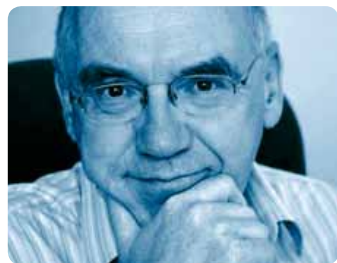


Od chvíle, kdy jsem zběhl z medicíny k organizaci zdravotnictví, slyším na většinu debat o zdravotnické reformě stále to samé: „Udělej-



te si nejdříve pořádek v Praze, a teprve pak budete mít právo nám něco vykládat o efektivitě, racionalizaci, kvalitě...!“ A mají pravdu. Léta v Praze hovoříme o nadbytečných kapacitách, o nedostatečné koordinaci péče mezi jednotlivými úrovněmi zdravotních služeb, o zneužívání snadného přístupu ke specializované péči, ale pokusů o příčinná řešení bylo jako šafránu.

Ano, Praha je pochopitelně tahounem české medicíny a své zdravotní služby poskytuje vedle Pražáků a Středočechů i vybraným pacientům z celé republiky, ale dělá to s většími náklady na jednotku produkce než kdokoli jiný. Léčení průměrného věkově standardizovaného Pražáka přijde v Česku na nejvíc peněz a příčina určitě není v jeho nadprůměrně vysoké nemocnosti. Trendem je posilování ekvity v českém zdravotnictví, vyjádřené třeba postupným sblížením výše úhrady stejné nemocniční péče, a pražskému zdravotnictví tak hrozí ztráta konkurenceschopnosti. Bylo by hříchem ne-

využit probíhající hospodářskou krizi k systémovým změnám vedoucím k nápravě.

Ministerstvo zdravotnictví, až na malé výjimky, „přímo řídí“ všechny významné pražské nemocnice. V reálu to znamená, že ministr odvolává a jmenuje ředitele jednotlivých zařízení, ale řečeno s Cimrmanem, je to asi tak všechno, co s nimi může dělat. Současné vedení ministerstva preferuje svoji normotvornou a kontrolní roli a tam, kde je to možné, usiluje o předání exekutivních pravomocí těm, kterým přísluší. Situace fakultních nemocnic se vyřeší přijetím připravovaného zákona o univerzitních nemocnicích, který je transformuje v samosprávné objekty, se správními radami volenými ministerstvem, fakultami a kraji.

Zůstává otázka, jak přistoupit k těm zbylým. Nápad řešit situaci Prahy obdobně jako u ostatních krajů je zatím tím nejlepším, co se v tomto směru vymyslelo, a navíc jsou k dispozici už téměř desetileté zkušenosti. Pro nepamětníky připomínám, že zákonem č. 290/2002 Sb. dostaly k 1. 1. 2003 kraje do správy 81 bývalých okresních nemocnic a přes všechny související peripetie to docela dobře zvládly. Nepochybují, že i Praha bude schopna se s touto výzvou popasovat stejně úspěšně, zejména když jí u toho bude ministerstvo zdravotnictví vstřícně sekundovat. Věřme, že doba pro změny již dostatečně nazrála a gordický uzel pražského zdravotnictví bude rozpleten.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jak dál s pražským zdravotnictvím?



Bohuslav Svoboda



Martin Holly



Zeno Veselík

úhel pohledu

volné fórum



Martin Dlouhý

Oldřich Šubrt



Jiří Koskuba

Jaroslav Feyereisl



úhel pohledu >

**doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.,
primátor, hlavní město Praha**

Jak dál s pražským zdravotnictvím?

Generel pražského zdravotnictví je palčivým problémem českého zdravotnictví posledních 20 let, proto jsem se rozhodl s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem přistoupit k celé této otázce s co možná nejkompexnějším řešením a věcným pohledem na danou problematiku.

Na nedávné tiskové konferenci jsme společně s ministrem Leošem Hegerem deklarovali snahu o řešení pražského zdravotnictví jako celku a rovněž jsme deklarovali snahu přihlásit se za město k lůžkovému zdravotnictví v Praze. Praha má odpovědnost o to větší, že poskytuje péči na svém území i lidem, kteří nejsou obyvateli hl. m. Prahy. Zároveň věk čistě pražských pacientů neustále stoupá a tím se mění i potřeba kladená na možnosti pražského zdravotnictví. Všechny naše myšlenky mají před sebou fázi studie proveditelnosti, přičemž hl. m. Praha bude všechny otázky generelu pražského zdravotnictví řešit ve spolupráci s odborníky na tuto problematiku, ve spolupráci s dotčenými zdravotnickými zařízeními a v neposlední řadě i s Ministerstvem zdravotnictví ČR. Cílem této studie je odpověď na otázky, zda tato myšlenka je dobrá, prospěšná pro další vývoj a úroveň lůžkové péče v Praze, zda je ekonomicky přijatelná pro možnosti hl. m. Prahy a jakým způsobem by celý převod mohl být realizován. Teprve po zodpovězení těchto otázek by se Praha rozhodla, zda převod vůbec proběhne či nikoliv. Nerozumím tedy reakci ředitele ÚPMD, protože žádné takové úvahy dosud neproběhly, neproběhla žádná diskuse o rozsahu péče, který bude ÚPMD poskytovat, natož o úrovni jím vedeného zdravotnického zařízení. Dovoluji si konstatovat, že naše úvahy jsou vedené tím, abychom Pražanům zajistili zdravotnickou péči na stávající úrovni, respektive na srovnatelné úrovni s jinými evropskými zeměmi. Poskytování zdravotnické péče je povinností hl. m. Prahy na základě statutu města.

