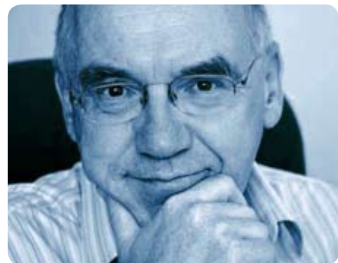


**P**odnikavost nás posouvá kupředu a je spojena s rizikem, disciplína stabilizuje a dává jistotu. Obojí je stejně důležité, potřebujeme Lukačoviče i Volej-



níky, jedny, aby objevovali nové a zlepšovali staré; druhé, aby zajišťovali fungování společnosti a do našeho všedního života vnášeli předvídatelnost. Ve zdravotnictví to platí stejně, jenom máme trochu problémy s vymezením pojmů, rozdělením rolí a zvládnutím emocí.

Na otázku, zda patří podnikání do zdravotnictví, si samozřejmě musíme odpovědět ano. Za to, že dnes nedostaneme při infarktu morfin do zadnice, ale stent do ucpané koronárky, nevděčíme pětiletým plánům ministeruských úředníků ani výzvám typu dohnat a předejnat, ale velmi přízemním zájmům lidí, kteří chtěli vydělat na tom, že vymyslí, vyrobí, vyzkouší a prodají něco opravdu potřebného. Teď se sice těšíme z dobrodiní šance na plnohodnotný život po infarktu, ale zase si nejsme jisti, zda za to neplatíme víc, než bychom mohli. A to platí pro celé zdravotnictví. Medicína toho umí stále více, ale zdravotnictví jako systém, který má zajistit dostup-

nost jejích služeb občanům, za ní pokulhává. Hlavním specifíkem dnešního zdravotnictví není to, že se dotýká zdraví a životů lidí, ale panující cimrmanovská nerovnost mečů, regulace nastavené na minulou válku a gloriola neziskovosti. Zisk, který je všude jinde vnímán jako emočně neutrální pojem informující o schopnosti přizpůsobit svoji nabídku poptávce, má ve zdravotnictví hanlivý cejch.

Bude to mít více důvodů. Jistě se tu promítá věčná touha po světě, kde se každému dostává podle jeho potřeb, přes často oprávněný pocit, že si podnikatelé vyjednávají s pojišťovnami lepší smlouvy, až po naši podvědomou naštanovanost na někoho, kdo vydělává na penězích, které jsem já musel povinně odevzdat. Řešením není podnikání ve zdravotnictví zatracovat, protože bez něj to opravdu nejde, ale nastavit mu takové podmínky, aby soutěž o naše peníze byla férová a my se mohli těšit z kvalitních služeb za přiměřené ceny.

Nebyl bych to já, abych si nepřihřál svoji polévku, že klíčem k budoucnosti je proměna občana z prosebníka v zákazníka. Pro zdravotnictví nemáme jinou alternativu řešení než regulovaný trh a to, nad čím je potřeba debatovat, je podoba a parametry regulací. Velmi se těším na budoucí dohodu a ještě více na období, kdy se zisk ve zdravotnictví stane zdrojem společenské úcty a obdivu.

*Příjemné počtení přeje  
MUDr. Pavel Vepřek*

## Patří podnikání do zdravotnictví?



Pavel Vajskebr

úhel  
pohledu

Jaroslav Tvarůžek



Pavel Baránek

## volné fórum



Jana  
Ryšlinková

Jan  
Švejnar



Josef  
Mrázek

Michal  
Mejstřík



Jan  
Stránský

Jiří  
Schlangner



## úhel pohledu >

**Ing. Mgr. Pavel Vajskebr,**  
generální ředitel a předseda představenstva,  
Česká lékárna, a. s.

### Je zisk ve zdravotnictví něco nemorálního?

Jako ekonom vystudovaný v postkomunistické éře jsem přesvědčen, že pro zdravý rozvoj každého trhu (včetně zdravotního) je nutné vybudovat takové konkurenční prostředí, kde zisk funguje jako základní měřítko úspěšnosti jednotlivých soutěžitelů. Jedině tak získává zákazník (klient) za své peníze maximální hodnotu. Důvod je prostý – bez zisku není žádná společnost schopna dlouhodobě udržet svůj rozvoj. Pokusů s přerozdělováním peněz podle jiných kritérií než podle poptávky a nabídky jsme si v minulém století užili dosytosti a není třeba opakovat stejné chyby. Jak se moje teoretické základy ověřily v praxi?

