

Odborné námítky k pracovní verzi zdravotnické koncepce Zlínského kraje

Prolog:

Stává se čas od času, že ambiciózní jedinec či skupina jedinců podlehně vtíravé myšlence změnit „z gruntu“ chod zaběhnutých a docela dobře fungujících věcí s přesvědčením o své genialitě a neomylnosti. Pohnutky mohou být samozřejmě různé, podobně jako cíle, ke kterým chtějí dospět. Důsledky rozhodnutí politiků však dopadají málokdy jen na ně samotné, většinou postihují skupinu lidí ve stejném regionu. Čím zásadnější rozhodnutí, tím s větší uvážlivostí a opatrností, ale o to s větší znalostí věci by měla být činěna. Dobrý správce a hospodář se pozná podle toho, zda-li činí rozhodnutí dlouhodobě stabilní a funkční. Nemusí vždy nutně znamenat, že stávající stav je horší než poměry budoucí, a to i v dnešním přetechnizovaném světě.

Za svou profesní, bezmála třicetiletou kariéru lékaře, jsem zažil již několik pokusů tzv. optimalizovat zdravotnickou síť. Ať už u kormidla vládli ti či oni, společné bylo to, že je zájem odborné veřejnosti příliš nezajímá a že se vždy zaštiťovali pojmy jako: *nové, koncepční, racionální, ekonomické, efektivní a hlavně úsporné*. Mnohé snahy naštěstí zhasly dříve, než mohly vzplanout. Zaplaťpánbůh. Byly totiž připravovány víceméně bez znalosti drobných detailů i podstatnějších souvislostí. Bylo upřednostněno kritérium momentální ekonomické výhodnosti nad dlouhodobými dopady odbornými a sociologickými. Soulad s názory či připomínkami odborné veřejnosti nebyl zdaleka vždy vyžadován. V horším případě nebyl jiný názor vyžadován vůbec a odborná oponentura byla považována za zpátečnické házení klacků pod nohy pokrokových myslitelů. S podobnými pocity pročítám nejnovější materiál z dílny nejvyšších pater hejtmanství, nazvaný „*Základní směry řízení nemocnic založených Zlínským krajem pro období 2018 – 2020*“.

Autor tohoto textu si neklade ambice na neomylnost. Vychází však z dlouholetých praktických zkušeností nejen uvnitř samotných zdravotnických provozů, ale čerpá i ze své letité zkušenosti aktivního člena České lékařské komory i aktivit s ní spojených.

Základní premisa:

Ústředním problémem celého českého zdravotnictví není až na malé výjimky špatná alokace zdravotnických zařízení, resp. spektrum výkonů v nich prováděných. Problémem je, že v českých nemocnicích (snad ještě mimo fakultní) chybějí lékaři i sestry. Za posledních 20 let spontánně a z části i (ne)úmyslně řízeně došlo k plíživé personální devastaci lékařského i středního zdravotnického personálu. Střední generace lékařů odešla v devadesátých letech do privátních ambulancí a ti, kteří tam ještě zbyli, jsou buď lehce předdůchodového či důchodového věku nebo naopak příliš mladí a na startu. S tím jak se prodlužuje lidský věk a bobtnají nemoci, se demografické nůžky stále více rozevírají. Lze bez nadsázky říci, že stále menší množství personálu se musí postarat o stále větší počet přežívajících přestárých a vážně nemocných lidí v lůžkových zařízeních. Patří jim za to velký dík. Nebýt jich a jejich obětí (nadlimitní přesčasová práce, nízká hodinová mzda), obnažila by se už dávno personální krize v plné nahotě. Kořeny problému jsou komplexní a nemá smysl zde zabředávat do podrobností. To samo by bylo na několikastránkovou analýzu. Krátce lze ale s jistotou říct, že v systému dlouhodobě chybějí peníze na kvalitně zaplacené lékaře a sestry. K tomu všemu ještě došlo po opakovaných lobbistických tlacích k nešťastným politickým rozhodnutím a v jejich důsledku k rozvratu povinného lékařského vzdělávání. Nešvary ve zdravotnictví jsou dlouhodobým důsledkem politických kompromisů a rozhodnutí, která se zdravým selským rozumem nemají vůbec nic společného. Motivace k nápravě věcí nikdy nebyla politicky moc atraktivní. Jen co se vystřídal ministrů zdravotnictví od převratu!

