



Jak prosazovat nákladné postupy ...

Vladimír Černý

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny,
Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové,
Fakultní nemocnice Hradec Králové

Dept. of Anesthesia, Pain Management and Perioperative Medicine,
Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada

Upozornění !!!



- ✓ Přednáška je převážně nemedicínská
- ✓ Ukazuje výhradně můj osobní postoj a vzorce chování
- ✓ Nemá moc obrázků
- ✓ A hlavně ...

Nevnímat ji prosím jako **návod na
“vzpurnost, anarchii a být destruktivní”** ,

ALE

jako upozornění na fakt, že v situacích, kdy jsme osobně a plně přesvědčeni o nutnosti dané pomůcky, farmaka či technologie pro péči, za kterou neseme odpovědnost, že **existuje způsob, jak a) cíle (v naprosté většině situací) dosáhnout a pokud ne, tak b) jak nenechat odpovědnost z jejího nepoužití/nedostupnosti na nás samotných ...**

Obsah

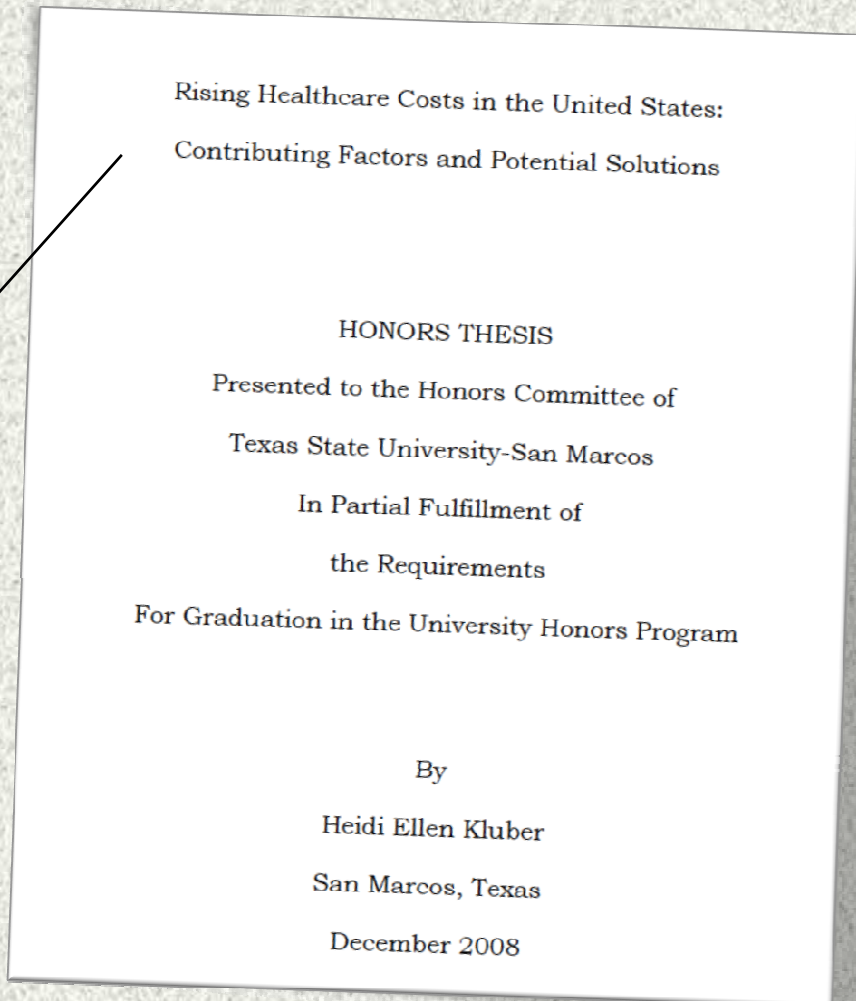
- 1. Základní východiska**
- 2. Obecné principy postupu**
- 3. Autentické reálné situace a jejich výsledek**

Základní východiska

**Možnosti medicíny
jsou nepoměru s
možnostmi
ekonomiky**

Příčina stavu je
mnohočetná

Platí pro všechny
země světa bez
výjimky



Základní východiska

Lékař:

*“... je zde (nový) postup ... pomůcka ...
technologie k zajištění dané péče ...
považujeme ji za nutnou z pohledu poskytované
péče”*

Ekonom, ředitel, nadřízený:

*“... nemám(e) ... nedám(e) ... máte svůj
rozpočet ... sami si určete na co ho dáte ... ale
překročení limitu = budete bez odměn atd.”*

Lékař se dostává do velmi komplikované role z pohledu medicínského, etického, ekonomického ...

