kvalita života, utilita	utility

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Poznámka: HDP = hrubý domácí produkt

13.2.4. Určení nákladů a výsledků léčby

Klíčovou otázkou dobrých farmakoeconomických studií je identifikace a kvantifikace nákladových položek a položek týkajících se účinku u studovaných léčebných postupů.

13.3. Náklady

13.3.1. Zdravotnické a nezdravotnické, přímé a nepřímé náklady

Přímé náklady označují náklady, které jsou spotřebovávány přímo ve vztahu k léčení choroby. Jako nepřímé náklady jsou označovány ty náklady, které jsou sice spojeny s chorobou, ale nejsou přímo určeny k uhrazení nákladů na léčení.

Tabulka 2: Změny v nákladech a účinnosti při přechodu z technologie A na technologii B.

	možnosti vzniklé porovnáním 2 možných přístupů			
	kombinace 1	kombinace 2	kombinace 3	kombinace 4
náklady	zvýšeny	zvýšeny	klesají	klesají
účinek	zvýšen	snížen	zvýšen	snížen
farmako-ekonomickou analýzu provést	nutno	nemá smysl - preference A	nemá smysl - preference B	nutno

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Pro přímé zdravotnické náklady je charakteristické, že jsou hrazeny z veřejných zdrojů (u nás ze zdravotního pojištění). Mezi přímé zdravotnické náklady řadíme např. náklady spojené s farmakoterapií či ostatní náklady k úhradě diagnostických metod, nefarmakologických postupů.

Mezi přímé nezdravotnické náklady patří náklady související s léčbou daného onemocnění. Veřejné zdroje je nekryjí. Bývají hrazeny především nemocným nebo výjimečně ze sociálního pojištění či jiných zdrojů (sponzoři, nadace apod.).

Nepřímými náklady jsou označovány náklady, které souvisejí s náklady pacienta, jeho rodiny a jeho zaměstnavatele či společnosti. Tyto náklady nejsou určeny přímo k léčbě nemocného. Ale měly bychom je zahrnout do závěrečného rozhodování třeba při volbě mezi dvěma způsoby operace. Mohou představovat důležitý faktor a vždy ovlivňují naše volby svou relevantností. Mezi nepřímé náklady řadíme náklady, které hradí:

- nemocný – únik mzdy; snížení životní úrovně,
- stát – pokles tvorby národního důchodu; pokles příspěvku na sociální a zdravotní pojištění, výplata sociálních dávek, čerpání sociálního pojištění, pokles daňových odvodů,
- právnická osoba, která nemocného občana zaměstnává (pokles tvorby zisku, ohrožení podnikání, riziko existenčních potíží).

13.3.2. Relevantní a irelevantní náklady

Mezi relevantní náklady patří takové, jenž jsou důležité pro subjekt, z jehož pohledu se analýza provádí (viz zadavatel studie). Buď je přímo sám hradí, nebo tyto náklady ovlivní nepřímo spotřebu léčiva (důležité pro výrobce) či zájem o poskytované služby (důležité pro lékaře a zdravotní pojišťovny). Příklady relevantních nákladů jsou uvedeny v tabulce 5.

Tabulka 3: Rozložení přímých zdravotnických nákladů s příklady.

kategorie nákladů	blížeší určení	další specifikace	příklad	
náklady na léčivo	cena za balení cena za kúru	např. maximální cena	APO-Enalapril 10 mg číselník VZP 1.1. 2002: 412,- Kč	
	pomocný zdrav. materiál		infuzní set;	
	testy bezpečnosti a účinnosti	kinetické - TDM		plazmatické hladiny aminoglykosidů
		biochemické		aktivita transamináz při léčbě ketokonazolem
		fyzikální		oční vyšetření při léčbě aminodaronem
	hematologické		počet neutrofilů u cytostatické léčby, APTT u heparinu	
léčení NÚL	obvykle součástí léčby pouze při výskytu		suplementace draslíku při terapii kalium deplečními diuretiky léčba steroidního diabetu	
ostatní náklady	hospitalizace stanovení diagnózy	biochemické	cena lůžkodne hladina kreatininu	
		fyzikální	ECHO, měření tlaku krve	
		mikrobiologické	bakteriurie	
	doprava	saniťou		
	pracovní síla	mzda pracovníků		

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Poznámka: TDM - terapeutické monitorování léků; APTT - aktivovaný parciální tromboplastinový čas (ke sledování účinku heparinu).

Tabulka 4: Přímé nezdravotnické náklady - příklady.

kategorie nákladů	blížeší specifikace	příklad	zdroj úhrady
doprava k lékaři	k vyšetření	náklady na jízdné	nemocný
doplatky	za léky	dle kategorizace	nemocný
	za lékařský úkon	nadstandardní péče	nemocný
OTC léky	podpůrná terapie	vitaminy	nemocný
zdravotní pomůcky		brýle, bandáže, invalidní vozík	nemocný nebo sociální pojištění
neschopnost	nemocenské dávky	úhrada dnů neschopnosti	sociální pojištění
dieta	vyšší náklady na stravu	potraviny bez glukózy	nemocný nebo sociální pojištění
zdravotní obuv a oděv	obuv nesnižující prokrvení	obuv pro diabetika	nemocný nebo sociální pojištění

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Irelevantními náklady jsou např. přímé nezdravotnické náklady pro zdravotní pojišťovny.

