Euro forum

Třetí konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě

Patří do zdravotnictví slovo „byznys“?

Klíč třetí: role poskytovatelů zdravotní péče

Hledání odpovědí na klíčové otázky ozdravení zdravotnického systému v ČR dospělo na platformě Euro Fora do své poloviny. Na třetí konferenci z kontinuálního cyklu běžícího již od dubna tohoto roku diskutovali odborníci problematiku zdravotnických zařízení, jejich efektivního řízení, restrukturalizace a transformace i optimálního poskytování zdravotní péče.

Konference se konala 23. června 2005 už tradičně v kongresovém sále hotelu Pyramida v Praze 6. Navázala na předchozí dvě diskuse Klíč první: poznání šíře a hloubky problému financování zdravotnictví aneb Jak dlouho je ještě současný systém udržitelný? (duben 2005) a Klíč druhý: postavení občana v systému zdravotnictví aneb Reforma zdravotnictví: pacient, nebo občan? (květen 2005). Také tentokrát ji uspořádal Institut ekonomických studií (IES) při Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy (FSV UK) v Praze.

Příští konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě se pod názvem Klíč čtvrtý: role zdravotních pojišťoven aneb Zdravotní pojišťovny - bankomaty, nebo nákupčí? uskuteční v září roku 2005. Přesný termín konání bude v průběhu měsíce srpna zveřejněn na webových stránkách Euro Fora.

Veškeré informace jsou k dispozici a registrace probíhají na adrese: www.euro-forum.cz nebo euroforum@bisonrose.cz nebo na infolince: 233 014 035.

hlavní partneři projektu:

Cisco Systems

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

mediální partner:

Hospodářské noviny
Obsah rozhoduje

odborný partner:

Medical Tribune

Registrace účastníků

V roli moderátora se do cyklu konferencí Euro Forum vrátil Ing. MPhil. Ondřej Schneider, Ph.D., zástupce ředitele Institutu ekonomických studií FSV UK a šéfredaktor časopisu Finance a úvěr. Ondřej Schneider přednáší i na pražském campusu New York University a od června 2002 je místopředsedou Institutu pro sociální a ekonomické analýzy ISEA. Pracoval také jako konzultant pro Mezinárodní měnový fond, Světovou banku a OECD. Po nezbytném poděkování všem hlavním, odborným i mediálním partnerům konference bylo jednání třetího nepolitického odborného fóra zahájeno.

V dopolední části programu vystoupili čtyři přednášející s následujícími příspěvky:

1. **MUDr. Karel Filip, CSc., MBA, CMC Graduate School of Business**
   Možnosti a meze zlepšení řízení ve státní zdravotnické organizaci

2. **MUDr. Marek Potysz, Euromednet**
   Možnosti zvýšení efektivity a kvality služeb poskytovaných okresní nemocnicí po její transformaci na obchodní společnost

3. **Baldur Johnsen, BSCS, MBA, Fakultní nemocnice Landsspitali, Island**
   Nemocnice jako poskytovatel služeb

4. **Ing. Petr Kymlička, Deloitte Czech Republic**
   Aktuální poznatky z restrukturalizace nemocnic v ČR a SR

MUDr. Karel Filip, CSc., MBA

V roce 1975 ukončil studium na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy v Praze.

Atestaci I. stupně v oboru vnitřní lékařství získal roku1979, atestaci II. stupně v roce 1989. V roce 1987 se stal kandidátem lékařských věd, v roce 1997 získal atestaci z diabetologie a v roce 1998 z veřejného zdravotnictví. Titulu Master of Business Administration dosáhl na The Garvin School of International Management v Arizoně roku 2004.

Karel Filip je členem mnoha odborných společností. Je autorem nebo spoluautorem řady vědeckých publikací v domácím i zahraničním tisku a spoluautorem tří monografií. V letech 1991-2004 byl ředitelem Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) Praha.

V současné době pracuje v IKEM jako lékař na částečný úvazek a jako interim president působí na CMC Graduate School of Business v Čelákovicích.

MUDr. Karel Filip, CSc., MBA

„Ministerstvo zdravotnictví neplní funkci zřizovatele“.