#### Příklad 1 – Distribuce léčiv

Od roku 1991 až do roku 2001 jsem byl zaměstnan v jedné z úspěšných distribučních firem na léky a posléze jsem ji i řídil. Co se díky uvolnění podnikání a konkurenčnímu boji v této oblasti

změnilo? Na začátku 90. let byly lékárny zásobovány řádově tisíci různými produkty pouze

**Pro zdravý rozvoj každého trhu (včetně zdravotního) je nutné vybudovat takové konkurenční prostředí, kde zisk funguje jako základní měřítko úspěšnosti jednotlivých soutěžitelů.**

několikrát týdně na základě telefonické nebo faxové objednávky. Za tuto službu si distributor účtoval 12% přírůžku. Dnes distributor zásobuje lékárny minimálně dvakrát denně řádově desítkami tisíc různých produktů na základě elektronické objednávky, a to vše za přírůžku cca 3–5%. Je špatné, že ti distributoři, kteří přežili tvrdý konkurenční boj, dnes realizují zisk? Já si myslím, že za takto razantní zvýšení produktivity si ho zaslouží.

#### Příklad 2 – Soukromá nemocnice

Od roku 2001 až do roku 2004 jsem se podílel

na řízení soukromé nemocnice. Tato nemocnice obnovila svoji činnost na začátku 90. let jako restituce rodině původního zakladatele. Po celou dobu svého novodobého působení byla vystavena konkurenčnímu prostředí státních, posléze krajských nemocnic. Když tyto státní nemocnice čerpaly dotace a státní prostředky mimo standardní platby



*Pavel Vajskebr*

od zdravotních pojišťoven, tato nemocnice se musela snažit maximálně zefektivnit svůj provoz, aby tento netržní konkurenční boj přežila. Dnes je ziskovým zařízením a veškeré vydělané prostředky investují majitelé zpět do nemocnice. Základem podnikání nemocnice bylo maximalizovat komfort pacienta, zefektivnit léčbu a být dobrým zaměstnavatelem pro odborný personál nemocnice. Je odměna ve formě zisku, který tato nemocnice investuje do svého dalšího rozvoje, něco špatného? Já jsem přesvědčen, že kdyby tomu tak bylo, nenavštěvují dnes tuto nemocnici další a další klienti, kteří přicházejí za kvalitní péčí.

#### Příklad 3 – Lékárenská činnost

Od roku 2006 jsem ředitelem sítě lékáren. Díky liberálnímu podnikatelskému prostředí v této oblasti má dnes klient možnost výběru z 2200 lékáren, kde žto v roce 1990 jich bylo o něco více než 1000. Za tuto dobu řada lékáren zkrachovala a řada nových vznikla. V přiro-

**Myslím si, že našemu zdravotnictví by dnes nejvíce prospělo jeho odpolitizování – a to podle mého názoru bez řízené privatizace nepůjde.**

zeném tržním prostředí tak na trhu zůstaly pouze ty lékárny, které něčím oslovily své klienty. Ať to bylo kvalitou nabízených služeb, cenou nebo svým umístěním. V roce 1990 byla průměrná přírážka lékáren vyšší než 35% a dnes se i při takto široké síti pohybuje pod 30 %. Troufám si tvrdit, že bez liberálního prostředí v lékárenství by dnes klient lékárny nedostával takovou kvalitu za tyto ceny.

Myslím si, že našemu zdravotnictví by dnes nejvíce prospělo jeho odpolitizování – a to podle mého názoru bez řízené privatizace nepůjde.