13.3.3. Další dělení zdravotnických nákladů

Podle charakteru dělíme zdravotnické náklady na fixní, variabilní, průměrné, okrajové a nevyčíslitelné. Fixní náklady musíme při zvolení určité technologie vždy vynaložit. Patří sem:

- Institucionální, tj. náklady, které nejsou specifické pro konkrétní technologii. Tyto náklady budou vynaloženy, i když nebude daná technologie použita (např. náklady na vytápění, platy, náklady na pořízení přístrojů, literatury apod.). Institucionální náklady nebývají často kalkulovány ve farmakoekonomických studiích.
- Standardní, tj. obvyklé náklady na technologii, které se nemění v závislosti na různých reakcích nemocného (např. náklady vynaložené na léčiva, jejichž dávkování se během terapie nemění, či náklady na předepsané monitorování vybraných účinků léčiva (viz tabulka 6).
- Část nákladů, tzv. variabilní náklady, se objevuje pouze za určitých okolností, protože je determinována biologickou různorodostí jedinců. Variabilní náklady jsou náklady na jevy, které se vyskytují s určitou pravděpodobností výskytu (p) (např. náklady na léčbu nežádoucích účinků léčiv, náklady na změnu strategie u neúčinné léčby).
- Průměrné náklady (jedné nákladové položky nebo komplexní náklady na léčbu a vyšetření) se s výhodou využívají k vyjádření nákladů u populace nebo u technologií, u kterých se variabilní náklady vyskytují často (např. náklady fixní a variabilní na léčbu depresivního onemocnění).
- Průměrné náklady dvou definovaných populací se mohou vzájemně významně lišit. Například v modelu uvedeném v tabulce 6 bude mít rozdílné hodnoty pravděpodobnosti vzniku osteoporózy a průměrných nákladů na léčbu u populace žen překračujících věk 65 let ve srovnání se skupinou mužů ve věku mezi 40 a 50 lety.
- Mezní (marginální) náklady (marginal costs). Zásadní nevýhoda při vyjadřování nákladů průměrnými hodnotami spočívá v tom, že průměr nemusí vždy odrážet variabilitu nákladů. Variabilita u některých populačních skupin může být vysoká, k přesnějšímu rozložení nákladů je proto nutné znát i mezní marginální hodnoty. Např. náklady na antibiotickou léčbu pneumonií, které jsme sledovali u nemocných ve věku nad 75 let, se pohybují od nákladů na léčbu ampicilinem (maximální cena 75 Kč/7dnů léčby) po náklady na léčbu meropenemem (8 400

Kč/7dnů léčby). Při léčbě febrilní neutropenie to bylo od 1800,- Kč do 16000,- Kč/kúra.

Navýšené náklady představují rozdíl nákladů technologie 1 a technologie 2, které se spolu srovnávají při léčbě určité nozologické jednotky. Např. měsíční náklady na léčbu vředové choroby jsou u technologie 1 (ranitidin 300 mg denně) 111,- Kč a technologie 2 (omeprazol 20 mg denně) 681,- Kč. Vyměním-li při léčbě vředové choroby omeprazol za ranitidin, pak navýšené náklady na měsíční kúru činí 570,- Kč.

Tabulka 5: Příklady relevantních a irelevantních nákladů.

zadavatel ¹⁾	náklad	relevantnost
zdravotní pojišťovna	přímé zdravotnické náklady	ano
společnost	přímé zdravotnické náklady	ano
pacient	přímé zdravotnické náklady	ano
pacient	přímé nezdravotnické náklady	ano
zdravotní pojišťovna	přímé nezdravotnické náklady [*]	ne
společnost	nepřímé náklady	ano
zdravotní pojišťovna	nepřímé náklady	může být
pacient	nepřímé náklady	může být

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Poznámka: 1) uvedeny pouze příklady zadavatelů. Zadavatelem kromě uvedených mohou být management nemocnice, farmaceutický průmysl, skupina zdravotníků při tvorbě guidelines, ministerstvo zdravotnictví; *) přímé nezdravotnické náklady se mohou zdát irelevantní, ale relevantní se stanou, stanou-li se prostředkem konkurenčního boje zdravotních pojišťoven.

položka	specifikace pro použití	cena za den	pravdě- podobnost realizace ^{*)}	celkové náklady za rok
1. léčivo	základní dávka	$N_1 = PDD_1 \times K\check{c}/DDD$	100%	$365 \times N_1$
2. léčivo	prům. vyšší dávka	$N_2 = PDD_2 \times K\check{c}/DDD$	p_1	$365 \times p_1 \times (N_2 - N_1)$
3. léčivo	steroidní diabetes	$N_3 = \text{průměrná cena/rok}$	p_2	$p_2 \times N_3$
4. léčivo	osteoporóza	$N_4 = \text{průměrná cena/rok}$	p_3	$p_3 \times N_4$
5. vyšetření	4x/rok - kontrola	$N_5 = \text{prům. cena/vyšetření}$	100%	$4 \times N_5$
6. vyšetření	diabetologické	$N_6 = \text{prům. cena/rok}$	p_2	$p_2 \times N_6$
7. vyšetření	zánětlivého procesu	$N_7 = \text{prům. cena/rok}$	p_3	$p_3 \times N_7$
8. hospitalizace	pro NÚL	$N_8 = \text{prům. cena/rok}$	p_4	$p_4 \times N_8$

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Poznámka: PDD - předepsaná denní dávka; p1 - p4 pravděpodobnost; *) pokud pravděpodobnost se rovná 100%, jde o fixní náklady, je-li menší, jde o variabilní náklady.

Mezi nevyčíslitelné náklady patří ty, které lze vyjádřit pouze verbálně. Jsou to náklady spojené s utrpením, bolestí, vyřazením ze společenských aktivit apod.