Možnosti a meze zlepšení řízení ve státní zdravotnické organizaci byly hlavním tématem příspěvku Karla Filipa na konferenci Euro Forum. V jeho úvodu definoval hlavní problémy řízení státních nemocnic. Ministerstvo zdravotnictví podle něj neplní funkci zřizovatele. Ředitel je za vše odpovědným fackovacím panákem bez podpory zřizovatele. Funkce dozorčí rady je často jen formální. „Jednotlivá oddělení mají silnou tendenci k autonomii, což je dáno jednotlivými odbornostmi. Tato tendence se projevuje především v pavilonových nemocnicích,“ řekl Karel Filip. K dalším problémům řízení státních nemocnic patří váznoucí komunikace mezi managementem a zaměstnanci v duchu hesla „my a oni“, nejednotná strategie, problematická motivace a individualismus versus týmová spolupráce. „My, lékaři, jsme většinou silné individuality,“ připomněl jednu z potíží komunikace uvnitř zdravotnického zařízení.

Velkou pozornost Karel Filip věnoval příspěvkovým organizacím ve zdravotnických zařízeních. Mezi právnickými osobami v členských státech Evropské unie nemají analogický protějšek. „Velkou nevýhodou je omezená právní subjektivita. Příspěvková organizace nevlastní majetek a není schopna ručit za své závazky,“ uvedl Karel Filip. Příspěvkové organizace dále podle zákona nesmějí přijímat půjčky a úvěry s výjimkou překlenovacího úvěru při zpoždění plateb od zdravotních pojišťoven. Státní příspěvkové organizace nelze slučovat, rozdělovat, zřizovat nové ani je jinak měnit, pokud to nestanoví zvláštní předpis. Vztah příspěvkové organizace a zřizovatele je administrativně, ekonomicky a organizačně komplikovaný a nepřehledný, bez stanovení konkrétní odpovědnosti za hospodaření. Při ziskové činnosti tyto organizace platí daň z příjmu, ale při ztrátě ji nemají možnost v dalších letech odečíst v daňovém přiznání.

Za problém příspěvkových organizací Karel Filip považuje platy, jejichž výše závisí zejména na počtu odpracovaných let a pracovní funkci, nikoliv na množství a kvalitě vykonané práce. Manažeři nemocnic mohou dosáhnout nejvýše 14. třídy a lékaři 15. platové třídy. Mimotarifní složky platu omezuje regulace. „Chcete-li zaměstnancům zaplatit více, dostanete se do problémů,“ vzkázal přítomným. Odměny manažerů v nemocnicích by podle jeho názoru měly dosáhnout úrovně obvyklé v obchodních společnostech.

A jaké existují možnosti zlepšení současné situace? Karel Filip navrhuje deetatizaci. „Stát

je špatným správcem i zřizovatelem nemocnic. Otázkou pouze je, zda mají vzniknout obchodní nebo obecně prospěšné společnosti," prohlásil. Funkce zřizovatele fakultních nemocnic by podle jeho názoru měla být svěřena univerzitám, u ostatních nemocnic městům či krajům. Nemocnice potřebují také decentralizaci a strategický plán nejméně na pět let. Důležité je i manažerské vzdělávání vedoucích lékařů.

MUDr. Marek Potysz

V roce 1991 ukončil studia na Lékařské fakultě Univerzity Palackého Olomouc. Prvou atestaci v oboru ARO získal v roce 1994, druhou v roce 1998. Studoval MBA, veřejné zdravotnictví, na Harvardské univerzitě a na univerzitě v Cambridge. V letech 1997-2004 byl ředitelem Nemocnice Podlesí Třinec. Nyní je předsedou představenstva a generálním ředitelem skupiny Euromednet, a. s.

MUDr. Marek Potysz

Motto: „Privatizace je přesun odpovědnosti za fungování nemocnic".

„Problém zdravotnictví řeší celý svět, nejen Česká republika," předeslal svůj příspěvek Marek Potysz. Téma jeho přednášky znělo Možnosti zvýšení efektivity a kvality služeb poskytovaných okresní nemocnicí po její transformaci na obchodní společnost.