**MUDr. Jaroslav Tvarůžek,**  
předseda představenstva,  
Nemocnice sv. Zdislavy, a. s.

## Privátní subjekty ve zdravotnictví

Zdravotnictví není nijak zvlášť specifickou oblastí trhu. Alespoň pokud jde o standardní ekonomické a manažerské postupy. Nakonec ani v oblasti odborné to není šamanismus, ani žádné čarování. Je to prostě a jednoduše služba. To jsou východiska. A teď k odlišnostem.

Lékař pracuje se zdravím a psychikou pacienta. To je předmět jeho zájmu a jeden z jeho nejdůležitějších nástrojů. Z toho vyplývá, že privátní subjekt ve zdravotnictví má jedinou cestu: úzkostlivě dodržovanou etiku a morálku, doplněnou nejvyšší profesionalitou. Jedině vysoce erudovaný profesionál dělá minimální chyby, a dovede je navíc správně vyhodnotit, a tudíž neopakovat. Jedině přísně e t i c k é p o s t u p y a t o, čemu se starosvětsky říká morálka, probouzí

**První zásah dle mého soudu vyžadují pojišťovny. Je téměř lhostejné, zda budou státní, privátní, municipální, oborové, podnikové či jaké, jen by si měly skutečně konkurovat.**

v pacientovi důvěru a pocit, že je ve správných rukou. Nakonec to ani není pocit – on v takovém případě v těch nejlepších rukou je.

V prostředí českého zdravotnického trhu umějí vedle sebe dobře koexistovat privátní subjekty, subjekty zřizované municipalitami (a je lhostejné, jakou mají právní formu) a subjekty zřizované státem. Svou činností se dobře dopl-

ňují, a dokonce může být jejich činnost vzájemně výhodná. V prostředí malého města a venkovského regionu je dokonce privátní forma ve zdravotnictví velmi vhodná. Typickým příkladem je Velké Meziříčí – město, ve kterém působí naše nemocnice. Ve městě a okolí není jediné krajské, městské ani státní zdravotnické zařízení (vyjma krajské záchranné služby, která



*Jaroslav Tvarůžek*

je ale dnes kvůli dennímu tréninku na dálnici D1 opravdu spíše „emergency“ západního stříhu než skvadrou českých sanitářů), přesto se zde lidem dostane nadstandardní péče. Soukromé ordinace praktiků, privatizovaná poliklinika s privátními odbornými ambulancemi, privátní poskytovatel lékařské služby první pomoci a nakonec naše nemocnice, která poskytuje plnou šíři standardních „každodenních“ výkonů, doplněnou o úzce specializované odbornosti, které dosahují výborných výsledků. Zkrátka – každý privátní subjekt v regionu Velkomeziříčska našel svoji niku, vyplnil ji poskytovanými službami a systém dnes funguje velmi dobře. Neumím si však představit, že by tomu tak bylo v případě, že by ty niky hledal nějaký velký municipální subjekt, nemotivovaný potřebou každodenní obživy. Lidé z Velkého Meziříčí by pravděpodobně za zubařem jezdili do Jihlavy a za chirurgem do Brna.

Nemocnice sv. Zdislavy, a. s., kterou vlastním, může po pěti letech úspěšného ekonomického a odborného provozu začít bilancovat. Naše ortopedie v roce 2007 operovala 492 endoprotéz kolenního a kyčelního kloubu, z toho 100 miniinvazivních aloplastik kyčle. To je nejvíce na Vysočině. Ve stejném roce zahájilo činnost naše Centrum robotické chirurgie Vysočina. Za první rok provozu se nám pomocí robota da Vinci podařilo úspěšně operovat 200 pacientů, z toho 100 radikálních prostatectomií pro lokalizovaný karcinom prostaty. Vzhledem k celkovému počtu

radikálních prostatektomií v Česku je 100 výkonů velmi respektovaným počtem. Letos jsme do programu specializované chirurgické péče přidali ještě implantace Brindleyho neurostimulátoru (ten umožní pacientům s transverzální míšní lézí, neboli vozíčkářům, ovládat svěrač močového měchýře, kontinenci stolice a také erekci). Ve světě se tento výkon provádí pouze na 30 pracovištích, v České republice pouze v Mostištích.

Tato čísla mne opravňují k tomu, abych jasně, vážně a velmi nahlas řekl: jedině odbornost a etika jsou tou cestou.