13.3.4. Identifikace a získávání nákladových položek

Identifikace vyžaduje znalost medicínských podmínek, zpracování literárních zdrojů k tématu a pozorování přímo v praxi (optimální je užití databází). Relativně nejsnazší je identifikace fixních nákladů na použité technologie, protože je lze odvodit od standardních postupů, pokud jsou tyto postupy v praxi dodržovány. Obtížná je naproti tomu identifikace pracovního času zdravotního personálu, variabilních nákladů, přímých nezdravotnických nákladů a nepřímých nákladů.

Časová vytíženost zdravotního personálu se dá zobrazit časovým snímek. Tento parametr je v americké literatuře používán často, v evropské literatuře je obvykle zahrnut do bodového vyjádření výkonů. Tento parametr je zavádějící u pracovišť s širokou činností, protože ušetření pracovníka pro jednu technologii nemusí vést k ušetření personálu u jiných aktivit. Na druhou stranu si právě lékárník při výpočtu svého spotřebovaného času počítá čas potřebný pro přípravu a výdej léčiva a čas pro informování pacienta nebo zdravotníka.

Informace o výši variabilních nákladů nejčastěji získáváme z výsledků rozsáhlých studií (např. pravděpodobnost rizik farmakoterapie), lze je však získat i z vlastních reprezentativních intervenčních a/nebo observačních studií. Hodnoty nepřímých nákladů, které plynou z pracovní neschopnosti, obvykle získáváme modelovým výpočtem ze znalosti průměrné délky pracovní neschopnosti, hodnoty hrubého domácího produktu a počtu praceschopného obyvatelstva. Pak je možno vypočítat, jaký podíl hrubého domácího produktu (HDP) nebyl pro pracovní neschopnost vyroben.

13.3.5. Prezentace nákladových položek

Identifikované náklady by měly být při publikování uvedeny nejen ve finančních, ale i ve fyzických jednotkách. To poskytne možnost kontroly důvěryhodnosti dat a správného postupu při analýze struktury nákladů (náklady se odlišují v čase a v různých zemích; cena jednoho dne hospitalizace, cena jednoho DDD, hodinová mzda, cena pobytu jednoho dne na lůžku), následně pak možnost přizpůsobit výsledky domácím podmínkám. Často

se setkáváme s publikovanými studiemi, kde fyzické hodnoty chybějí. Hodnota takové studie je pochybná.

13.4. Farmakoekonomické studie

13.4.1. Studie analyzující pouze náklady

13.4.1.1. Farmakoekonomická studie typu minimalizace nákladů

Studie "minimalizace nákladů" je nejjednodušší farmakoekonomickou studií. Tento typ studie se zabývá pouze srovnáním nákladů vynaložených na srovnávané technologie. Předpokládá se totiž, že obě technologie vykazují podobný terapeutický účinek a mají stejnou terapeutickou hodnotu. V případě, že ji mají odlišnou, je buď tato odlišnost zanedbatelná, anebo se pro jednoduchost zanedbává (tabulka 7).

Od roku 1993 se při rozhodování o kategorizaci léčiv využívá princip minimalizace nákladů. Tento přístup zajistil objektivnější a transparentnější způsob rozhodování kategorizační komise o úhradě léčiv. Cílem tohoto přístupu je určení nákladů na jednu DDD, kterou je zdravotní pojišťovna schopna a ochotna platit. Problémem zůstává, zda hodnota DDD vždy vystihuje equipotenci srovnávaných léčiv.

13.4.1.2. Farmakoekonomické studie kalkulující s výsledky léčby

Podle typu účinnosti terapie rozdělujeme farmakoekonomické studie na analýzu nákladové prospěšnosti (obvyklá zkratka CBA), analýzu nákladové efektivity (zkratka CEA) a nákladové utility (zkratka CUA).

13.4.2. Vyjádření účinnosti ve finančních jednotkách

13.4.2.1. Analýza nákladové prospěšnosti

Vyjádření výsledků terapie ve finančních jednotkách je velmi obtížné a přistupuje se k nim výjimečně. Je vhodné tak vyjadřovat výsledky v případech, kdy výsledky jsou komplexního charakteru, a není proto jednoduché popsat je jediným biologickým kritériem či utilitou. Taková situace nastává např. při hodnocení prospěšnosti očkování.

Příklady, kde se využívá analýza prospěšnosti z nákladů:

- hepatitida: prospěšnost očkování proti hepatitidě A, hepatitidě B

- meningitida: prospěšnost očkování proti Haemophilus influenzae B
- transplantace ledvin: srovnání technologií: cyklosporin vs. prednison/azathiopurin

Způsoby vyjádření výsledků studie:

Analýza prospěšnosti nákladů se vyjadřuje poměrem P:

$P = \text{prospěšnost v Kč} / \text{náklady v Kč}$

Efektivita jednotlivých technologií (popřípadě srovnání technologie se žádnou intervencí – jako je to např. u neočkování) se srovnává pomocí vypočtených poměrů P. Efektivnější bude ta technologie, u které bude poměr větší.

13.4.3 Nefinanční vyjádření účinnosti terapie

Nefinanční vyjádření účinnosti farmakoterapie lze vyjádřit jak parametry, které charakterizují biologickou změnu, tak parametry vyjadřujícími psychosociální změny. V prvním případě jde o analýzu nákladové efektivity, v druhém (pokud se nejedná o hodnocení duševních chorob) jde o analýzu nákladové utility.