Základní východiska

Problémem současného stavu, který nepříznivě dopadá jak na pojištěnce, tak na lékaře, je, že typický mechanismus úhrady je nastaven na určitý maximální objem úhrady poskytnutých zdravotních služeb. Nejedná se tedy o stav, kdy by úhrada zdravotních služeb byla stanovena *per capita*, naopak je stanovena bez ohledu na počet pojištěnců, kterým byly zdravotní služby skutečně poskytnuty.

Ve spojení s aktuálním nedostatkem finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění vede tento způsob proplácení poskytnutých zdravotních služeb k tomu, že poskytovatelé zdravotních služeb jsou dříve či později nuceni poskytovat zdravotní služby, aniž by za ně mohli očekávat od zdravotní pojišťovny úhradu, neboť jejich paušální platba na dané období již byla vyčerpána. Pokud k takové

... legislativní definice nároku pojištěnce na hrazenou zdravotní péči neodpovídá současným ekonomickým možnostem systému. V praxi pak systém selhává a pojištěncům v některých případech není poskytována zdravotní péče, na kterou mají ze zákona nárok, protože ekonomické možnosti poskytovatele zdravotní péče to neumožňují. Tato nepříznivá situace pak motivuje managementy poskytovatelů zdravotní péče, aby zaváděly v reakci na legislativní rámec a zejména úhradové předpisy vlastní systémy pozitivních a negativních stimulů, jehož adresáty jsou řadoví lékaři poskytovatele v postavení jejich zaměstnanců" (JUDr. Dostál, Medical Tribune, 2011).

Základní východiska

Postavení lékaře v systému poskytování zdravotních služeb není za stávající ekonomické situace nikterak snadné. Na lékaře jsou kladeny vysoké požadavky, co se týče odbornosti, znalosti právních předpisů, ale také morální integrity.

Lékař se může dostat do situace, kdy bude ze strany svého zaměstnavatele, poskytovatele zdravotních služeb, nabádán k tomu, aby při poskytování zdravotních služeb reflektoval především ekonomickou situaci, a jednal tak protiprávně ve vztahu k pacientovi. Toto protiprávní jednání může dosáhnout různé intenzity a může způsobit i škodu na zdraví pacienta. Pro případ, že se lékař do takové situace při výkonu svého povolání dostane, měl by si být vědom možných následků svého protiprávního jednání a také toho, že se rozchází se samou podstatou svého povolání, ať už ji vnímáme ve světle Hippokratovy přísahy či etického kodexu České lékařské komory.

Základní východiska

Lékař však zároveň jako zaměstnanec poskytovatele zdravotních služeb vykonává práci podle pokynů zaměstnavatele, je zde v podřízeném postavení a na svém platu často také ekonomicky závislý. V situaci, kdy ze strany managementu poskytovatele zdravotních služeb přijde neformální požadavek na „snižování nákladů poskytovaných služeb“, např. úplným odmítáním pojištěnců určité zdravotní pojišťovny, snížení diagnostických nákladů na pojištěnce určité zdravotní pojišťovny, neinformování pojištěnců určité zdravotní pojišťovny o všech možnostech poskytování zdravotních služeb, je zřejmé, jak může být ovlivněna motivace samotného lékaře. Nelze nezmínit i motivace pramenící z hrozby možné šikany na pracovišti, či výpovědi z pracovního poměru, formálně dané z jiných důvodů a znesnadňujících tak případný odpor lékaře. Lékař se tak dostává do obtížného faktického, právního i etického postavení.

Základní východiska

Situace v ČR Dilemata denní praxe ?

Lékař se dnes potýká s velkým tlakem – musí nejen správně léčit a dovedně se pohybovat v mantinelech vymezených etikou a právem, také se po něm požaduje, aby vnímal limity ekonomické. A je-li daný lékař zaměstnancem zdravotnického zařízení, jde podle JUDr. Dostála o zátěž naprosto neoprávněnou. „Alokace zdrojů nemá v popisu práce lékaře-zaměstnance co dělat. Opět jde o přenos podnikatelského rizika. tentokrát na lékaře. což nesmí být tolerováno.