Právě potřeba řešit pražské zdravotnictví komplexně nás vede k tomu, abychom uvažovali o větším lůžkovém zázemi než v případě dřívějších úvah o jedné metropolitní nemocnici Na Bulovce.

Ekonomické otázky musejí být při zpracování studie proveditelnosti řešeny prioritně, bez nich není možné žádné rozhodnutí vůbec přijmout. Velmi úsměvně mi připadají úvahy o tom, že naším cílem je nemocnice privatizovat. Z obecného hlediska platí, že pro kvalitu nemocnic není důležitý způsob vlastnictví nemocnice, rozhodující je v případě tzv. metropolitní nemocnice, která je nástrojem zdravotnické péče poskytované na území metropole, způsob, kvalita a rozsah poskytované péče v závislosti na potřebách obyvatelstva. Právě proto uvažujeme o převodu více pracovišť, abychom mohli tuto roli dokonale splnit a ekonomicky zvládnout.



Bohuslav Svoboda

Právě potřeba řešit pražské zdravotnictví komplexně nás vede k tomu, abychom uvažovali o větším lůžkovém zázemi než v případě dřívějších úvah o jedné metropolitní nemocnici Na Bulovce. Tato nemocnice by představovala v Praze svým objemem mizivé procento péče, a Praha by tedy v žádném případě neměla možnost ovlivňovat lůžkové zdravotnictví a fungování akutní, dlouhodobé a následné péče. Právě hrozba privatizace by nastala v případě, pokud by Praha spravovala pouze jedno zařízení. Naopak při zřízení holdinového uspořádání je schopnost odolávat podobným tlakům daleko vyšší než v případě jednoho zdravotnického zařízení.

Znovu opakují, že úvahy o změně zřizovatele lůžkové péče v Praze jsou vedeny snahou zajistit pro pražské zdravotnictví pevné ekonomické

zázemí, které pružně reaguje na potřeby akutní, chronické a následné péče a zároveň dokáže garantovat kvalitní péči všem Pražanům.

MUDr. Martin Hollý,
ředitel, Psychiatrická léčebna Bohnice

Jak dál s pražským zdravotnictvím? S psychiatrií, nebo bez ní?

No health without mental health. Věta zdůrazňující význam psychiatrie, tak trochu slogan v její emancipační snaze. Myslím, že zástupci každého medicínského oboru dokážou naformulovat podobné prohlášení, které podtrhuje právě jejich význam. A podobně většina oborů historicky prochází vývojem od řešení důsledků – léčení nemocí – ke komplexnímu pohledu s akcentem na prevenci. V čem je tedy psychiatrie tak odlišná, že její zástupci mají potřebu obhajovat její příslušnost k medicíně?

Nejvýznamnějším faktem v této problematice je záměna, respektive nejasné vymezení psychiatrické péče a péče o duševně nemocné. Psychiatrická péče je jednoznačně medicínský obor, z podstaty vice zaměřený na komplexní pohled na člověka. Plyne to z faktu, že v centru pozornosti je mozek, který řídí funkce psychické, ale i psychosomatické. Péče o duševně nemocné je problematika širší, ve svém nejužším vymezení zdravotně-sociální, možná spíše sociálně-zdravotní.

Organizace psychiatrické péče v České republice, zejména té lůžkové, vlastně z velké části kopíruje systém, který byl vytvořen koncem 19. století. I v 21. století je více než 85 % lůžkové kapacity ve velkých psychiatrických léčebnách, které byly prakticky všechny vybudovány na přelomu 19. a 20. století. Jejich velikost je sice v evropském kontextu neobvyklá (nikoli zcela raritní, jak je někdy uváděno), problémem jsou však spíše velké spádové oblasti. Ty znemožňují nebo významně ztěžují kontakt nemocných s jejich přirozeným prostředím. Psychické poruchy totiž významně zasahují do vztahových rámců nemocných a jejich včasná rehabilitace je nutnou podmínkou úspěšné léčby. Reálnou interakci nelze plně nahradit

Organizace psychiatrické péče v České republice, zejména té lůžkové, vlastně z velké části kopíruje systém, který byl vytvořen koncem 19. století.

návikem v podmínkách ústavu. V koncepci psychiatrie se počítá s rozvojem menších oddělení v nemocnicích s důrazem na to, aby byla schopna absorbovat pacienty s akutní problematikou a poskytovat kromě biologické léčby také časovou rehabilitaci. Aktuální trend je však spíše opačný. Zastoupení neléčebenských lůžek (oddělení nemocnic a psychiatrických klinik) spíše klesá, kapacita oddělení není dostatečná. Příkladem dobré praxe je Psychiatrická klinika VFN, která se bez výjimky stará o akutní pacienty z dohodnuté spádové oblasti.