13.4.3.1. Analýza nákladové efektivity

Nákladová efektivita je nejčastěji používaný farmakoeconomický model. Srovnává vztah nákladů a efektu léčby vyjádřený biologickými změnami. Aby bylo využitelné biologické hodnocení ve farmakoeconomických analýzách typu nákladové efektivity, musí biologické hodnocení odrážet změny v průběhu léčení relevantní použité technologii a umožnit kvantitativně vyjádřit míru nebo změnu prospěšnosti. Výběr relevantních parametrů proto předpokládá velmi dobré poznatky etiopatogeneze nemocí. Příklady nákladové efektivity jsou uvedeny v tabulce 9.

13.4.4. Metody měření výsledku terapie

Cílem metod je získat důvěryhodné a validní údaje o účinnosti tak, aby farmakoeconomická analýza odrážela skutečný stav. Získat data o výsledku terapie lze pozorováním v praxi; experimentálně – (organizování randomizovaných klinických studií); rešerší literárních zdrojů.

13.4.5. Výhody a nevýhody jednotlivých metod:

Pozorování v praxi by mohlo nejvěrohodněji odrážet skutečnou terapeutickou hodnotu jednotlivých technologií, protože sleduje reálný stav. Limitem však bývá nemožnost

v reálném čase získat informace od relevantního počtu probandů. Údaje z pozorování by bylo snazší získat, pokud by byly dostupné databáze nemocniční a ambulantní praxe. Nevýhodou jsou známé limity retrospektivně získaných dat.

Randomizované klinické studie epidemiologického charakteru sice pracují s daty přesněji získanými, podmínky jejich vzniku se však pouze blíží reálnému používání léků. Informace z literárních zdrojů je nutné získávat po komplexní rešerši, aby se vyloučila informační předpojatost. Často jsou jednotlivé zdroje srovnávány pomocí metaanalýzy. Také tato aktivita může vést k chybným závěrům. Je nutno brát v potaz i fakt, že preferovány k publikaci jsou výsledky, které přinášejí novou informaci, a nejsou často publikovány informace s negativním výsledkem.

Tabulka 7: Příklady farmakoekonomické analýzy minimalizace nákladů.

morbidita	technologie 1	technologie 2
flebotrombóza	heparin	nízkomolekulární heparin
G - infekce	III. g. cefalosporinů i.m.; i.v.	III. g. cefalosporinů p.o.
hypertenze	diuretika	ACEI
boreliová meningitida	cefotaxim 3x denně	ceftriaxon 1x denně
AIM	trombolýza	PTCA
ATB prevence	ATB1	ATB2

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Poznámka: ATB1 a ATB2 - dvě různá antibiotika či kombinace antibiotik; AIM - akutní infarkt myokardu; ACEI - inhibitor angiotenzin konvergujícího enzymu; PCTA - perkutánní transluminální koronární angioplastika.

Tabulka 8: Přehled farmakoekonomických studií, které počítají i s efektem léčby.

analýza	anglický ekvivalent	způsob sledování účinnosti
nákladové prospěšnosti	cost benefit analysis	ve finančních jednotkách
nákladové efektivity	cost effectiveness analysis	v biologických jednotkách
nákladové utility	cost utility analysis	v pocitu vnímání zdraví
minimalizace nákladů	cost minimisation analysis	nesleduje se

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Chyby obvyklé při používání biologických charakteristik účinnosti:

- selekční předpojatost - chybné zvolení biologických kritérií, chybné zvolení metod, nevhodná selekce zástupců populačních skupin,
- chybné určení pravděpodobnosti účinnosti - údaj vychází z početně malých kohort,

- nerespektování významné variability - neprovedení analýzy citlivosti,
- informační předpojatost - při vyhledávání údajů z informačních zdrojů,
- nesledování compliance - především u preventivních podáváníí, kde nemocní s non-compliance se chovají stejně jako skupina bez prevence.

Tabulka 9: Příklady analýzy nákladové efektivity.

morbidita	technologie 1	technologie 2	biologické kritérium
leukémie	protiinfekční léčba	protiinfekční léčba + růstové faktory	počet dnů febrilní neutropenie
dyslipidémie po AIM	bez statinů	+ statiny	roky života
deprese	selektivní inhibitory vychytávání serotoninu (SSRI)	tricyklická antidepresiva (TCA)	počet dnů pracovní neschopnosti
selhávání myokardu	hydrochlorothiazid	chlortalidon	urikémie
esenciální hypertenze bez selhávání myokardu	blokátory angiotenzin II konvertujícího enzymu	β-blokátory	tlak krve: 24hodinové monitorování, rozdíl maximální a minimální hodnoty apod.

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>.

Tabulka 10: Nákladové modely primární prevence akutního infarktu myokardu (AIM) podáváním statinů v kohortě osob s celkovým cholesterolem nad 6,2mmol/l. Vstupní parametry: pravděpodobnost akutního infarktu myokardu - neléčená skupina 0,19% a v léčené je to 0,07%; jsou-li např. průměrné náklady na léčbu akutního infarktu myokardu 50000 Kč, průměrná cena 1DDD statinů je 30 Kč, průměrná cena vyšetření v ambulanci je 80 Kč a vyšetření je uskutečněno 3x ročně.