JUDr. Dostál, Medical Tribune, 2011

Základní východiska

Lékař je právně i morálně vázán poskytovat takové zdravotní služby, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Tato obecně nastíněná maxima jsou konkretizována v mnoha právních předpisech, z nichž nejdůležitější je jistě zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“). Tento zákon přímo stanoví právo pacienta na poskytování zdravotních služeb na náležitě odborné úrovni, a tomu odpovídající povinnost poskytovatele i zdravotnického pracovníka, přičemž náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. K tomu je možno doplnit i znění čl. 4 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, který zní: Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.

Stanovisko ČLK

Etický kodex ČLK jasně formuluje základní atribut poskytování péče :

*"Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence **svobodně volí a provádí** ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného **považuje za nejvýhodnější**".*

Základní východiska

Změna nepříznivé právní i etické situace musí vzejít především od lékařů samotných. Ve svém úsilí by však měli nalézt oporu zejména ve svých profesních organizacích. Významnou rolí České lékařské komory jako organizace hájící profesní etiku, terapeutickou svobodu a zájmy lékařů, stejně tak jako rolí lékařských odborových organizací, je tak vyvíjet důrazný tlak na odstranění nežádoucích ekonomických tlaků, motivujících lékaře k narušení vztahu důvěry a konfliktu zájmů vůči pacientovi, a poskytnout právní ochranu každému lékaři, který by v důsledku svého eticky i medicínsky korektního postoje utrpěl pracovněprávní či jinou újmu.



Vejit se do limitu, nebo vyléčit pacienta?

29.09.2011 07:22

Zdroj: Lidové noviny

Autor: Barbora Říhová

Na stole soudců leží případy sporů mezi lékaři a zdravotními pojišťovnami. Jde v nich o to, zda když lékaři nedodrží stanovený finanční limit, musí ho doplatit ze svého. "Jen praktici se s pojišťovnami aktuálně soudí v deseti případech," upozorňuje šéf lékařské komory Milan Kubek.

Výrok Ústavního soudu – cesta k anarchii nebo konečně důležitý precedens ?

"Je to dobré rozhodnutí. Škoda, že až po sedmi letech. Zásadně ale nesouhlasíme s tím, aby stát a pojišťovny omezovaly dostupnost zdravotní péče prostřednictvím limitů a pokut," řekl LN Kubek. To, že by verdikt Ústavního soudu mohl znamenat, že se limity úplně zruší, odmítá ředitel pojišťovny Metal-Aliance a viceprezident Svazu zdravotních pojišťoven Vladimír Kothera:

"Ústavní soud rozhodně neřekl, že bychom nemohli dávat sankce. Pokud lékař doloží, že musel postupovat při léčbě tak, jak postupoval, je to v pořádku. Jde nám o to, aby lékaři náklady nenařezávali svévolně."

Ondřej Dostál z Platformy zdravotních pojištěnců varuje před střetem zájmů. "Podle etických předpisů má lékař sledovat nejlepší medicínský zájem pacienta, je ale v konfliktu zájmů, protože když to bude dělat, může prodělat," upozorňuje. K tomu, zda se díky nálezu změní systém stanovování limitů a sankcí, se nechce ministerstvo zdravotnictví zatím vyjádřit. Čeká na konečné vyjádření všech soudních instancí.

Vnímání „Akce milion“ ze strany části dotázaných odborníků jako čehosi normálního, právem aprobovaného, je proto tristní; ve skutečnosti je to projev systémového ignorování ústavního a zákonného rámce českého zdravotnictví. Nejde přitom o nějakou teoretickou kritiku; jen z odpovědnostních případů, které znám z prostředí advokacie, bych mohl vybrat hned několik, kde pacient s největší pravděpodobností zemřel či utrpěl vážnou újmu nikoli pro neznalost lékaře, ale pro tvrdý manažerský tlak na poskytování nedostatečné péče za účelem dodržení úhradových limitací.

Z hlediska případné trestní sazby je významné a pro lékaře nepříjemné, že nepůjde pouze o nedbalostní, ale o úmyslné zavinění (§ 15 trestního zákona, tzv. úmysl nepřímý – lékař věděl, že svým jednáním může škodu způsobit, a pro případ, že nastane, s tím byl srozuměn).