Martin Hollý

Psychiatrické léčebny vyplňují v rámci svých možností mezery v systému. Poskytování akutní péče je jejich každodenní praxí. Přibližně jedna čtvrtina pacientů je propuštěna do 14 dnů od přijetí, téměř polovina je propuštěna do jednoho měsíce. Tato skutečnost není fakticky reflektována ve smluvních vztazích s pojišťovkami. Nadále jsme odbornými léčebnými ústavy poskytujícími následnou péči. Nepochybně, ale léčebny suplují také část sociální péče. Rozsah této „služby“ je obtížně definovatelný. Samotná délka hospitalizace není dobrým rozhodovacím kritériem. Jsou pacienti, u kterých průběh nemoci znemožňuje poskytování odborné zdravotní péče jinou než ústavní formou.

Podíváme-li se na region Prahy, vidíme mírně vyšší zastoupení lůžek na odděleních a klinikách (cca 18 %). Psychiatrická lůžka jsou v sedmi zdravotnických zařízeních (PL Bohnice, Psychiatrická klinika VFN, Psychiatrické centrum Praha, ÚVN, FN Motol, Thomayerova nemocnice a Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského). FN Motol, Thomayerova nemocnice a NMSKB disponují lůžky pro dětskou

psychiatrii, resp. detoxifikaci dětských pacientů v celkovém počtu 94. O dospělé populaci psychiatrických pacientů tedy pečují 4 zařízení. V PL Bohnice je 1291 lůžek, PK VFN má 131 lůžek, PCP 51 lůžek a psychiatrické oddělení ÚVN 40 lůžek. Co se týká spádových oblastí, je na základě dohody mezi vedením Psychiatrické kliniky a PL Bohnice Praha rozdělena mezi tato dvě zařízení. PK VFN poskytuje akutní péči pro Prahu 1, 2, 3 a 10; PL Bohnice pro ostatní regiony Prahy a Prahu-východ a Prahu-západ. PCP, jelikož je primárně výzkumnou institucí, nemá vlastní spádovou oblast. Psychiatrické oddělení ÚVN z velké části pokrývá potřeby Prahy 6. Lůžka následné péče jsou pouze v PL Bohnice. Praxe ukazuje, že akutní péči je v tomto systému možné zajistit bez větších problémů (pomijím fakt, že PL Bohnice nemá smluvně zajištěné financování akutní péče – letošní rok je prostorem pro jednání o nových smlouvách).

V souvislosti se systémem péče v Praze však pokládám za vhodné zmínit také jeho nedostatky. Ty souvisí na jedné straně s rozvojem péče mimo léčebnu a na straně druhé souvisí s vnitřní organizací PL Bohnice. Rozvojem psychiatrické péče mimo léčebnu je implementace psychiatrické péče do zdravotnických zařízení, kde absentuje. Její velký význam je v zajištění konsiliární psychiatrie. Často jsou k nám pacienti převáženi jen kvůli vyšetření mimo pracovní dobu.

PL Bohnice začala proces transformace péče koncentrací na kontinuitu péče u dlouhodobě nemocných pacientů. S tím souvisí rozvoj denního stacionáře, kam docházejí pacienti v době před propuštěním a také po propuštění. Reflektujeme tak riziko relapsu (s vysokým rizikem sebepoškození) právě v období prvních týdnů po propuštění. Další změnou je formace mobilní asertivní služby. Jde o multidisciplinární tým, jehož úkolem je poskytovat péči pacientům v jejich přirozeném prostředí, ať už domovů, nebo jiných forem bydlení. Tato služba se pohybuje více na hraně služby sociální, proto jsme uvítali fakt, že jsme byli přizváni do Dočasné pracovní skupiny Magistrátu hl. města Prahy zabývající se právě organizací péče o duševně nemocné. Další výzvou ve vnitřní organizaci péče je sektorizace léčebny pro jednotlivé spádové oblasti. Jde o to, aby pacient při opakované hospitalizaci přicházel do kontaktu s víceméně stejným terapeutickým týmem a ten aby byl v pružnějším kontaktu s poskytovateli extramurální péče (zdravotníky i nezdravotníky).

**Ing. Zeno Veselík, MBA,
ředitel, KPMG**

Otázky a odpovědi k tématu „Jak dál s pražským zdravotnictvím?“

Jakou roli by mělo hrát v pražském zdravotnictví hlavní město Praha?