model č. 1 - dyslipidémie není léčena:		
charakteristika kohorty	počet	náklady na AIM
bez statinů		
bez statinů - výchozí kohorta lidí:	1000 osob	
bez statinů - pravděpodobný počet lidí s AIM/5 let		190 osob x 5000 = 9 500 000 Kč
celkem:		9 500 000 Kč
model č. 2 - dyslipidémie je léčena, ale není sledována compliance:		
výchozí kohorta:	1000 osob	
počet jedinců s AIM/5 let		63 osob x 50000 = 3 500 000 Kč
ostatní náklady/5 let	statiny	1000 osob x 365 x 5 x 30 = 54 750 000 Kč
		vyšetření 1000 osob x 3 x 80 = 240 000 Kč
celkem se statiny bez započtení compliance		58 490 000 Kč
model č. 3 - dyslipidémie je léčena se započtením compliance i velikosti compliance:		
výchozí kohorta:	1000 lidí	
komplianční část kohorty	900 lidí	
počet jedinců s AIM/5 let		63 osob x 50000 = 3 150 000 Kč
ostatní náklady/5 let	statiny	1000 osob x 365 x 5 x 30 = 54 750 000 Kč
		vyšetření 1000 osob x 3 x 80 = 240 000 Kč
non-compliance	100 osob	
+ náklady na AIM u non-compliance	19 osob x 50000 = 950 000 Kč	
celkem se statiny + compliance:		59 090 000 Kč

<http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1>

Nerespektování přítomnosti non-compliance může zkreslit interpretaci studie. Především při analýze preventivních farmakoterapeutických postupů je nezbytné znát adhezenci nemocného ke studovanému léčivu. Např. u hypolipidemik se hodnotí efektivita obvykle jako náklady na ušetřený rok života. Je nutné počítat s tím, že různá hypolipidemika jsou díky svým vlastnostem různě přijímána pacienty. Část pacientů, kteří neadherují k léčbě, se pak chová stejně jako skupina pacientů bez léčby. Non-compliance z tohoto aspektu zvyšuje náklady o farmakoterapii a náklady na důsledky neprovedené prevence ve skupině zdánlivě léčených.

13.4.6. Analýza nákladové utility

Analýza nákladové utility je jeden z typů analýzy nákladové efektivity, kde prospěšnost terapie je hodnocena z hlediska kvality života či preferencí terapie z hlediska pacienta (utilita = zdravotní stav nebo jeho zlepšení hodnocené jednotlivcem nebo společností). Kvalita života je definována jako pocit dobrého bytí (angl. wellbeing) a vychází, jak už jsem se jednou zmínila, z definice WHO zdraví. Hodnocení kvality života vychází proto ze subjektivního hodnocení změn somatických a psychických pocitů a změn postavení pacienta ve společnosti. Obvykle se nehodnotí absolutní kvalita života, ale změny kvality života související se zavedením jiné léčebné technologie. Kvalitu života můžeme měřit pomocí dotazníků.

Použití analýzy nákladové utility je vhodné v následujících případech:

- kvalita života je významný výsledek terapie – např. léčba artritidy,
- kvalita života může být významným výsledkem terapie – např. léčba AIM (pokles mortality, ale výskyt jiných chorob nebo komplikací v souvislosti s celkovou aterosklerózou, které sníží kvalitu života) nebo léčba nádoru (chemoterapie prodlužuje život, ale může snižovat kvalitu života),
- léková intervence ovlivňuje jak morbiditu, tak mortalitu a je nutno sledovat oba aspekty – např. používání estrogenů po menopauze,

výsledek léčby nelze vyjádřit jedním kritériem, ale při farmakoekonomické analýze je přesto nutno je jedním kritériem vyjádřit, např. program poklesu novorozenecké úmrtnosti, depistáž a léčba hypertenze.

13.5. Výpočet QALY:

Na hypotetickém příkladu uvedeném v tabulce 11 je uveden výpočet QALY při hodnocení nákladové utility.

13.5.1. Výpočet

- 1) inkrementální poměr nákladové efektivity P_e : $P_e = (20\,000 - 10\,000)/(4,5 - 3,5) = 10\,000$ Kč/ušetřený rok života
- 2) inkrementální poměr nákladové utility P_u : $P_u = (20\,000 - 10\,000)/(2,7 - 2,5) = 50\,000$ Kč/ušetřený QALY

Interpretace: Pokud nebudeme hledět na kvalitu života, bude nás jeden rok získaného života stát 10 000 Kč v uvedeném modelu. Pokud ale budeme chtít ušetřit jeden rok plnohodnotného života, bude nás to stát v tomto modelu 5x více. Je otázkou politického rozhodnutí, zda přijmeme filozofii užívat kvalitu života jako jeden z parametrů hodnocení terapie. Nesouvisí to však jen s vůlí tuto koncepci přijmout, ale i s úrovní metodologie, jak dobře jsme schopni změny kvality života monitorovat. Zde jsme pouze na začátku.

14. Závěr

V závěru se chci věnovat jak shrnutí tak nezmíněné aktuálnosti a negativním stránkám návrhů. Negativa přináší případné zamítnutí a rovněž povzbuzení do dalších kroků k vylepšení. Neúspěch může být zapříčiněn řadou faktorů. Řešení návrhů vychází svým způsobem z negativního vývoje ve zdravotnických zařízeních. Provozování jakéhokoliv zdravotnického zařízení sebou nese určité obtíže. Zaměřila jsem se na více nebo méně palčivé oblasti. Aplikací nových řešení nedává záruku na absolutní odstranění problémů. Každá změna nese s sebou určitá negativa. Například při zavedení může dojít k nepřijetí řešení z důvodu obavy o efekt z výsledku přínosu změny. Umím si představit i další příklady neúspěchu vyplývajících z vysvětlených řešení. Pokaždé nedostatek zájmu znemožní existenci projektu už předem. Ale každý postoj má své východisko. Cestou je pozitivní snaha o řešení. Pečlivý rozbor přiblíží projekt ze všech hledisek. Právě onen rozbor může ukázat správnou cestu. Různorodé vlivy rozhodují o konečném výsledku. Lidský faktor pokládám za ten nejcitlivější. Osobité charakterové vlastnosti, motivy a proměnlivost nálad podpoří nebo zničí celou práci provedenou na jakémkoliv návrhu řešení. Diskuse může přinést problém i vyhovující volbu varianty.