Za hlavní trendy zdravotních systémů ve světě označil decentralizaci, korporatizaci, privatizaci a odpovědnost za náklady. „Vnímejte privatizaci jako kultivační proces. Jde o přesun odpovědnosti za fungování nemocnic," vyzval Marek Potysz. Za cíle zdravotní politiky ideální vlády označil dobré zdravotní výsledky občanů, dosažené za nízkých nákladů. Systém financování zdravotnictví by měl pacienty chránit před těžkou finanční zátěží v nemoci. Výsledky léčby a finanční zátěž by měly být v souladu.

Zdravotnictví podle Marka Potysze splňuje kritéria byznysu, neboť existují klienti (pacienti), plátci (zdravotní pojišťovny), trh (množina současných a potencionálních klientů), regulace, vysoká etika podnikání a konkurenti (nemocnic je, jak známo, hodně). Proto by zdravotnictví mělo být řízeno podobně jako jiné obory. „Nemocnice v dnešních podmínkách jsou zastaralé. Příspěvkové organizace jsou přežitek socialismu. Nemocnice je firma jako každá jiná," uvedl. Proto musí umět hospodařit, dosahovat kladného hospodářského výsledku, kontrolovat náklady, přezaměstnanost a tak dále. Rovněž musí mít dostatek kompetencí, exekutivních pravomocí a manažerských znalostí a zkušeností.

Marek Potysz seznámil účastníky semináře s konkrétním postupem řízení nemocnice po převzetí do skupiny Euromednet. Úvodní, tříměsíční etapu, představuje krizové řízení. Následuje konsolidace, která zahrnuje především ustavení tří až pěti lídrů oborů z řad primářů nebo vedoucích lékařů, kteří pak již sami školí další lídry. V poslední etapě přichází zavedení řízení kvality. Pokud jde o nemocnici v řetězci, musí podle generálního ředitele Euromednetu především projít všechny výše zmíněné kroky po převzetí. Poté je

nezbytné na základě lokální poptávky s ohledem na geografickou dostupnost definovat rozsah základní zdravotní péče. Profilace nadstavbových oborů musí být určena na základě potřeb a synergií řetězce. V popředí přitom stojí kvalitativní kritéria představovaná především erudicí prokazovanou dostatečným počtem výkonů.

V rámci restrukturalizace nemocnice je nutné definovat její strukturu na příštích pět let, rychle provést změnu, většinou snížit počet lůžek a spojit oddělení při zachování či dokonce rozšíření spektra služeb. Nezbytné je zpravidla také snížení počtu administrativních a částečně zdravotních pracovníků.

Marek Potysz v závěru svého vystoupení zveřejnil návod, co by měli dělat manažeři nemocnic: nekrást, ale nechat se zaplatit, využít výhody množství inteligentních lidí kolem sebe, vyhodit úředníky, jít příkladem a být skromní.

Baldur Johnsen, BSCS, MBA

Má více než dvacet let zkušeností v oblasti informační technologie včetně vytváření systémů, realizace sítí, operací IT a marketingu a prodeje počítačových systémů. V průběhu posledních deseti let řídil činnosti IT v nemocnicích - nejprve jako vedoucí IT pro Reykjavik Hospital. Později po sloučení Reykjavik Hospital a National University Hospital v roce 2000 se stal ředitelem IT pro Landspítali - University Hospital. Před nedávnem tuto pozici opustil, aby se mohl věnovat poradenství v IT doméně zdravotní péče v Evropě a v USA.

Od samého vzniku v roce 2000 působí v plánovacím výboru Islandské sítě informací o zdravotní péči (Icelandic Healthcare Data Network). Je členem společnosti pro informace a řídící systémy pro zdravotní péči (Healthcare Information and Management Systems Society - HIMSS), akademie pro informace a výkonné pracovníky ve zdravotní péči (College of Healthcare Information and Management Executives - CHIME) a společnosti pro výpočetní techniku (Association of Computing Machinery - ACM).

Baldur Johnsen, BSCS, MBA

Motto: „Velkou roli hraje informovanost občanů a jejich přístup k internetu“.