Myslím, že vlivnou a významnou. Tedy zcela opačnou, než má dnes. Hlavní město Praha (dále HMP) by mělo v pražském zdravotnictví plnit roli minimálně spouštěcí (samozřejmě zatím vedle Ministerstva zdravotnictví ČR a například Univerzity Karlovy), odpovědnou, zajišťující minimálně střednědobou a ještě lépe dlouhodobou perspektivu, koncepci a stabilitu. Aniž by – ve srovnání s ostatními regiony ČR – nadprůměrně zdraví Pražané jakkoliv strádali nedostatkem v přístupu ke zdravotní péči, HMP žádnou z takových rolí neplní. Ani nemůže, neboť k tomu na rozdíl ode všech ostatních regionů, resp. krajů České republiky, nemá prakticky žádné prostředky. V tomto ohledu se mimo jiné významně liší i od jiných nám kulturně a geograficky blízkých evropských metropolí (Vídeň, Berlín, Paříž ...). Na území HMP se poskytuje více než celá jedna třetina lůžkové zdravotní péče poskytované občanům celé České republiky. HMP vlastní a spravuje nemovitosti, v nichž je poskytována zdravotní péče a jejichž hodnotu lze měřit v miliardách korun. Stovky milionů korun HMP ročně dává ze svého rozpočtu na provoz či investice do zdravotnických zařízení, ale na jejich fungování a rozvoj má prakticky nulový vliv. Z tohoto pohledu se mi ambice politických reprezentantů Prahy mít vliv na pražské zdravotnictví zdá být legitimní a pochopitelná.

Jaké jsou důvody pro a proti převodu některých státních nemocnic na město?

Pro převod státních nemocnic na HMP částečně hovoří má odpověď na předchozí otázku. Dále je tu skutečnost, že aktuální politika ministerstva zdravotnictví směřuje zjevně k odstranění dvojrole regulačního a dozorčího orgánu na straně jedné a zřizovatele a provozovatele zdravotnických zařízení na straně druhé. To, že by mu měla zůstat spíše role regulační a dozorčí, je z mého pohledu racionální. Pokud by tedy mělo dojít k postupnému odstátnění zdravotnických zařízení zřizovaných ministerstvem zdravotnictví, pak je aktuální situace pro Prahu jedinečná tím,

že existující politická shoda by mohla umožnit Praze dobře si vybrat. Při takovém výběru by určitě měla hrát roli struktura oborů, v nichž jsou předmětné nemocnice úspěšné a jimiž by byla ve vysoké kvalitě a efektivnosti pokryta péče v základních oborech. Dále by měl být brán zřetel na jejich geografické rozmístění na území HMP a v neposlední řadě na ekonomickou situaci daných subjektů i na kvalitu jejich managementu. Předpokládám, že plná komplexnost zdravotní péče by i nadále byla zcela pokryta fakultními a později možná univerzitními nemocnicemi, v nichž by HMP taktéž mohla mít svůj podíl. Rovněž předpokládám, že stát, respektive ministerstvo zdravotnictví připraví pro takový případ i takové právní prostředí, které zaručí vliv a garanci státu nad unikátními a strategicky významnými zařízeními (viz například Kliniku infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce). Úspěšně převzetí, dobré řízení a zvýšení efektivnosti poskytování zdravotní péče ve vybraných pražských nemocnicích by také mohlo pozitivně ovlivnit ekonomickou situaci českého zdravotnictví jako celku.

Bezpochyby jsou v celém tomto konceptu i aspekty hovořící proti. Zdravotnictví mnoha krajů České republiky má vážné až kritické problémy s hospodařením, resp. s efektivností jím poskytované péče. Všechny kraje svá zdravotnická zařízení dotují, některé však již na úkor jiných, neméně potřebných veřejných služeb, a stojí před potřebou krizového řízení. Státní nemocnice poskytují občanům na území Prahy naprosto komplexní služby a Prahu to v současné době stojí „pouhých“ pár set milionů korun ročně. Je velmi pravděpodobné, že i po výběru vhodných a dobře fungujících státních nemocnic by se HMP v budoucnosti nevyhnulo potřebě jejich částečné restrukturalizace. Na druhé straně by mohlo takovou restrukturalizaci přizpůsobit lépe svým potřebám a stejné potřebě nakonec čelit prakticky celé české zdravotnictví. HMP také nemá v současné době vlastní komplexní strategický koncept rozvoje pražského zdravotnictví a sociální péče, který by posloužil jako vodítko při správném výběru cílových subjektů při jednání s ministerstvem zdravotnictví. Je však rovněž pravdou, že se podklady pro takový materiál na MHMP již připravují a nedáv-

no zřízený samostatný Odbor zdravotní péče je zřejmým signálem, že vyšší míra ovlivňování zdravotnictví ze strany MHMP je myšlena vážně.

Jaká by měla být právní forma převedených nemocnic?