Hlavní cíl nabídnutých variant má vést k získání konkurenční výhody. Jednou z nejčastěji používaných metod je SWOT analýza.

Při použití SWOT analýzy jsem dospěla k tomu, že:

- zdravotnictví je v špatném stavu pouze z hlediska alokace a získávání finančních prostředků, což může být považováno za příležitost. Nemocnice by měla získávat další finanční prostředky poskytnutím svých služeb i zahraničním zákazníkům. Měla by uplatnit dostupná řešení k ulehčení a usnadnění si své práce a získání si tak časového prostoru pro další oblast zákazníků. Firma STAPRO umí nabídnout odpovědi na otázky týkajících se zlepšení kvality poskytovaných služeb.
- Časová vytiženost personálu vede k pochybením. Úsporu času a cestu k nalezení vnitřních zdrojů může nabídnout informační technologie. IT umí převzít část kontrolních povinností nebo přinejmenším urychlit tyto činnosti. Získaný čas a prostředky může nemocnice věnovat na potřebná místa. Efektivního stavu může dosáhnout zahrnutím i jiných, zatím nepoužitých faktorů.

- Pro efektivnější řešení potřebují okamžitou kontrolu nad správou sebesama a získaný čas může personál věnovat studování nového softwarového vybavení nebo se přes jakoukoliv elektronickou konferenci dozvídat nové věci. Vzdělávání má prioritní postavení. Opomíjet tuto oblast je kritické a sebezničující. Je potřeba si vyhradit čas na zvyšování vlastní úrovně vědomostí. Software na podporu vzdělávání minimalizuje čas na přípravu a ulehčuje přístup k novým materiálům ke studiu.
- Díky přesnému přehledu se mohou věnovat dalším softwarovým činnostem, které zvýší míru kvality poskytované péče prostřednictvím mezinárodně uznávaného certifikátu a získat další finanční zdroje při nabídce akreditovaných služeb. Zabezpečení dalších příjmů se skrývá ve službách prováděných se zaručenou kvalitou, na nejmodernějších přístrojích, prováděných profesionálním personálem. Všechny požadavky jsou často standardně splněny a je jen otázkou administrativního procesu získat určitou akreditaci. Následné poskytování služeb jiným nemocnicím může být lépe oceněno. Schopný management rychle zajistí vrácení investovaných finančních prostředků.
- Lékařskou péči požadujeme ihned v potřebném okamžiku a často vhodnou péčí je rada nebo informace, která může být zprostředkována také formou informačního servisu. Informační boxy nabídnou rychlý a snadný přístup k utříděným informacím. Čtenář dostane rovněž pobídku ke kontaktu specialistů nebo odborných center. Tento zdroj informací nemá nahradit lékařskou péči, cíl vidím v získání dalších údajů diskrétní cestou.
- Specifické znalosti marketingu ve zdravotnictví umožní posun nejen zdravotnickému zařízení, ale firma STAPRO může dodat hotový „produkt“ i s marketingovou strategií. Dnešní produkty by měly obsahovat i hotovou přípravu pro marketingovou strategii. Nemocnice tak ušetří námahu a finanční prostředky za marketingové poradce.
- Protože právě konkurence v IT oblasti je velmi silná a řada projektů, které navrhuji mají i v určité vlastní úpravě jiné velké společnosti, musí firma nabízet provázané softwarové produkty pro získávání budoucích zákazníků a nebo zadavatelů nových projektů. Každá výhoda a usnadnění práce si získá stále i nové zákazníky, které se spolehnou na produkty vytvořené přímo na míru zákazníkovi. Tento bod firma STAPRO naplňuje svými softwarovými produkty. Strategickým krokem je

vytvořit produkty s přípravou na služby, které zákazník zatím nevyužívá z různých důvodů. Nebo nabízet produkty schopné fungovat po částech i v celku.

- Úspěch má znamenat vysokou kvalitu a odbornost. Otázka ceny je váhou při rozhodování o shodných projektech. Cílem je vytvářet softwarové produkty v souladu s potřebami zdravotnických organizací. Potřeby mohou být ovlivňovány také finančními prostředky.

Aktuálnost a budoucnost svých návrhů dávám na zvážení ostatních. Nabídla jsem kroky, které povedou ke zprůhlednění a ulehčení každodenní práce zdravotnického personálu. Zdravotnictví potřebuje získat přehled o jednotlivých svých činnostech. Musí dojít i k propojení informačního toku. Synergický výstup samostatných řešení umožní posunout zdravotnickou organizaci k medicínským nebo jiným příležitostem a efektivnímu hospodaření. Získání potřebných dat umožní managementu efektivní řízení organizace ze strany medicínské, ekonomické a funkční. Hybnou silou se stává důsledný a vypovídající kontrolní audit. Jistě se návrhy setkají i s odmítnutím pro svou kontrolní funkci. Využila jsem IT technologie, aby práce byla jednoduchá. Věřím, že počáteční potíže uživatelé překonají a při každodenním užívání najdou usnadnění své práce.