Provozování nemocnice, ordinace či polikliniky není obchodní případ. Pokud někdo chce

provozovat zdravotnické zařízení s tím, že je to cesta ke zbohatnutí, představa je pro celý privátní

**Řešení pro vlastníka je jediné – pomalu, trpělivě a opravdu každodenní prací svůj podnik budovat v plné šíři výkonů, krůček po krůčku a nesnit o tom, že si koupím bavoráka už za týden.**

sektor ve zdravotnictví vážně nebezpečí. Za prvé: nezbohatne, zkrachuje. Za druhé: s největší pravděpodobností poškodí některého ze svých pacientů a vrhne tak špatné světlo na své ostatní kolegy. Rychle se nedá zbohatnout z jednoho prostého důvodu: pojišťovny dnes nejsou kvalifikovanými nákupčími zdravotní péče pro své klienty, ale spíše zprostředkovateli plateb. Proto se v systému najdou výkony, které jsou pro lékaře prodělečné, spolu s výkony, které naopak jsou ekonomicky vyvážené. V praxi to znamená jediné – zlatokop to rychle zjistí (většinou to dobře ví a s tím do toho jde) a soustředí se na „smetanu“. Odtud také mimochodem pramení ta populistická politická obava z privátních peněz v oboru.

Samozřejmě, že dotyčný jedinec pak vede svůj podnik od desíti k pěti až k samému zániku. Ví to dobře, přesně z těchto důvodů byla naše nemocnice v této situaci v době, kdy jsem ji koupil. Řešení pro vlastníka je jediné – pomalu, trpělivě a opravdu každodenní prací svůj podnik budovat v plné šíři výkonů, krůček po krůčku a nesnit o tom, že si koupím bavoráka už za týden. Řešení pro systém je také jediné: není možné, aby byly nějaké takzvané „nelukrativní“ obory. To znamená jen a jen to, že je něco špatné. Nemůžu přece kupovat boty s tím, že za ně platím méně, než stojí. Pokud chceme do prostředí

českého zdravotnictví vnést parametry 21. století, musíme o tomto oboru uvažovat s chladnou hlavou – bez populistických výkřiků a emocí.

První zásah dle mého soudu vyžadují pojišťovny. Je téměř lhotežné, zda budou státní, privátní, municipální, oborové, podnikové či jaké, jen by si měly skutečně konkurovat. Jedině tak se totiž stanou tím, čím mají být – odborným zástupcem svého klienta na velmi odborném trhu služeb. Jeho nákupčím, jeho ochráncem, jeho průvodcem. Druhý zásah pak vyžaduje rámec neboli mantinely. Je třeba vymezit hranice tak, aby se už nikdy nemohla opakovat situace, kdy mi před třemi lety volala novinářka s otázkou, zda jsem připraven na to, že moji nemocnici převzme nucený správce. Víte, dvacetileté děvče pod populistickou masáží klidně převzalo slovník z padesátých let a vůbec jí to nepřišlo divné. Tam by měly být obecné mantinely – nikdo by se v demokratické zemi neměl bát o to, zda se změnou vládní strany nepřijde o majetek. A je lhotežné, zda provozuje nemocnici, slévárnou nebo pekařství.

**MUDr. Pavel Baránek,  
majitel společnosti, Santé, s. r. o.**

## Podnikání ve zdravotnictví – ano či ne?

Zřejmě není jiný druh lidské činnosti, kolem něhož by byly právě na toto téma vedeny nekoněčné polemiky jako ve zdravotnictví. Většina z nás si pamatuje socialistickou variantu zdravotnictví, o němž se s oblibou říkalo, že když se narodilo, stály mu u kolébky tři sudičky. Jedna mu říká: „.... až budeš dospělé, budeš na světové úrovni...“, druhá dodá: „.... až budeš dospělé, budeš pro všechny...“ a ta třetí: „.... až budeš dospělé, budeš zadarmo...“. Potom se rozletí dveře a u kolébky stojí čtvrtá, nepozvaná a našťavým hlasem křikne: „.... ale nikdy to nebude dohromady...“. Víím, že jde o vtip je notoricky známý a otrepaný, ale je dobré si ho připomenout, protože totiž sám tak trošku dává na otázku odpověď. Socialismus se snažil vyvolávat iluzi, že jsou si všichni lidé rovni, a pod touto zástěrkou vytvářel Sanopzy, aby ti rovnější měli péči na světové úrovni a zdarma. Centrální řízení a naprosté zprůměrování nabídky péče nefungovalo ani za dob minulých.