Ve svém příspěvku s názvem Nemocnice jako poskytovatel služeb se Baldur Johnsen zabýval především výhodami informačních technologií ve zdravotnictví. „Lidé mají díky informačním technologiím lepší přístup k informacím o svém zdravotním stavu a možnostech a způsobech léčby,“ řekl. Dále uvedl dva charakteristické rysy současného trhu péče o zdraví. Prvním je nedostatek informací a druhým morální riziko. Podle něj zákazníci (pacienti) dosud postrádají informace, které jsou nezbytné k tomu, aby si mohli kvalifikovaně vybrat zdravotnické služby. Morální riziko spočívá v tom, že za zdravotní služby obvykle platí třetí strana, což lékaře stimuluje k nadměrné nabídce lékařských služeb.

Řešení této situace mohou podle Baldura Johnsena přinést informační technologie, především přístup k internetu co nejširší veřejnosti. Internet nabízí velké množství informací o lékařských službách a možnostech výběru pro pacienty. Evropský statistický úřad Eurostat zjistil, že právě na Islandu používá nejvíce lidí, bezmála

80 procent, internet k hledání a výběru zdravotnických služeb. Ve Spojených státech amerických je to polovina populace. V ostatních evropských zemích s výjimkou Dánska činí tento poměr méně než 30 procent, někde je dokonce i pod deseti procenty.

Kdy a jak konkrétně mohou informační technologie pomoci pacientům? Prakticky ve všech fázích nemocničního řetězce od příjmu, přes stanovení diagnózy, léčbu, předpověď průběhu choroby a výsledku léčby, rehabilitaci až po konečné propuštění. „Všechno záleží na individuálním rozhodnutí pacientů – způsob léčby, ubytování v nemocnici, stravování a tak dále," uvedl Baldur Johnsen.

Účastníci semináře měli možnost se seznámit s některými elektronickými formuláři a zobrazovacími službami, které se používají ve Fakultní nemocnici Landspítali, což je největší zdravotnická instituce na Islandu, zabývající se všemi lékařskými specializacemi a většinou subspecializací. Jak připomněl Baldur Johnsen, „nejnebezpečnějším nástrojem v rukou lékaře je tužka. Na vrub ručně psaných, nečitelných či chybně opsaných zdravotnických záznamů jde například až 10 procent všech pochybení v medikaci pacientů." Elektronické formuláře zahrnující všechny procesy i subprocesy neboli tzv. produkty nemocniční péče se týkají záznamů laboratorních vyšetření, radiologie, stanovení diagnózy, podávání léků, ambulantních návštěv pacientů a dalších důležitých údajů. „Jsou velmi přehledné a je proto snadné jim porozumět," řekl Baldur Johnsen. Digitální zobrazení přináší nemocným především nižší dávku radiace a celkově menší rizika, lékařům zase vyšší kvalitu informací, úsporu nákladů za nákladné filmy a jejich vyvolávání a podobně. Velkou výhodou je také možnost přístupu k obrazovému digitálnímu zpracování kdykoli a odkudkoli, což se týká i jiných poskytovatelů zdravotnických služeb.

Na závěr Baldur Johnsen stanovil cíle, kterými by se měly řídit nemocnice: být s nabízenými službami blíž pacientovi, podporovat a usnadňovat komunikaci mezi pacientem a poskytovatelem služeb, monitorovat okolnosti a zabránit vážným příhodám a rozšířit roli nemocnic na poskytování preventivních služeb.

Ing. Petr Kymlička

Získal titul inženýra na Vysoké škole ekonomické v Praze, v současnosti je partnerem v divizi Consulting firmy Deloitte. Jako projektový manažer působil v mnoha projektech zaměřených na strategii, restrukturalizaci, organizaci a lidské zdroje, controlling a zvýšení výkonnosti firem. Specializuje se hlavně na vybraná odvětví průmyslové výroby - stavebnictví, strojírenství, chemický, zpracovatelský, automobilový, energetický a elektrotechnický průmysl. V oblasti poradenských služeb pro klienty působící v sektoru průmyslu patří ke špičkovým a nejzkušenějším konzultantům. Rovněž řídil řadu poradenských projektů v segmentu zdravotnictví, které firma Deloitte realizovala v posledních letech na území České a Slovenské republiky.

Ing. Petr Kymlička

Motto: „Nemocnice musejí mít strategický plán činnosti".