Zmiňuji se o tom proto, že se neustále objevují nejrůznější dogmatické koncepce hledající „elixír nesmrtelnosti“, avšak přiznat si základní pravdu - tedy podfinancování celého systému, ve kterém proto chybí ti hlavní aktéři, nechce nikdo. Žádné násilné přesuny oborů a personálu mezi nemocnicemi to nespasí. Snad jen, kdyby se profese někdy v budoucnu opět stala atraktivní. Počty lékařů i sester by se přirozeně naplnily. Ustálila by se přirozená rovnováha. Život by si našel cestu. Takhle je tu jen další pokus o kulatý čtverec, který si myslí, že je geniálnější, než ty předešlé. Kolik jich ještě bude?

Antikoncepce:

Celá krajská koncepce ani nezastírá ústřední leitmotiv, kterým je udělat z normální okresní nemocnice jednoho trochu většího města úředním zásahem rádooby fakultní nemocnici. Spektrum oborů a jejich alokace vznikly v kraji historicky přirozeně, včetně hierarchie a návaznosti na superspecializovanou péči vyšších klinických pracovišť. Centralizace za každou cenu, vedená prioritou možných ekonomických úspor, krajské zdravotnictví nenávratně poškodí. Zadusí přirozený běh věcí, zkomplikuje obyvatelům dostupnost péče a lékařům vzdělávání i atraktivitu zlínského kraje. Centralizovat se vyplatí pouze vysoce specializované výkony, které nejsou tak běžné a k jejichž zvládnutí jsou nutná leta praxe, větší soubor pacientů a předávání zkušeností. Typickým představitelem je např. neonatologická péče o rizikové novorozence, plastická chirurgie, kardiochirurgické operace, hrudní chirurgie, neurochirurgie, traumatologie závažnějších stavů, popáleninové centrum, nukleární medicína, invazivní kardiologie, angioplastika, iktové centrum aj. Naopak jiné obory by v okresních nemocnicích měly zůstat, protože si našly své místo na slunci, jsou denně vytížené a počty ošetřených pacientů to dokazují.

Námítky:

1. Záchranná služba

Str.6 je zmínka o ambici kraje provozovat vlastní LZS (leteckou záchrannou službu).

Naprosto zbytečné mrhání veřejnými prostředky na její zřízení. Záměr sám bude generovat další a další výdaje. Navýšení nabídky generuje automaticky navýšení poptávky. To vše v situaci kraje, obkrouženého a plně saturovaného leteckými záchrannými službami jiných krajů. Důsledkem bude nejen další nesmyslná „pijavice“ parazitující na měšci veřejného zdravotního pojištění a dalších veřejných zdrojů, ale i devalvace této vysoce specializované činnosti, určené původně těm nejtěžším případům s absolutní prioritou. Výhodné aktuálně pouze pro vylepšení financování ZZS ZK, avšak nesouvisející nijak přímou úměrou se zlepšením zdravotního stavu obyvatelstva, dostupnosti a komfortu péče obyvatel kraje jak je nám předkládáno.

2. Soulad se strategií...

Str.7 – oprávněný stesk nad stárnoucí populací lékařů (demografická katastrofa jdoucí napříč celým českým zdravotnictvím). V návaznosti na tento problém však koncepce nijak nedomýšlí, že plánovaná centralizace oborů a personálu vyžene z kraje další mladší ročníky lékařů, kteří nebudou moci absolvovat pregraduální vzdělávání v nových, ale okleštěných okresních nemocnicích. Pokud totiž nedojde k zákonné úpravě směrem ke zhoršení kvality vzdělávání mladých lékařů, tak řada nyní stále akreditovaných oddělení o akreditaci přijde. (Přesun dětské operativy do KNTB, ARO péče o dětské pacienty, rušení neurologických odd. apod. Logicky to povede ke ztrátě atraktivnosti pracovat v takových nemocnicích na straně začínajících lékařů a posléze pochopí i pacienti, že ta „jejich“ nemocnice již není jaksi plnohodnotná a budou štěstí zkoušet jinde. Není nikde psáno, že zrovna v „Baťovce“.