Chce se mi skoro říci, že na formě zase tak moc nezáleží. Nicméně předpokládám, že prvotní právní kroky by v případě převodu státních nemocnic na HMP bylo nutno učinit prostřednictvím zvláštního zákona. Návrh takového zákona i plán postupných kroků již existuje. V této fázi lze předpokládat, že by mohlo jít o převod státních příspěvkových organizací na příspěvkové organizace, resp. příspěvkovou organizaci HMP. Těmto krokům by jistě měla předcházet podrobná analýza hospodaření, efektivnosti a kvality poskytované péče, finančních a právních závazků předmětných subjektů apod. Aby takřkajíc Praha vybrala z možného co nejlépe. Určitě by nebylo od věci, aby převáděné organizace byly sdruženy pod jednu zastřešující organizaci, aby případně



Zeno Veselík

... aktuální politika ministerstva zdravotnictví směřuje zjevně k odstranění dvojrole regulačního a dozorčího orgánu na straně jedné a zřizovatele a provozovatele zdravotnických zařízení na straně druhé.

optimalizace struktury poskytované zdravotní péče, profesní a personální struktury, přístrojových a dalších kapacit mohly být prováděny efektivně a rychle. To by jistě významně eliminovalo řadu provozně ekonomických rizik transformace a potenciálních snah o „divoké“ privatizace. Případný následný převod na akciovou společnost by měl nepochybně řadu výhod. Jde o právně nejpracovanější formu existence právnických osob a lépe umožňuje optimalizaci majetkové struktury i eventuální vstupy strategických partnerů pro vybrané strategické kroky. V této souvislosti je ze

strategického pohledu také nutno zmínit, že před případným převodem na akciovou společnost či při dílčích privatizacích bude velmi potřebné věnovat pozornost možným omezujícím důsledkům v oblasti čerpání dotací zejména z fondů EU.

Jsou namísto obavy z jejich privatizace nebo ze zhoršení dostupnosti a kvality péče?

Určitě bych se neobával zhoršení dostupnosti a kvality výhradně z titulu převodu některých státních nemocnic na HMP. Pokud bude zachován nově nastoupený tlak na zvyšování efektivnosti poskytování zdravotní péče, restructuralizační kroky se stanou nevyhnutelnou nutností pro většinu zřizovatelů a provozovatelů zdravotnických zařízení v celé České republice. Mohou nastat situace, kdy dílčí restructuralizační kroky budou formou privatizace schůdnější, resp. efektivnější. Po převodu státních nemocnic na HMP se stanou případné privatizační kroky právně i procesně snazšími. To má svá pozitiva i negativa. Obavy z privatizace mají nepochybně své opodstatnění. Existuje, bohužel, dostatek příkladů – zejména v některých krajích – kdy výsledkem privatizace krajské zdravotnictví utrpělo. Nelze však o všech takových případech jednoznačně prohlásit, že by se zhoršila efektivnost poskytované zdravotní péče a její kvalita (zejména dostupnost) pro pacienty. Démonizace privatizace však namísto není, protože od dob prvních divokých privatizací přece jenom uplynulo již dost času, je více zkušeností, více kontrolních mechanismů a daná problematika je pod mnohem vyšší veřejnou kontrolou, než tomu bylo v minulosti.

Jaké budou hlavní přínosy uvažovaných změn v pražském zdravotnictví?

Je nutno říci, že významné přínosy budou snáze realizovatelné, pokud se předmětem takových změn stane více nemocnic najednou. Další významnou podmínkou pro dobrou průchodnost potřebných kroků vedoucích k zefektivnění jejich provozu bude, aby získané subjekty mohly být zařazeny – například ve formě divizí či oddělných organizací – pod jeden organizační celek. Praha by tak získala možnost ovlivňovat, spoluvytvářet a do potřebné míry řídit vývoj zdravotnictví na území HMP. HMP může dostat zpět pod svou plnou kontrolu svůj vlastní majetek (zejména v případě Nemocnice Na Bulovce a částečně i v případě Thomayerovy nemocnice), může získat – předpokládám bezúplatně – i další majetek. V případě vhodné restructuralizace by bylo možno využít integrovaných kapacit například pro rozvoj sociální péče, kde je Praha v porovnání s ostatními kraji zatím pozadu. Dobře fungující pražské zdravotnictví, resp. jeho vyšší efektivnost, by bezpochyby mělo pozitivní dopady i na české zdravotnictví jako celek. Proto politická vůle ministerstva zdravotnictví a MHMP k provedení těchto změn dává smysl. O potřebné komplexní přípravě uvažovaných změn, o hledání a nalezení dostatečně silné politické vůle na půdě rady a zastupitelstva HMP, resp. Parlamentu ČR a o nastavení potřebných opatření k eliminaci existujících či možných rizik bude třeba ještě jednat a cestu k průchodnému konceptu cílového řešení poctivě odpracovat.



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jakou roli by měl hrát v pražském zdravotnictví Magistrát hlavního města Prahy?
2. Jak se díváte na uvažovaný převod některých státních nemocnic na město, který by byl obdobou převodu okresních nemocnic na kraje v roce 2003?
3. Jaké v tom vidíte hlavní přínosy a možná rizika?



doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc., předseda, Výbor pro zdravotnictví, sociální a bytovou politiku ZHMP

odpovědi Martina Dlouhého:

1. V současnosti je role hlavního města ve zdravotnictví, kromě zdravotní záchranné služby, minimální. Hlavní město Praha provozuje Městskou nemocnici následné péče a MČ Praha 1 Nemocnici Na Františku. Z tohoto hlediska je jasné, že o žádné pražské krajské zdravotní politice nelze mluvit. Postavení Prahy je v porovnání s ostatními kraji výjimečné, protože pro občany jsou dostupná špičková zdravotní zařízení, a přitom se Praha nemusí o zdravotnictví vůbec starat. Jiné kraje mohou svým způsobem Praze závidět, protože vědí, že zdravotnictví potenciálně generuje problémy a natahuje ruku na krajské peníze. Podle mnoha lidí by tedy bylo ideální,

aby role Prahy zůstala i nadále minimální.