Nečekejme, že se za nás kdokoliv z managementu postaví a zastane se v uvedených situacích ...

Základní východiska

Mending the Gap between Physicians and Hospital Executives

J. Deane Waldman and Kenneth H. Cohn

The Business of Health Care, 2007

Table 2.2
Contrasting Medical and Management Attributes

	Attribute	Providers of direct care (Medicine)		Organizational decision-makers (Management)	
1	Responsibility	Personally held		Organizational; often delegated	
2	Education	Structured. Uniform.		T	Unspecified. Highly varied.
3	How handle expertise?	Individually possess & use		H	Orchestrate. Facilitate.
4	Place in hierarchy?	On top [clinical]			On top [CEO]
5	Focus	Individual patient survival		E	Organizational survival
6	Focus of work	Individual patient			Patients in aggregate (market)
7	Time horizon	Short term			Long term
8	Gratification	Immediate and specific			Delayed or absent; diffuse.
9	Decision-making	Independent. Rapid		G	Group process. Deliberate
10	Strategic approach	Reactive			Anticipatory
11	Mgmt approach	Authoritative; act alone.		A	Collaborative, communal
12	Professionally accountable to:	Professional standards & peers, external to hospital			Hospital Board
13	Decisions impact:	Medical quality & resource use		P	Resource use & medical quality
14	Job defined by:	Accreditation, licensure			Job description
15	Healthcare changes caused a	Loss of power			Gain in power
16	Core Values	Altruism; Service; The Challenge		Altruism; Service; The Challenge	

Mgmt=management.

Základní problém

- Lékaři chtějí léčit co “nejlépe” (čti “většinou co nejdraž”)



- Ekonomové chtějí, abychom léčili co “nejefektivněji” (čti “nejlevněji”)

10. 11. 2012 | poslední aktualizace: 10. 11. 2012 18:02



Peníze na léčbu pacientů nám došly v říjnu, říká ředitel onkologického centra

Financování center onkologicky nezohledňuje skutečný počet pacientů, je paušální. Proto se centra, kam přijde během roku neočekávaně víc nemocných, dostávají do finančních potíží. Podle ředitele Masarykova onkologického ústavu Jiřího Vorlíčka hrozí, že se sníží standardy léčby.

Jak byste situaci chtěli vyřešit? My nechceme víc peněz, než kolik může stát dát. Existuje krize ve světě a nepochybně i krize v České republice, takže my pouze chceme, aby bylo řečeno, že peněz bude tolik a tolik a jestli máme snížit standardy na péči. Protože jestli bychom chtěli léčit podle evropských standardů, tak ty peníze evidentně budou chybět.

Jednou z variant je, že nějaká léčba u nás prostě nebude dostupná. Ale to je politické rozhodnutí a to musí rozhodnout politici.

Takže lékař se rozhoduje mezi finanční nákladností léku a jeho účinností? Lékař, který léčí všechny pacienty podle doporučených postupů, riskuje, že jeho pracoviště překročí paušální limit a pojišťovny léčbu nezaplatí. Lékař přijde o práci a nemocnice zkrachuje. Pokud lékař neléčí podle doporučených postupů, pak mu hrozí oprávněné žaloby ze strany pacientů, protože je to nelegální postup a pacient svou žalobu u soudu vyhraje.

My chceme, aby neměl toho černého Petra lékař u lůžka. Chceme, aby se řeklo, na co máme a aby schválené léky byly zaplacený.

“My chceme, aby neměl toho černého Petra lékař ...”

Obecné principy postupu

Key factors for our success?



Aby bylo dosaženo efektu, je nutné podniknout kroky, které už “protistrana” nebude moci dále ignorovat ...



Jaké “kroky” to jsou ? (resp. mohou být ?)

Jaké atributy naše kroky mají mít ?