3. Klíčové aspekty

Str. 11 - Společný lůžkový fond zní sice honosně ale ve skutečnosti je to návrat do 60. let minulého století, kde si nebude moci pacient zvolit nemocnici a s tím ani personál a kde lékař jiného chirurgického oboru bude v rámci pohotovostní služby nucen na své triko řešit stavy a případné komplikace pacienta či pacientů jiných chirurgických oborů, k čemuž mu chybí vzdělání. Pro ilustraci: Bolavé ucho bude v noci řešit třeba ortoped s ušním kolegou na drátě nebo naopak

k poraněnému kolenu z lyží vám večer zavolají očeře. Podobně tomu bude v interní sekci oborů.

Str. 12 - Multioborová JIP- kdo tomu bude velet? Internista? neurolog? Plicní lékař? Kožař? Jaké budou mít lékaři vzájemné kompetence?

4. Zajištění kvality péče...

Str. 13 – i když organizace práce je nadevše, přesto bez vzdělaných lékařů nebude mít péče kvalitní úroveň. Poznává to i laik. Proto jakékoliv pokusy o „vykleštění“ nemocnic skončí nutně dalším odlivem lékařů i sester (viz bod č.2). Rozhodně v takových podmínkách nesetrvají ti ambicióznější a schopnější. A o ty by nám mělo jít především, ne?

5. Zadání kraje

Str. 15 - Nekonkurence nemocnic? To je popření přirozenosti. Teorie stejných žaludků neexistuje. Vše je o přístupu lidském i odborném. Proč by neměli být oceněni lépe Ti, kteří se více snaží? Resp. proč by se jejich úspěch měl rozměňovat v novodobém rovnostářství? Opět demotivující a neatraktivní pro personál, zejména pro mladé lékaře a sestry.

Str. 15 - Mobilita pracovních sil bude dalším hřebíkem do rakve krajského zdravotnictví. Proč bych měl podepisovat tak nevýhodnou pracovní smlouvu s vědomím toho, že si navíc nemocnice nekonkurují? Tedy, že nebudu zvýhodněn za dojíždění do vzdálenějšího zařízení? Budu? Nebudu? Proplácení cestáku? To jsou jen další náklady pro zaměstnavatele, resp. zřizovatele. V čem je tedy ta úspora? V čem je ta výhoda?

6. Jedna a.s. jako jedna organizační jednotka

Str.19 - Tento bod je v přímém rozporu s logikou. Vzdělávat se mladý lékař může pouze na akreditovaném pracovišti, tzn. pracovišti personálně i věcně řádně vybaveném, na pracovišti se spektrem výkonů nutných k připuštění k atestaci. V případě odnětí některých činností z okresů do centra (např. chirurgie dětí, včetně UNK výkonů) se naruší lékaři možnost absolvovat vzdělání na jednom pracovišti ve svém okrese a nebudou, než pendlovat mezi nemocnicemi. Značně "unfriendly". Menší komfort pro lékaře, vyšší náklady na dojíždění. Zaměstnavatel to kompenzovat zřejmě nebude. Proč by to dělal? Opět mínusová atraktivita po začínajícího kolegu vybrat si zlínský kraj jako start svého působení.

7. Základní rysy možného směřování krajského zdravotnictví

Str. 20 - Jak chce toto vše pojmout KNTB ve stávající podobě? Už dnes praská ve švech. Všechny tyto urgentní obory kladou nároky na hygienické předpisy, prostory, personál. Bude počet lékařů posílen o ty z jiných nemocnic nebo si s

tím musejí zlíšit kolegové poradit sami? Nová nemocnice? Náklady?
Rekonstrukce KNTB? Náklady?

Str. 21 - Další "přívětivá" myšlenka- pendlování za službami dle potřeby s utlumením služeb v ostatních nemocnicích. Proklamace je to pěkná, ale jak zajistíte, že pacienti nadále nebudou docházet dle zvyku do nejbližších nemocnic a nebudou se dožadovat ošetření? Budou dojíždět do vzdálenějších zařízení nebo raději zneužívat RZP a RLP? Klade si někdo tyto otázky? V posledních letech rapidně narůstá zneužívání ZZS banálními stavy a sekundárními převozy suplujícími mnohdy taxíky. Zneužívána je pravidelně i pohotovost v rámci LSPP či ÚPS. Jak chcete toto omezit, popř. regionálně přesunout? Nereálné v situaci, kdy neexistují žádné sankce za zneužívání péče.