2. Z pohledu toho, že podobné převody se udály v ostatních krajích, je převod státních nemocnic na město logický. Je ovšem nutné pokračovat v diskusi o tom, o která zařízení by se mělo jednat, v jakých postupných krocích převod uskutečňovat a za jakých podmínek. Společně prohlášení primátora a ministra zdravotnictví pokládám za počátek takové diskuse, nikoliv za oznámení finálního řešení. Domnívám se, že půjde o delší proces, ve kterém může dojít k mnoha překvapením a zvrátům.

3. Zapojení Prahy do zdravotnictví by mohlo konečně rozhybat proces optimalizace nabídky zdravotnických služeb. Mezi různými zařízeními by vrostla vzájemná konkurence, mezi jinými zařízeními by naopak mohla vzniknout spolupráce, která by vedla k efektivnějšímu využití zdrojů. Ze strany hlavního města však bude obava, že jde o velká zařízení, která mohou značně zatížit napjatý pražský rozpočet. Praha rovněž nemá dosud aparát a zkušenosti s řízením velkých nemocnic. Také víme, že zdravotnictví je značně zpolitizované, již nyní se například spekuluje, že nejde o počátek pražského krajského zdravotnictví, ale o boj různých finančních skupin. Nejednotné politické postoje k převodu nemocnic jsou samy o sobě velkým rizikem pro úspěšnou transformaci.

odpovědi Oldřicha Šubrtů:

1.–3. Odpovím na otázky souhrnně. V českém zdravotnictví se událo za posledních 22 let jen několik opravdu reformních kroků. Ministr Bojar rozebral státní strukturu zdravotních služeb a dal základ pro vznik pojišťovenského systému a privatizaci činnosti. Ministr Rubáš otevřel cestu i pro privatizaci institucí, tento ve střední Evropě neobvyklý krok však neměl velký dosah. Od té doby se jen kosmeticky upravovaly platby, sazebníky, mluvilo se o DRG apod. Třetím zásadním reformním krokem byl proces deetatizace okresních a krajských nemocnic, které nebyly zřizovány MZ ČR. Přiblížili jsme se regionálnímu modelu používanému v Rakousku a Německu, kde podstatnou a páteřní síť nemocnic řídí a vlastní krajská (u nich zemská) samospráva. V každém regionu jsou tak přítomny dva typy zdravotnických subjektů: municipální a soukromý. Ve většině krajů je pak přítomen i prvek státní – nějaká přímo řízená nemocnice, ústav či léčebna. Po vzniku krajské samosprávy vznikl zajímavý fenomén. Díky tomu, že volby do krajských zastupitelstev jsou vždy v polovině volebního období Poslanecké sněmovny PČR, je prakticky jisté, že krajské a centrální vláda byly, jsou a budou z opačného politického spektra. Mimoto stát, tedy centrální vláda, „vlastní“ fakultní nemocnice, vysoce specializova-

né instituty a léčebny s neregionální působností a kraje „vlastní“ páteřní nemocnice a lokální léčebny. Je tedy nejméně dvouvrstevně založen antagonismus dvou představitelů vzešlých ze zastupitelské demokracie, kteří se ve zdravotnictví nepřehledně prolínají.



MUDr. Oldřich Šubr, CSc., MBA, předseda správní rady, Academy of Health Care Management

Praha má z těchto hledisek zajímavá specifika – kromě několika malých zařízení v soukromých, církevních nebo městských (městská část či hl. m. Praha) rukou vlastní a řídí zde podstatné kapacity stát. Volby do zastupitelstva i poslanecké sněmovny jsou v převážně středopravicové Praze v jednom čase, takže státní i místní reprezentace má stejnou stranickou či „kmotrovskou“ příslušnost, do této doby, i když jistou dobu vedená lékaři, neměl pražský magistrát ani majoritní pražská ODS zájem o převzetí práv a odpovědností ke zdravotnictví v Praze. Stojíme tedy v Praze poprvé před situací, že by vláda

i rada byly ochotny ke krokům, které by měly pražský magistrát do procesu organizace zdravotnictví v Praze více integrovat.