- 1) Formální
- 2) Obsahové
- 3) Ostatní

Ostatní

- Pečlivě volit “témata” a být opravdu přesvědčeni, že dané téma stojí za to (“be really pragmatic and not crazy and stupid”)
- Mít podporu vlastního týmu
- Racionální a srozumitelná argumentace (SWOT)
- Nebýt destruktivní, tj. naše kroky mají “nabízet řešení a cesty k jejich dosažení”
- Vždy usilovat o formát “win-win”
- Naše řešení musí mj. obsahovat spolehlivé pojistky proti neúčelnému využívání daného postupu, který usilujeme “získat”

Formální

- Písemná forma (e-mail, dopis s č.j)
- Spolehlivě komunikaci zálohovat
- Pečlivá volba argumentů
- Pečlivý výběr adresátů a “CC”
 - Náměstek
 - Právní odbor
 - Odbor kvality
 - Jiní adresáti (podle kontextu situace)

Obsahové

- Důkladná znalost “scientific evidence” (= mít problematiku načtenou)
- Klinická zkušenost a nadhled

Autentické situace

Jak já prosazuji to co považuji za nutné ?

Struktura situací

1. Typ technologie/lék/pomůcka
2. Argumentace
3. Návrh řešení
4. Výsledek

3 reálné situace

- Nová technologie
- Nová pomůcka (SZM)
- Nový lék

Videolaryngoskop pro děti s nízkou porodní váhou

From: Cerny Vladimir <cernyvla1960@gmail.com>

Subject: LN pro chirurgicke obory

Date: October 3, 2012 18:29:18 PM GMT+02:00

To: Kabelac Karel <kabelac@fnhk.cz>

Vazeny pane namestku, Karle

dovoluji si pozadat vedeni FN o porizení videolaryngoskopu(cí ekvivalentu) pro novorozence s obtiznym zajistenim dychacich cest.

Oduvodneni:

- 1) FN nemela a nadale nema zadnou alternativni technologii pro zajisteni intubace u tech nejmensich vekovych skupin, kde z nejakeho duvodu nelze provest intubaci z anatomickych ci jinych duvodu. Donedavna nebyla zadna technika k dispozici, ted jiz na trhu existuje a to je duvod proc zadame az nyní
- 2) nezajistení dychacich cest u deti s vahou 5-10 kg je neprilis castou, nicmene fatalni komplikaci (smrt ci trvale hypoxicke poskozeni mozku), mimochodem, v nasi FN doslo k umrti z nezajistení dychacich cest a nemoznosti zaintubovat 1M kojence v roce 2010
- 3) Dostupnost alternativnich technik/pomucek pro zajistení obtiznych dychacich cest je uvadena ve vseh mezinarodnich doporučeních pro vybavení anesteziologických pracovist
- 4) existující detske bronchoskopy nejsou bohuzel dostatecne tenke k vyuziti pro intubaci z duvode nepomeru mezi lumenem fibroskopu a prumerem tech nejmensich trachealnich rourek.
- 4)ma-li byt ve FN pestovana i nadale disciplina "low weight patients anesthesia = 5-10 kg" pak pri absenci dostupnosti nejake alternativni metody nelze garantovat bezpecnou peci (v sirsim slova smyslu) pro uvadenou populaci pacientu.
- 5) uvedena technologie by mela byt sdilena s Detskou klinikou a jejimi JIP, kde se mohou podobne situace vyskytnout stejne jako na oper sale

Pevne doufam, že argumenty pro zařazení požadavku do plánu investic FN jsou dostatečně přesvědčivé a že i srovnání porizovací ceny cca 300 tis. (včetně DPH) versus náklady na případné soudní či mimosoudní vyrovnání v situaci nezajištění dýchacích cest a souvisejícího poškození mozku by mohly být podpurným argumentem v procesu rozhodování. V zadném případě nechci plně využít výhody mé informační převahy, situací podobného typu bývá opravdu málo, na druhou stranu je ale pak opravdu otázka, zda máme pacienty té nejnižší váhové kategorie, kde lze čekat obtíže při zajištění dýchacích cest dělat v naší FN. A to mluvím stále jen o plánovaných výkonech a vynechávám situace, kdy půjde o akutní stavy. Přítomnost pomůcky by samozřejmě významně zlepšila možnosti edukace daných lékařů FN v problematice difficult airway. Zmínovaný přístroj - videolaryngoskop nebude jistě v blízké době jedinou komerčně dostupnou pomůckou pro tyto účely a nejde mi o konkrétního výrobce v této chvíli, ale o to, abychom byli nějak vybaveni na situace, které nejsou časté, ale o to závažnější a kdy jsou v současnosti již dostupné pomůcky k řešení daných situací u těch opravdu i nejménších dětí (nízká porodní váha až do cca 10 kg).