8. UH nemocnice a.s. - sloučení nukleárky a radiodiagnostiky

Str. 22 - Jde o dva nezaměnitelné medicínské obory se svým specifickým systémem vzdělávání a náplní. I když spolu v praxi spolupracují, přesto každý řeší trochu jinou problematiku. Sloučením vznikne co? Kdo tomu bude velet? Radiolog? Odborník na nukleární medicínu? Ana partes? Jaká zodpovědnost a kompetence koho za co?

Sumář námitek a jejich zdůvodnění k předloženému materiálu:

- *Personální devastace českých nemocnic:*
Problémem českého i zlínského zdravotnictví není špatná alokace oborů ani jejich špatná provázanost. Problémem je, že v nemocnicích chybějí lékaři i sestry. Mnohdy nebyť externích sil, nebyla by tato zařízení schopna postavit ani služby v základních oborech. Některá oddělení tak musela zaniknout, některá se zmenšila, některým to teprve hrozí. Nižší atraktivita profese je dána stále neadekvátně nízkou hodinovou mzdou a enormním množstvím přesčasů. Výsledkem je, že zejména menší nemocnice trpí ztrátou zájmu čerstvých absolventů o práci v nich. Tento trend se nevyhýbá ani našim nemocnicím. Řešení tohoto problému však leží zcela mimo kompetence krajského úřadu. Připravovaná koncepce jej v žádném případě nemůže vyřešit, ale může bohužel atraktivitu pracovních podmínek naopak ještě zhoršit.
- *Devastace systému vzdělávání lékařů.*
Odliv a nezáměr mladých kolegů o práci v nemocnicích, které neumožňují plnohodnotné kmenové vzdělávání bude logickým důsledkem. Rušením některých provozů v okresních nemocnicích a slučováním lůžkových fondů se totiž naruší podmínky akreditace a tím i možnost vzdělávat se přímo v těchto zařízeních. Jistě si dovedu představit narychlo spíchnutou účelovou zákonnou úpravu, která akreditaci umožní.

- *Snížení kvality a úrovně péče.*
Zamýšlená retro opatření (společné lůžkové fondy, rušení některých neurologických či ortopedických odd. v kraji a přesun i běžné dětské operativy do jediného centra) spějí k návratu do 60. let minulého století.
- *Migrace pracovních sil*
Jsme hraniční kraj. V minulosti přicházela spousta slovenských kolegů i sestřiček právě k nám a dost citelně nám pomohli. Jaký bude asi budoucí trend po realizaci koncepce? Personálně již tak zdevastované nemocnice dostanou další ránu a některé odbornosti či spíše oddělení živelně zaniknou nebo se sloučí. To je úmyslem?
- *Model AGEL*
Koncepce tak trochu připomíná projekt AGEL se svými odštěpnými závody. Většinou šlo o experiment výhodný pro své majitele a management, avšak s mzdovým propadem většiny lékařů i sester, mimo těch pár „exkluzivních“, kteří měli vytvářet dojem šlehačky na dortu.
- *Kauzální konflikt se zásadami České lékařské komory*
Navržené kroky v okresních nemocnicích (např. rušení běžné dětské operativy, slučování lůžkového fondu a nestálost pracovních sil) odporují zásadám České lékařské komory o technickém a personálním vybavení zdravotnických zařízení a jsou v přímém rozporu s komorovým konceptem „Nemocnice 21. století“. Tyto koncepty přitom přímo chrání pacienta.
- *Zákon zachování rovnováhy*
Na jedné straně přidáš, na druhé ubereš. Tahle grandiózní přeměna KNTB na krajskou, plně vybavenou nemocnici si vybere svou daň. Tou bude podvázání rozvoje a plánovaná redukce péče v některých jiných nemocnicích. S velkou mírou pravděpodobnosti to bude pro ně do budoucna spíše smrtící. Mohou se z nich velmi snadno stát „odkladiště“ neperspektivních pacientů. Nejen lékaři, ale i pacienti samotní nebudou mít zájem pobývat v nemocnicích, které jsou z jejich pohledu odsouzeny k vyhánění a posléze k zániku.