Při úvahách o cílech a vývoji tohoto procesu spějícího k podstatnější roli magistrátu ve zdravotnictví je důležité zhodnotit výsledky v jiných krajích, i když, jak již bylo uvedeno, Praha je v této oblasti z několika hledisek zcela odlišná. Objektivně úspěšnější byla transformace v některých krajích, kde není vysoká role státu – jižní Čechy, Vysočina, Liberec (dobře stabilizované holdingy či skupiny) nebo střední Čechy (dobře zvolená páteřní síť nemocnic a předání potenciálně zbytných zařízení soukromému sektoru). V případech nestandardních řešení se však jednalo spíše o fiasko jako v Karlových Varech (řízení svěřeno soukromému managementu), severní Čechy (management ani politici nevydrželi velké lobbistické tlaky při realizaci investičního záměru na uskutečnění z prostředků dotace EU) nebo Pardubicko (krajský management nakonec předal lukrativní zdravotnické činnosti soukromým subjektům a sám obhospodařoval jen ztrátové provozy). V krajích, kde je podstatná role jiných než krajem vlastněných subjektů, je situace většinou méně přehledná a dlouhodobější strategie pro region většinou chybí. Ale i zde jsou zajímavé příklady – soužití fakultní nemocnice a řetězce soukromých nemocnic na Olomoucku, dobrá spolupráce krajských nemocnic a fakultní nemocnice na Královéhradecku.

Praha nyní uvažuje o své roli ve zdravotnictví, kterou zatím vždy odmítala, ráda se vyhýbala finanční i společenské odpovědnosti za místní zařízení, která jsou celá dvě desetiletí zmitána

absolutně rozdílnými představami jednotlivých ministrů – „Karlák“ podpořit nebo zrušit, „Motol“ rekonstruovat rychle nebo pozvolna, „Vinohrady“ posílit na úroveň dvou dalších FN nebo naopak vytvořit zde lokální nemocnici, vytvořit velký holding (VFN, FTN, FNB), jindy vytvořit malý holding (VFN, Podolí, Homolka) nebo ještě menší (FNM a Homolka). Každý z těchto a mnoha dalších nápadů, díky úplné neexistenci zdravotní politiky v pražském regionu, spolykal stovky milionů i miliardy používané často protichůdně.

Praha by si jistě zodpovědnou zdravotní politiku vypracovanou magistrátem a MZ zasloužila. A nápad sestavit pražské zdravotnictví ze dvou městských „všeobecných“ nemocnic, tří univerzitních nemocnic, doplněných několika menšími „zbytnými“ nemocnicemi v soukromých nebo církevních rukou by mohl fungovat. A jestli má Praha ambice se starat i o moderní, vysoce specializovanou medicínu – jako nejlepší české centrum zajišťující péči o rizikově těhotné (Ústav pro matku a dítě v Podolí) nebo centra neurovaskulární a kardiocentrum v Nemocnici Na Homolce –, je to možné též uvítat; čím je vlastník podniku blíže, tím lépe. Nedovolím si pochybovat, že ti, kdo předkládají takové úvahy, jsou vysoce zodpovědní a vědí, že za vybudováním takových center excellence stojí usilí více než jedné generace specialistů a řídicích pracovníků.

Je jen zvláštní, jak lehce se zřizují a ruší fakultní nemocnice, jak lehce se dá posunovat majetek, jak bezstarostně se utápějí miliardy do rekonstrukcí... a jak neznámý je koncept

zdravotní péče v pražském regionu.

odpovědi Jiřího Koskuby:

1. Pokusím se být stručný. Jako každý jiný kraj. Pochopitelně za předpokladu, že by někdo vytvořil skutečnou a fungující koncepci českého zdravotnictví. To se, s veškerou úctou, dosud nestalo. Základní síť nemocnic s patričnou spádovou oblastí a schopností poskytnout komplexní služby stanovena nebyla. Jistě nikoho nepřekvapí, že podle mého názoru zde hlavní roli musí a jedině může hrát stát. Už jenom proto, že hranice kraje vždy nemusí odpovídat přirozené spádové oblasti. Na tomto mém názoru naprosto nic nezmění fakt, že to stát dosud absolutně nezvládl. Není mi však lhotejné, zda to neumí nebo nechce. Vše totiž nahrává zřejmým snahám o naprostou privatizaci jedné ze základních služeb a povinností civilizované země.

Mimochodem, opravdoví zdravotníci v praxi moc dobře vědí, že zachování nezbytných vitálních funkcí je základním kamenem fungování intenzivní péče. Jinak je vážně nemocný pacient ztracen. A tato země v současnosti přece vážně nemocná je. Je naprosto jedno, zda se jedná o důsledek těžkého vleklého sebepoškozování či o vnější etiologické příčiny. I když obojí je zřejmě správné.

2. Sám pan ministr na Ybóru pro zdravotnictví PS PČR pro mne poněkud překvapivě otevřeně prohlásil, že stát se neumí postarat o velké nemocniční celky. Sice nelhal, avšak právě jeho ministerstvo bohužel dělá vše pro to, aby potřebná pozitivní změna nenastala. Za podobné situace je proto minimálně pohodlné povinnosti, které nezvlá-

dá, hodit na bedra jiného. Ať je to kraj, nebo zdravotní pojišťovny. A to pomijím další možné příčiny. Jde o naprosto alarmující přístup. Mnohé kroky jsou totiž nevratné. A když už, tak za cenu obrovských problémů.