„Ano, do zdravotnictví zcela jistě patří byznys, ale má určité limity u všech zúčastněných stran," odpověděl na otázku čtvrté konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě Petr Kymlička. „Máme zkušenosti především s fakultními nemocnicemi, například s FN Brno, FN Motol, FN s poliklinikou Bratislava a dalšími. Nejzajímavější projekt ovšem probíhá v současné době. Jedná se

o sloučení šesti bratislavských nemocnic a vytvoření největšího zdravotnického zařízení ve střední a východní Evropě," představil poté společnost, kterou na konferenci zastupoval.

Ve FN Brno a FN Motol usiluje Deloitte o vytvoření koncepce a implementace nákladového a kalkulačního systému, nastavení modelu ekonomického řízení a zprůhlednění toku nákladů. Ve FN Motol navíc provádí personální audit zaměřený na úsporu nákladů na úrovni obslužných a správních útvarů. Ve fakultní nemocnici Ružinov se jedná o provozně ekonomický audit, v brněnské Nemocnici Milosrdných Bratří o crash analýzu medicínských a obslužných provozů s definicí potenciálu úspor nákladů.

Jedním z typických opatření, která musí podle zástupce společnosti Deloitte realizovat úspěšné zdravotnické zařízení, je optimalizace procesů, z níž lze odvodit jak změny organizace a systému řízení, tak i řadu významných restrukturalizačních kroků směřujících ke zlepšení péče a zvýšení efektivnosti (například outsourcing). „Nemocnice musejí mít strategický plán činnosti, jehož konkrétní kroky směřují zejména dovnitř nemocnice. Je možné ovlivnit polovinu až dvě třetiny faktorů a na ně pak zaměřit pozornost," prohlásil. Zdravotnická zařízení podle jeho názoru musejí rovněž převzít principy moderního cost controllingu, a na tomto základě pak identifikovat nákladovou stránku poskytovaných zdravotních výkonů a služeb (stanovení nákladů na pacienta či případ).

S ohledem na strukturu nákladů je možné považovat za jednu z nejkritičtějších oblastí řízení zdravotnického zařízení zajištění nákupu, ať již v oblasti léků, zdravotnického materiálu, potravin, zdravotní techniky a různých služeb. Moderní supply chain management může zdravotnickým zařízením pomoci k dosažení významných efektů. „Sledování léků a zdravotnického materiálu může ve velkých nemocnicích uspořit až několik milionů korun ročně," řekl Petr Kymlička.

Obdobně jako v podnikatelské sféře je dnes již nepředstavitelné efektivní řízení zdravotnického zařízení bez podpory informačních systémů. „Lepší nebo horší informační systém má dnes každá nemocnice," řekl zástupce Deloitte. I přesto, že se zdravotnictví trvale potýká s nedostatkem finančních zdrojů, je třeba i zde vytvářet prostředí, které umožní diferencovat odměňování podle výkonnosti jednotlivých pracovníků. „Tarifní mzdy a platové tabulky jsou problémem českého zdravotnictví," připustil Petr Kymlička.

PANELOVÁ DISKUZE

Otázce, zda slovo byznys do zdravotnictví patří, nebo ne, se věnovali i účastníci odpolední panelové diskuse. Zúčastnili se jí: Mgr. Tomáš Cikrt, Koalice pro zdraví; Ing. Jiří Hromadník, Cisco Systems Czech Republic; MUDr. Milan Kubek, Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů; Ing. Vratislav Matys, hlavní ekonom VZP ČR a MUDr. Jiří Pekárek, Koalice soukromých lékařů.

Panelová diskuze začala tentokrát bez obvyklých úvodních vystoupení panelistů. Otevřel ji Ondřej Schneider záměrně provokativním srovnáním. Vzpomněl totiž svých zkušeností z působení pro ČEZ a uvedl, že mu oblast zdravotnictví připomíná problémy energetiky. Obě odvětví mají na jedné straně velký potenciál rozvoje, na straně druhé na nich leží stín přeregulovanosti a různých očekávání mnoha zájmových skupin, která nedovolují dostatečnou dynamiku.