Pohybovali jsme ve zdravotnictví. Přiblížili jsme si konkrétně prostředí zdravotnického zařízení z historického i současného pohledu. Komplexnost systému a citlivost poskytovaných služeb nenabízí jednoduché řešení. Možností návrhů je celá řada. Pouze záleží na individuálním zájmu. Poskytování lékařské péče se často zdá jako obtížné a málo výdělečné. Určitá úroveň náročnosti na přesnost a znalosti ob stojí v konkurenci i s jinou specializací. Nepochybuji o ziskovosti oboru. Soukromá sféra se vždy užívala. Ve veřejné správě dojde k uspokojení všech pouze s odstupem času. Velká provázanost poskytované péče, řízení, aktuální systém a neúplnost legislativy svazuje ruce managementu při snaze dostat se o krok v před. Oblast zdravotnictví se potýká s řadou problémů, které spadají do oblasti provozní, odborné, a většinu organizací trápí i finanční problémy. Získání větších finančních prostředků pouze poskytováním lékařské péči je více či méně neetické a často i nereálné. O to více dochází k naúčtování si většího počtu provedených úkonů. Dalším řešením pro vyšší příjmy může být snížení výdajů. Ale výsledek takového počínání nakonec přináší nutnost vynaložit větší finanční prostředky na léčbu pacientů v budoucím období. Šlo by o začarovaný kruh bez výsledku a v delším časovém horizontu o zhrožení zdraví pacienta a posléze populace. Protiopatření se nachází v poskytování certifikovaných služeb

i do zahraničí. Absolutní ztráta důvěry v systém nezajistí požadované postavení na trhu. Hledání cesty má svá úskalí, ale dobrý management zná řešení. Základní návod spočívá v klasickém vedení organizace a zaměření se na trvalé hodnoty. Navíc existuje WHO světová zdravotnická organizace. Má za cíl dohlížet na zdraví ze všech úhlů. Pro objektivní posudek vykonává WHO řadu výzkumů. Není sama v tomto snažení. Bohužel náš stát má málo progresivní strategii. Rozhodnou roli převzaly samosprávné celky. Každý kraj si ve své působnosti vytvořil vlastní koncepci řízení zdraví. Jednotným zdrojovým dokumentem se stal program Zdraví 21, o kterém jsem se již zmínila v úvodu. Výsledné zaměření těchto dokumentů vyplývá z charakterových podmínek daného území. Ačkoliv je program zdánlivě obecný, stanovuje velmi orientované, otevřeně a úzce specifikované problematiky jednotlivých správních oblastí. Ustanovení má informativní povahu a odhaluje budoucí vývoj. Jde o kompilaci budoucnosti a současného stavu. Vhodným nástrojem i pro zhodnocení je strategický plán – strategie. Na základě definování a stanovení pravidel můžeme navrhnout kroky vedoucí ke konkurenční výhodě, která umožňuje dlouhodobé snížení neefektivních fungování zdravotnických zařízení. Smyslem není omezování výdajů, ale vynaložení peněz, které sice způsobí výdaje, ale přinesou očekávanou, přidanou hodnotu. Firma STAPRO si zajistí svůj konkurenční status prostřednictvím projektů, kde bude:

1. dále rozvíjet klinické informační systémy se zaměřením na zvyšování bezpečnosti pacientů, výkonnosti nemocnic a kvality péče;
2. využívat moderní IT komponenty umožňující bezdrátové spojení k efektivnímu přístupu do informačního systému;
3. dále rozvíjet funkci referenčního systému pro benchmarking a více využívat konzultační služby;
4. docházet k vyšší integraci léčebných a hospodářských funkcí nemocnic s cílem dosahovat vyšší efektivity léčení, především v oblasti farmakoterapie;
5. vyvíjet IS, které podporují procesy probíhající dnes neefektivně mezi jednotlivými částmi systému zdravotní péče.

Ve zdravotnickém zařízení a nejen zde vhodné opatření přináší strategický úspěch na konkurenčním poli. Zdravotnické prostředí má komplikovaný charakter. Jde o odbornou službu poskytovanou z veřejných zdrojů a jen částečně přímo financovanou pacientem. Dále se jedná o vysokou specializaci jednotlivých oborů, nákladnosti i ze strany farmaceutických firem. Jasně a efektivně nastavená problematika naplňuje obsah strategického plánu.

Definujme si řádně strategii a promítněme si problematiku s nápadem řešení podle definice reality odpovídající finanční analýzy. Příležitosti pro vyřešení citlivých oblastí se může chopit kdokoliv. Firma STAPRO má možnost ulehčit práci především nemocnicím díky informačním technologiím vyskytujícím se ve zdravotnickém zařízení nebo nabídnout nové produkty obdobné povahy.