MUDr. Jiří Koskuba, poslanec PS PČR, primář II. interního oddělení Nemocnice Na Bulovce

Za chybu považuji i kvapem proběhlé „odfakultnění“ dvou pražských špitálů. A nejen proto, že kupříkladu na naší Bulovce působí všechny tři lékařské fakulty. Ten spěch je rovněž minimálně podezřelý. Rovněž nezapomínejme, že nelze pominout některé skutečné důsledky zmíněných předchozích převodů v jiných krajích. Nelze přece tvrdit, že efekt byl jenom pozitivní. Pravda, někdy byl, i když nikoliv pro systém samotný, pochopitelně! Ale pro ty, kteří se mohli, uměli či měli na něm přizívit.

3. Jako jistý přínos bych možná viděl, nejsou-li nějaké vedlejší zájmy, bližší vazbu na zřizovatele. Jako letitý zaměstnanec Bulovky totiž nemohu říci, že by se o ten náš špitál ministerstvo nějak horlivě zajímalo. V pozitivním slova smyslu,

pochopitelně. Byli jsme opravdová Popelka mezi fakultními nemocnicemi. Zato něco rušit jim zase takový problém nedělalo: traumacentrum, byť byl opraven za peníze Prahy heliport umožňující i noční přistání; pak iktové centrum, i když nejbližší neurologie severním směrem je skoro na hranicích Čech.

Abych se přiznal, rizik vidím daleko více, například v možném záměru privatizace. O lukrativnosti samotných pozemků vysoko nad Vltavou ani nemluvě. Bohužel přízněji se mi, že v tomto směru málokoho soudného a férového nejen posledně prosáklé odposlechy mohou uklidnit. Naopak, je to děsivé. Pro Prahu mi pak takový záměr připadá jako velké sousto. Zanedbanost mnohých budov a vnitřního vybavení je více než katastrofální. Přitom se vše zdrazuje, a navíc Prahu samotnou se chystají někteří politici obrát v rámci projednávaného zákona o rozpočtovém určení daní.

Bohužel nemohu ani říci, pan současný ředitel VZP mi jistě promine, že Bulovka a Thomayerka měly zrovna nejlepší zkušenosti s tzv. triumvirátem. Obávám se, že to může dopadnout stejně.

Nu a nelze přehlédnout ani fakt, že obě zmíněné nemocnice neposkytují péči jen Pražanům, ale měly by ji poskytovat i nejbližším oblastem Středočeského kraje. Přitom platby obou z nich patří při srovnání s jinými FN k těm nejnižším.

A mohl bych pokračovat. Je ve mně již mnoho hořkosti a nedůvěry. Stačil mi totiž loňský zřejmě pokus přímo na lidech, kdy byla zrušena akutní lůžková péče ve vysočanské nemocnici. A celý spád přeměrován

na nás. Například naše interna se náhle musí na 73 akutních postelích postarat o 190 000 lidí. Hospitalizační standard 21. století budete hledat marně. Hospitalizovaným a jejich příbuzným se to pochopitelně nelíbí. Stejně jako nám, kteří se o ně chceme a musíme co nejlépe postarat. Vynadáno však dostáváme jenom my. Jsme totiž po ruce. Ty, kdo o tom někde rozhodli, to očividně nezajímá a nepálí. Oni si jen „odfajfkovali“ snížení počtu akutních lůžek.

Stojí Praha o podobné problémy? Nemá jich už s DP, čističkou, tunely aj. dost a dost? Já jsem se v Praze narodil, nepřeji jí proto nic špatného.

odpovědi Jaroslava Feyereisla:

1. Magistrát hl. města Prahy je zodpovědný za kvalitu a dostupnost zdravotní péče pro občany regionu Praha. Diskutabilní otázkou zůstává, zda má magistrát být vlastníkem zdravotnických zařízení dedikovaných pro občany Prahy, anebo smluvně

spolupracovat s MZ ČR. Zdravotnická zařízení na území Prahy s celostátní působností by měla být provozována v jiném režimu než municipální nemocnice.



doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc., ředitel, Ústav pro péči o matku a dítě

2. Krátké historické zkušenosti potvrzují, že se změnou

vlastníka nedochází ke zlepšení zdravotní péče a její dostupnosti a že osud těchto zdravotnických zařízení je velmi variabilní.

3. Přínos plánované koncepce je hypoteticky pouze ekonomický, ale kalkulace ekonomické výhodnosti je velmi složitá, protože nedokážeme definovat finální velikost plánovaného holdingu a z toho vyplývající příjmy a náklady. Obecně je holding výhodný pouze při optimální velikosti a počtu dceřiných společností. Nevýhody jsou v oblastech provozu zdravotnických zařízení, vědy a výzkumu, pregraduálního a postgraduálního vzdělávání, mezinárodní spolupráce, zavádění inovativních léčebných metod a velmi pravděpodobně i rozsahu poskytované péče. Vzhledem ke skutečnosti, že plánovaná koncepce nebyla konzultována se všemi subjekty, nelze se detailně k možným přínosům nebo případným rizikům tohoto procesu jednoznačně vyjádřit.