Milan Kubek poté vyjádřil svůj názor, že ve zdravotnictví už byznys dávno je, a to byznys pro kohokoli, jen ne pro lékaře. Čím více roste vzdálenost od hrany život versus smrt a od rozdělení lékař versus pacient, tím se na zdravotnictví živí všechny zúčastněné subjekty lépe a lépe. Nicméně do zdravotnictví nepatří jen slovo byznys, ale také slovo služba. Proto Milan Kubek nesouhlasil s Karlem Filipem, který vyjádřil svůj osobní názor, že by se ve zdravotnictví mělo privatizovat všechno, co jde. Milan Kubek si nemyslí, že to je recept na všechno.. Šel by raději cestou francouzského zdravotnictví, které prý při průzkumech názorů obyvatel vyšlo jako nejlepší v Evropě. Jeho základní síť tvoří veřejné non-profitní nemocnice a vedle nich existují i soukromá sanatoria. Ta údajně provádějí selekci pacientů i diagnóz a snaží se neposkytovat nelukrativní služby, proto musí být základní péče zajištěna veřejnou sítí.

Doslova do vosího hnízda píchl Milan Kubek ve chvíli, kdy připomněl, že jako provozovatel soukromé ordinace zná problematiku jak z pohledu zaměstnance, tak zaměstnavatele a provozovatele. „V momentě, kdy jsem účastníkem systému veřejného zdravotního pojištění, jsem, s velkou nadsázkou řečeno, v pozici určitého zaměstnance vůči pojišťovně. Každý měsíc vezmu své papíry, jdu pokorně žmoulat čepici v ruce na VZP a čekám, jestli mi zaplatí, co jsem udělal, nebo ne. To je daň za účast v systému, který mi naopak zase zaručuje, že ke mně pacienti chodí, protože kdyby měli platit všechno hotově, asi by jich tolik nebylo. Nestydím se za to, že jsem součástí veřejného zdravotnictví, musím plnit určité podmínky,

Účastníci panelové diskuse (zleva): MUDr. Milan Kubek, Lékařský odborový klub - Svaz českých lékařů; Mgr. Tomáš Cikrt, Koalice pro zdraví; Ing. Jiří Hromadník, Cisco Systems Czech Republic; Ing. Vratislav Matys, VZP ČR; MUDr. Jiří Pekárek, Koalice soukromých lékařů a moderátor konference Ing. MPhil. Ondřej Schneider, Ph.D., IES FSV UK Praha

MUDr. Milan Kubek

přináší mi to určité nevýhody, ale i výhody," řekl Milan Kubek doslova.

Na kontroverznosti dodal poté diskuzi z auditoria i MUDr. Petr Kocian z oční kliniky Lexum. „Poskytovat zdravotní péči je jeden z nejúžasnějších byznysů, jaké znám," řekl. „Mám zajištěné zákazníky i platbu. Nemusím se o nic starat. Občas sice musím zkousnout, že mi pojišťovny zaplatí o dva měsíce později. Ale pořád lepší než stavět domy a snažit se od odběratelů získat peníze." Připomněl svou zkušenost s efektivitou řízení malé nemocnice. S kolegy z dalších zdravotnických zařízení tenkrát zahájili projekt společných nákupů. „Obsáhli jsme asi 8 procent českého trhu a společným postupem se nám u dodavatelů podařilo snížit cenu infuzních roztoků o 20 procent. V podstatě jsme rozbili trh," uvedl Petr Kocian - a závěrem dodal další názor, který nezaznívá často: „Na růstu nákladů nemocnic se podílejí lékaři. Ať už tím, že jim je jedno, s čím pracují, nebo dokonce korupcí. Lékaři - oftalmologové nedávno jednali o tom, že by bylo nejlepší implantovat pacientům akrylátové čočky, ale systém na to bohužel nemá. Ale ani jeden z nich se ovšem nepřiznal, že každý chirurg dostává řádově stovky až tisíce korun za každou implantovanou čočku od té či oné konkrétní firmy. A tak je tomu všude – od léků přes přístroje až po materiál."