Seznam literatury

- Brouzek, Jiří: „Základní analýta zdravotnictví jihočeského regionu a síť lůžkových zdravotnických zařízení kraje“. Škola veřejného zdravotnictví IPVZ Praha, Srpen 2000
- Dufek, M.: „Psychosomatické hledisko - konfliktní situace - zánět – ANGIN“. Informační server o zdraví z pohledu celostní, přírodní medicíny, 14.06. 2006, <http://www.clanky-o-zdravi.online-prodej.cz/psychosomaticke-hledisko-konfliktni-situace-zanet-angin-mudr-dufek.htm>
- Exner, Lubomír, Raiter, Tomáš a Stejskalová, Dita: „Strategický marketing zdravotnických organizací“. Professional publishing, Praha, 1. vydání 2005, ISBN 80-86419-73-8
- Goulli, Rochdi, Krákorová, Lenka a Uhlířová, Jaroslav: „Ekonomická analýza provozu léčeben dlouhodobě nemocných – LDN“. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2000
- Haškovcová, Helena: „Volný nebo omezený trh zdravotnických informací?“. Univerzita Karlova v Praze; INFORUM 2005: 11. konference o profesionálních informačních zdrojích Praha, 24. – 26.5.2005
- Healy, Judith a McKee, Martin: „Nemocnice v měnící se Evropě“. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Kostelec nad Černými lesy, Leden 2003, www.izpe.cz
- Hlaváčková, Dana: „Koncepce krizové připravenosti zdravotnictví – aktuální stav“. Ministerstvo zdravotnictví 2006,28.11.2006, <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=213>
- Holland, R., Perry, N., Broeders, M., de Wolf, C., Törnberg S. a von Karsa, L.: European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis“. Health and Consumer Protection – Directorate –General, Fourth edition
- Klvetová, Dana: „Stesky svědomité dcery“. Geriatrická klinika 1. LF v Praze, 12.7.2004, http://www.jedensvet.cz/skoly/download/pdf/jsnsfilmpdfquestions_22.pdf
- Kolektiv autorů: „Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005“. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2006, ISBN 80-7280-614-9
- Kolektiv autorů: „HEALTH 21 - ZDRAVÍ 21 zdraví pro všechny do 21. století“. Městský úřad Litoměřice, 23.1.2006, <http://radnice.litomerice.cz/dokument-193500.html>
- Kolektiv autorů: „Historie nemocnice s poliklinikou Karviná – Ráj“. http://www.nspka.cz/index.php?body_karvina=historie
- Kolektiv autorů: „Hlavní body koncepce zdravotnictví na léta 2005 – 2009“. Ministerstvo Zdravotnictví ČR, Praha, Červen 2005
- Kolektiv autorů: „Farmakoekonomika“, Pace NEWS 1/2002, [Nux s.r.o., 2005 , http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1](http://www.pace.cz/source.php?id=7&page=1)
- Kolektiv autorů: „Kvalita péče“. 23.2.2006, <http://www.fnol.cz/main.jsp?id=790>

- Kolektiv autorů: „Kvalita péče – Quality of care“. 4.10.2005, http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/k/kvalita_pece_quality_of_care
- Kolektiv autorů: „Lékařství“. Lékařský slovník, 2006, <http://lekarstvi-2.navajo.cz/>
- Kolektiv autorů: „Mentoring, Networking and You 2 -mentoring & shadowing“. <http://www.ybpw-cz.estranky.cz/stranka/mentoring>
- Kolektiv autorů: „Návrh koncepce zdravotnictví ve Středočeském kraji“. Středočeský kraj, <http://www.kr-stredocesky.cz/zdravotnictvi/koncepce-zdravotnictvi-sck> , Březen 2004
- Kolektiv autorů: „Koncepce rozvoje výzkumu v resortu ministerstva zdravotnictví do roku 2008“. Ministerstvo Zdravotnictví ČR, Prosinec 2004
- Kolektiv autorů: „Studie Proveditelnosti“. RRA Vysočina 2007, <http://www.rrav.cz/sluzby/fs.html>
- Kolektiv autorů: „Rozhodnutí – kraj Vysočina“. 2006, http://www.kr-vysocina.cz/vismo/dokumenty2.asp?u=450008&id_org=450008&id=406956&p1=0&p2=&p3
- Kolektiv autorů: „Začínáme s WIFI“. Lupa.cz (www.lupa.cz), server o českém Internetu., <http://tutorialy.lupa.cz/jak-na-wifi/zaciname-s-wifi/>, ISSN 1213-0702
- Kolektiv autorů: „Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu“. Operativa, 2.1.2006, <http://www.operativa.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=113>
- Kolektiv autorů: „Zákon o péči o zdraví lidu“. Wikipedie – otevřená encyklopedie, 21.8.2006, http://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kon_o_p%C3%A9%C4%8Di_o_zdrav%C3%AD_lidu#Zdravotnick.C3.A1_za.C5.99.C3.ADzen.C3.AD
- Kolektiv autorů: „Zřizovací listina Krajské nemocnice Pardubice“. Krajská nemocnice Pardubice, 17.4.2007, http://www.nem.pce.cz/NemPce_zlistina.htm
- Mrázek, Štěpán: „Co je co? (terminologie)“. 29.11.2001, <http://www.svetpda.cz/svetpda/svetpda.nsf/v/296F7E45B8BB7D88C1256AF600516130>
- Musil, Martin: „Využití radiofrekvenční identifikace v muzeích“. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity v Brně, Ústav archeologie a muzeologie, Brno 2006
- Potůček, Martin: „Vize rozvoje České republiky do roku 2015“. Centrum pro sociální a ekonomické strategie Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociální věd, Praha, prosinec 2000
- Provažník, Kamil: „Manuál prevence v lékařské praxi“. Státní zdravotní ústav – Národní program zdraví, 1998, [ZDRAVCENTRA.cz](http://www.zdravcentra.cz) - Manuál prevence v lékařské praxi (On-line knihovna).htm

Severa, Petr, Souček, Adam a odborné pracovní skupiny lékařů: „Návrh odborné části Koncepce zdravotnictví Ústeckého kraje – lůžková péče“. Krajský úřad Ústeckého kraje – odbor zdravotnictví, Březen 2005

Škrla, Petr a Škrlová, Magda: „Kreativní ošetřovatelský management“. Advent-Orion, Praha 2003, 1.vydání , ISBN 80-7172-841-1

Vrána, Lubomír: „Finanční analýza (Atestační práce)“. Institut veřejného zdraví v Praze, 1999/2000

Vraštilová, Jana: „Je privatizace nemocnic efektivním řešením pro české zdravotnictví?“. VŠE, fakulta národohospodářská, Praha, 2006