Formulováním požadavku a jeho zdůvodněním považuji svou roli vedoucího pracovníka, který by měl v předstihu upozornovat vedení FN na případná rizika, navrhnout jejich řešení a odpovídat za kvalitu a bezpečnost poskytované péče za naplněnou, vše ostatní je již na vedení FN. Děkuji, že se svým podnětem budete zabývat.

Zařazeno do plánu nákupu FN ...

**Technologie a jednorázové
pomůcky na zahřívání
pacientů během anestezie v
dostatečném počtu**

Problém

- Nedostatek přístrojů pro ohřev pacientů během anestezie/operace při stávající organizaci plánování operací
- Improvizace při náhradě jednorázových pomůcek pro ohřev
- Používání jednorázových pomůcek opakovaně

Návrh řešení

- Analýza a celonemocniční databáze přístrojů pro ohřev
- Porovnání počtu přístrojů a operací vyžadujících jejich použití pro jeden operační den ve FN
- Zpráva vedení FN

Optimalizace tepelné homeostázy v perioperačním období a v průběhu intenzivní péče ve FN

Cíle projektu:

1. Optimální zajištění tepelné homeostázy u pacientů v perioperačním období (během anestezie/operace, v pooperačním období)
2. Optimální zajištění tepelné homeostázy u pacientů v intenzivní péči (IP)
3. Zajištění dostupnosti řízené hypotermie u vybraných populací nemocných v IP s důrazem na účelné využívání nákladných technologií

Východiska:



- Suboptimální stav ve FN z pohledu dostupnosti technologií zejména na operačních sálech (předpoklad je i na pracovištích poskytujících IP, zde ale data nemám)
- Zajištění perioperační tepelné homeostázy
 - Perioperační hypotermie nepříznivě a prokazatelně zvyšuje morbiditu pacientů
 - Optimální perioperační tepelná homeostáza je jedním z významných faktorů ovlivňující klinický výsledek

Návrh řešení

Návrh postupu:

1. Zařazení agendy na nejbližší jednání RCIP (Černý)
2. Zahájit neprodleně realizaci Rozvojového projektu pro ohřev na COS (Havel, Kabeláč)
3. Inventura existujících technologií ve FN na operačních sálech a JIP (KARIM, CIP, OZT)
4. Definování optimálního cílového stavu (KARIM, CIP, OZT)
 - na operačních sálech - definovat co musí být všude a co jen někde
 - na JIP - podle casemix a zaměření JIP určit nutný počet zařízení pro ohřev/řízenou hypotermii
5. Definování cílové potřeby FN a priorit pro nejbližší období (KARIM, CIP, OZT)
6. Konkrétní návrh a finanční kalkulace (Černý, CIP, OZT, OFA)

Návrh řešení

- Nutnost změny plánování velkých operací rovnoměrně tak, aby stávající kapacita přístrojů stačila pokrýt jejich počet, v opačném případě nebude anesteziologická péče pro **PLÁNOVANÝ** výkon zajištěna
- Důsledné používání pomůcek “single use only”, nebudou-li, plánovanou péčí anesteziologickou nelze zajistit

NEBO ...

- Písemný pokyn vedení FN, že máme používat jednorázové pomůcky opakovaně ...

Dosaženo: nákup dalších přístrojů, změna plánování velkých operací

Bridion

Zápis

Ze zasedání lékové komise dne 25.09.2012

- Přítomni: doc. MUDr. Petr Bradna, CSc.
MUDr. Karel Macek, CSc.
MUDr. PharmDr. Kamil Rudolf, Ph.D.
prim. MUDr. Jaroslava Voglová
- Hosté: MUDr. Pavla Paterová
prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
Ing. Daniel Macek
MUDr. Miroslav Měšťan, Ph.D.