Jiří Pekárek reagoval na Milana Kubka tím, že nechápe, proč by služba neměla být zároveň byznysem. „Byznys přece není jen to, když si jdu koupit rohlík, ale také když si nechám vyčistit šaty. Ledaže byste připojil slovo veřejná, a pak se blížíte koncepci paní ministryně, se kterou nemohu souhlasit a raději se přikloním k názoru, že má být všechno privátní," prohlásil. Připomněl také, že pochyby o tom, zda má či nemá být zdravotnictví bráno jako služba, nejsou jen domácí. Projednává se nová direktiva EU o liberalizaci služeb a velmi vážně se očekává, že pod vlivem zejména německých korporací, ale také bývalého britského ministra zdravotnictví, bude zdravotnictví jako služba z oblasti byznysu vyčleněno a řešeno zvláštní direktivou.

Soukromá lékařka z Prahy 7 doktorka Rypová si v auditoriu povzdychla nad nedostatečným oceněním práce lékaře. „Chodím na konzilia do nemocnice a mám za to 90 Kč hrubého. Chci zedníka na chatu a on si řekne o 100 Kč čistého. Takže jsem horší než zedník?" Z vlastní zkušenosti pak zpochybnila transformaci nemocnic, zejména s ohledem na dostupnost péče pro pacienty. „Jezdím o víkendech do transformované nemocnice v Příbrami. Slouží zde vždy do 22 hodin - poté musejí pacienti s akutními problémy cestovat za ošetřením až do Prahy. Je to normální, aby takhle fungoval špitál?" zakončila své vystoupení otázkou.

Za provozovatele soukromých nemocnic jí odpověděl Marek Potysz. Podle jeho názoru slouží mnohdy v nemocnici naopak nadbytek lékařů. Na druhou stranu vyslovil názor, že lékaři ze soukromých ambulancí, kterých je nepoměrně více, by měli svým nemocničním lékařům v zajištění ústavních pohotovostních služeb kolegiálně vypomáhat.

Ekonomický pohled do diskuze vnesli poté Vratislav Matys a Jiří Hromadník. Ten první jako reprezentant VZP prohlásil, že z jeho úhlu pohledu je zdravotnictví byznys v dobrém slova smyslu. Je to poskytování služby za úhradu. Mělo by být nějak organizováno a řízeno sofistikovaným způsobem, který vede k tomu, aby byla služba poskytována efektivně tomu, komu poskytnuta být má, a uhrazena tak, aby to odpovídalo nákladům.

Jiří Hromadník zase vyslovil názor, že s tím, jak populace stárne, má pracovní síla, tedy občan v ekonomicky produktivním věku, vyšší bonitu. Proto očekává, že si jej zdravotnický sektor bude vážit stejně jako například banky nebo cestovní kanceláře a tomu budou odpovídat i nabízené služby. Zdravotnictví se od jiných oborů v ekonomických zákonitostech neliší. Jde jen o to přijít na to, jak co nejefektivněji využít omezených zdrojů.

V diskusních příspěvcích zazněla i řada zajímavých čísel. Pro větší přehlednost vám je nabízíme v následujícím samostatném bloku:

MUDr. Pavel Hroboň, M. S. (v reakci na otázku paralelní existence veřejných nemocnic a soukromých sanatorií):

„Obraz Evropy protkané sítěmi veřejných nemocnic pouze doplňovaných privátními zařízeními možná platil před deseti či dvaceti lety, ale nikoli dnes. Ve Velké Británii, dlouholeté arcibaště angažování se státu ve zdravotnictví, dnes Národní zdravotní služba běžně kontraktuje péči se soukromými poskytovateli. Ve Francii je 30 % celkové lůžkové kapacity v soukromých rukou. Fungují v rámci povinného pojištění a dělají stejnou práci jako státní nemocnice – až na to, že v průměru o 30 procent levněji! Jednoduše proto, že jim systém víc nezaplatí a státní nemocnice dostávají o třetinu více peněz jenom proto, aby byly udrženy při životě, protože jsou neefektivní."