Závěr:

Předložený materiál se tváří jako ideový záměr, resp. strategie ředitele MUDr. Maráčka, nicméně z něj lze vyčíst několik konkrétností, ze kterých až mrazí. Celkově však koncepce působí, jako by ji ani nepřipravoval člověk s medicínským vzděláním, se znalostí náplně jednotlivých medicínských oborů a jejich vzájemnou logickou a léta se tvořící přirozenou provázaností. Jakoby zcela rezignoval na dopady, včetně destrukce vzdělávání lékařů v „okleštěných“ okresních nemocnicích. Nelze se zbavit dojmu, že dílo je ušito na míru politické objednávce. Z textu čouhá jako sláma z bot zásadní zadání. Vytvořit z jedné jediné nemocnice okresního formátu úředním zásahem krajskou nemocnici téměř fakultního typu. Tou vyvolenou nemocnicí je KNTB Zlín. Jednotlivé oddíly koncepce si přitom v některých pasážích přímo protiřečí. Na jedné straně zde neskrývá ambice zvýšit prestiž krajského zdravotnictví s KNTB Zlín v čele, na straně druhé ale jedním dechem nabízí předem jasné demotivující podmínky pro většinu zaměstnanců. Včetně téměř jistého porušení nezbytných podmínek pro uznání tzv. akreditovaných pracovišť v satelitních okresních nemocnicích. MUDr. Maráček si je této skutečnosti zřejmě vědom, proto nás na str. 19 uklidňuje a předvídá, že na akreditaci dosáhnou všechna (rozuměj i neadekvátně personálně zajištěná odd.) pod vlajkou garance té největší krajské. O pravděpodobném dopadu na vzdělávání lékařů jsem se zde již zmiňoval výše. O jiných důsledcích, např. spojeném lůžkovém fondu a celokrajské mobilitě zaměstnanců nemluvě. Bourají se léty osvědčené a prověřené koncepty i vztahy bez znalosti toho, co přinesou ty nové. Tak jako zatím vždy v minulosti, jsou velké ambice provázeny argumenty o efektivnosti, racionalizaci, úspornosti a vyšší kvalitě péče pro obyvatele. To vše tradičně bez oponentury odborné, tedy těch, kterých se to také elementárně týká. Zcela pomíjena je skutečnost, že podstatou problémů nejen krajského zdravotnictví je jeho letité podfinancování. Samotná centralizace medicínských provozů, jejich koncentrace do Baťovy nemocnice a personální rošády s tím spojené na tom nic nezmění. Naopak, autory zjevně netrápí riziko odlivu zejména mladších lékařů a sester v tak zaměstnanecky nevlídném prostředí. Pokud dojde k realizaci těchto změn silou a direktivně shora, bude to mít zcela zásadní a nevratné důsledky. Problém nízce honorované práce zdravotníků se tím vůbec nevyřeší (o ten politikům ani nikdy ve skutečnosti nešlo) a neskončí ani odchody mladých kolegů do větších a perspektivnějších nemocnic či do zahraničí. Centralizovat má smysl péči jedinečnou, raritní a špičkovou, nikoliv rutinní. Akcent koncepce MUDr. Maráčka, resp. hejtmana Ing. Čunka je jednoznačně restriktivní a přitom se tváří jako efektivní a zároveň ekonomicky úsporný. Kočkopes. Odborné a progresivní medicínské ambice ve skutečnosti nemá. Vůbec nebere v potaz, že celé to stojí a padá s živými lidmi,

kteří v tom systému ještě vůbec pracují. Rigidní politické uvažování a rozhodování bez prověření možných dopadů je u nás stále samozřejmostí. Nikdo z těch, kteří mají ambice přetrhat léty utvářené přirozené vazby tak citlivého organismu, jakým krajské zdravotnictví bezesporu je, se však později za negativní důsledky zodpovídat nebude. Po nás potopa! Nejsem přítelem plýtvání a je mi jasné, že české zdravotnictví poskytuje luxusní péči srovnatelnou s jinými vyspělými zeměmi, avšak za mnohem menší porci HDP, než je tomu v těchto zemích běžné. To vše je však možné jen a pouze na úkor enormních přesčasů a nízké hodinové mzdy naprosté většiny zaměstnanců. Vývoj medicíny a nákladnost provozů si jistě vyžaduje čas od času korekce. Měly by však být činěny plynule v logické návaznosti a nikoliv skokově ode zdi ke zdi. Zdravotnictví vyžaduje evoluci, nikoliv revoluci. To české i to krajské.

MUDr. Tomáš Šindler