Prezentován příspěvek nového léčivého přípravku v anesteziologické péči. BRIDION® (sugammadex) představuje nový princip antagonizování účinku aminosteroidních svalových relaxancií. Jeho použitím se stává účinek aminosteroidních relaxancií rokuronia a vekuronia plně kontrolovatelným. Tímto způsobem se tato relaxancia zařadila do skupiny tzv. soft drugs, neboli léčiv s velmi dobře říditelným účinkem. Hlavní výhoda sugammadexu spočívá v urychlení doby po kterou odeznívá nervosvalová blokáda při absenci nežádoucích účinků, kterými se vyznačovaly inhibitory cholinesterázy. Přípravek podle názoru prof. Černého musí být používán velmi výběrově a je určen pro situace, kdy neexistuje stejně účinná a levnější varianta. Vnitřní dokument KARIM vymezující situace pro jeho použití je přílohou zápisu. prof. Černý rovněž dodá odhad počtu pacientů (splňujících indikace) pro potřeby OFA. Nevýhodou jsou naopak vysoké vstupní náklady, které

Návrh řešení

- Garance “účelného používání na pracovišti” (existující standard KARIM)
- Zavedení evidence použití sugamadexu (databáze) pro zpětnou kontrolu
- Kalkulace počtu pacientů/měsíc

NEBO ...

NEBO ...

- Písemné vyjádření od vedení FN, že na Bridion nemá FN od plátců péče úhradu a že tedy ve FN nebude dostupný...

Dosaženo: Slib kalkulace nákladů na Bridion do nákladů KARIM na léky ...

Ne vždy vyhražete ...

Originální ATB
(pro tzv. nejtěžší
pacienty na ARO/JIP)

***Stanovisko vedení FN:
“...pouze generika”***



Souhrn 1

Nejsme tak bezmocní jak si často myslíme, chce to jen kombinaci

- ✓ Odhodlání, odvaha, důkladná znalost
- ✓ Používat pro věci, kde to má “smysl”
- ✓ Nebýt destruktivní, ale konstruktivní
- ✓ Vnímat že ekonomika je nedílnou součástí medicíny, ale ...

Souhrn 2

... že pořadí medicínského a ekonomického zvažování při volbě našich postupů je jasné, máme-li za péči nést vlastní odpovědnost ...

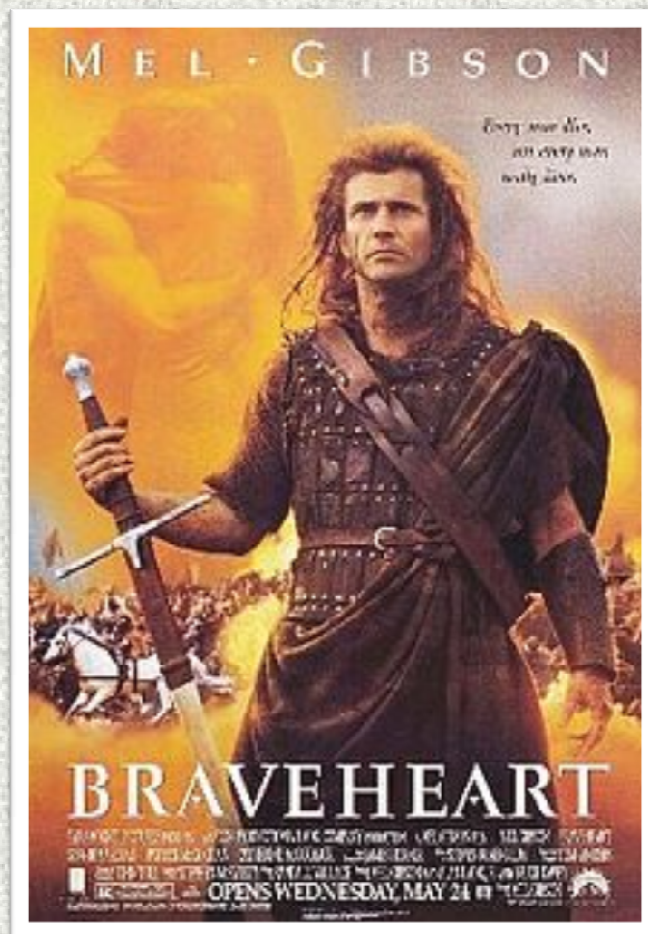
... napřed “medicína” a pak “ekonomika”, nikdy naopak

Souhrn 3

Ta největší účelná úspora v celé moderní medicíně není v tom co indikujeme nebo použijeme,

ale v tom co neindikujeme či nepoužijeme v situacích, kdy náš pacient už nemůže mít z daného postupu očekávaný prospěch

Děkuji za pozornost



cernyvla1960@gmail.com