Vratislav Matys (v reakci na nedostatečné ocenění práce lékařů):

„S oprávněnými náklady a jejich úhradou je to složité. Nabízím vám svou osobní interpretaci toho, co se stane ve druhém pololetí tohoto roku. Pravděpodobně nevyjde úhradová vyhláška, VZP a ostatní pojišťovny zvýší úhrady o 3 % u akutních lůžek a o 13 % u lůžek následné péče. A to vše v situaci, kdy budeme mít na konci července asi až 11 miliard korun po lhůtě splatnosti. Vyplatíme tedy 103, respektive 113 procent za 90 procent poskytované péče. To je, jako by vláda řekla Škodě Mladá Boleslav: dostanete 103 procenta svých příjmů z loňského roku, zvyšte platy svým zaměstnancům a stačí, když vyrobíte jen 90 % aut. A nemáte-li na mzdy, nekupujte karoserie a ušetříte!"

Milan Kubek (v reakci na dotaz z auditoria, zda by jménem odborů souhlasil s tím, aby byl vyšší plat lékařů odvozován od zisku nemocnice):

„Bylo by to dobré, kdyby to fungovalo. Jenže ono to nefunguje. Alespoň statisticky, nevylučuji, že v jednotlivých případech to fungovat může. Průměrné příjmy lékařů ve státních nemocnicích činily v roce 2003 36,5 tisíce korun, ale v soukromých jen 32,5 tisíce korun. To je rozdíl 11 procent v neprospěch lékařů pracujících v privátních zařízeních, která by měla ze své podstaty generovat zisk. U zdravotních sester, které jsou na trhu práce zranitelnější, činil tento rozdíl dokonce 19 procent."

MUDr. Lubomír Berka, CSc. (v reakci na srovnání zdravotnických systémů u nás a ve světě):

„V Německu byl mezi roky 1994 a 1997 sveden tvrdý politický boj o ocenění zdravotnických služeb. Výsledkem bylo, že ceny stouply a počet výkonů klesl o 30 až 40 %. Když k tomu sáhli Němci, musíme k tomu sáhnout i my. Mluví-li se o vyšších cenách u nás, pojišťovny logicky vynásobí nové žádoucí ceny počtem starých výkonů, jejichž cílem je zpravidla dokrývat finanční bilanci ústavu.

Víme-li, že v USA se na zdravotnictví dává 14 - 16 % HDP, neříká se, že na péči o zdraví lidí z toho jde mnohem méně. Když jsem tam pracoval, bylo to přesně polovina. Ta druhá šla na administrativu a právní ochranu zdravotnických subjektů, ze kterých byly skupiny právníků připraveny dřít kůži.

Vratislav Matys (v reakci na dotaz Milana Kubka, proč pojišťovny tvrdí, že se bude jejich

deficit prohlubovat, když by podle dohodnutých opatření měly jejich výdaje kopírovat příjmy s cílem deficit naopak vyrovnat):

„Počítejte se mnou: v roce 2004 bylo vybráno 106 miliard, náklady činily 112 miliard, deficit tedy činil 6 miliard korun. V roce 2005 stoupnou příjmy i se započtením odkupu pohledávek o 6 %, budou tedy asi 112 miliard. I kdyby náklady vůbec nevzrostly a byly stejné jako v roce 2004, stejně zůstane zachován loňský deficit. Ve skutečnosti ovšem náklady bezpochyby stoupnou o 6 %, takže naše výdaje budou 118,5 miliardy a deficit se prohloubí na 12,5 miliard korun. V roce 2006 by měl výběr vzrůst o 5 %, takže získáme 118 miliard, náklady vzrostou hypoteticky - osobně tomu moc nevěřím - opravdu jen o 3 % na 121 miliard korun. I tak je tam další deficit asi 3,5 mld. Kč, dohromady 16 miliard korun. Opatření tedy nic neřeší."

V roli pohotového glosátora se osvědčil Tomáš Cikrt, jehož poznámka charakterizuje celý průběh diskuze nejlépe:

„Očekával jsem, že se zde bude hovořit o tom, jak zabránit tomu, aby se v budoucnu zhoršila dostupnost a kvalita péče pro pacienty. Že právě na to budou poukazovat ti, kteří nesouhlasí s privatizací. Namísto toho jediný, kdo zde více hovořil o zájmech pacientů, byl ředitel soukromé společnosti doktor Potysz, zatímco všichni ostatní mluvili jen o byznysu. To je pro mne opravdu zajímavý poznatek..."

Závěrečné občerstvení – sponzor Sanofi-Aventis

Bulletin byl připraven ve spolupráci s odborným partnerem konference Medical Tribune.