Když po revoluci zdravotnictví nastoupilo na svou novou cestu, hned na počátku devadesátých let se ukázalo, jak obtížné bude je kultivovat. Snad díky konzervativnosti oboru, snad lobistickým tlakem lékařů ve vedoucích funkcích, snad stále silným sociálním náhledem politiků na problematiku zdravotnictví se opakovaně snahy o liberalizaci zdravotnictví rozmělnily a vyšly do ztracena. Tak na rozdíl od ostatních oborů zůstalo zdravotnictví v mnoha ohledech zdravotnictvím podobným tomu předchozímu. Nakonec se ani není čemu divit, když se propásla doba těsně po revoluci, kdy byla česká populace připravena přijímat změny. Po pár letech se už nedotažené vztahy ve zdravotnictví začaly zdát normálními. Došlo k částečnému odstátnění sítě poskytovatelů – především ambulanci sféry v úrovni jednotlivých praxí, vzniklo pár nových zařízení s komplexní péčí nebo naopak úzce specializovaných, zprivatizovalo se několik lůžkových zařízení.

Snaha z poloviny devadesátých let o prodej poliklinik a nemocnic zkrachovala. Její neúspěch vůbec nepřekvapí, když nebyla prakticky žádná reálná šance investici do koupě zařízení splatit. Provoz takových zařízení byl (a dosud je) nemilosrdně v rukou úředníků pojišťoven a úhradových mechanismů, které mají pramálo chuti hodnotit kvalitu a efektivitu péče. Navíc fakt, že dle platné legislativy bylo vše týkající se péče pojišťovnami plně hrazeno, neumožňoval žádnou formu soutěžení, a tudíž ani možného vyššího výdělku pro zařízení.

V polovině devadesátých let se již česká populace lišila majetkem a představami o životní úrovni i kvalitě služeb. Prakticky ve všech segmentech hospodářství jsme se setkávali s klientsky orientovaným přístupem, jen naše zdravotnictví se až

Vraťme se ale zpět ke zdravotnictví jako celku. Platí zásada, že čím je řešení jednodušší, tím je správnější. Naše zdravotnictví se však od této zásady na míle vzdálilo. Doposud má charakter centralisticky řízeného. V legislativě jako by chyběl pohled na privátní část, již doposud není dána možnost za lepší služby požadovat lepší platbu, doposud při



*Pavel Baránek*

navazování vztahu s pojišťovnou nehraje roli ekonomická efektivita pracoviště atd. Centralistické tendence při řízení postupně dovedly zdravotnictví do situace, kdy bylo snazší šikovně podvádět a tím si vydělat peníze než se snažit být prostě lepší a tím i ekonomicky stabilnější. Snaha o omezení nežádoucích jevů bez ochoty řešit problém koncepčně – léčit příčinu, a ne následek – sice řeší dílčí detaily do stále větších podrobností, ale vytváří jen sérii dalších problémů k řešení. Přitom tím hlavním nedostatkem našeho zdravotnictví je fakt, že v něm chybějí správné motivace a autoregulační vztahy jsou nahrazeny nekonceptními legislativními zásahy. Poskytovatel není motivován k lepšímu a ekonomičtějšímu výkonu, pacient není motivován ke správnému hospodaření s prostředky zdravotního fondu, pojišťovny nemají motivaci segregovat kvalitnější od méně kvalitních a méně efektivních poskytovatelů.

Již dlouhou dobu se tak ukazuje potřeba změny v systému, která by motivace nastartovala. Současné snahy o reformování zdravotnictví se vlivem názorové nejednotnosti (a možná i díky blížícím se volbám) zpomalují a jejich naplnění se vzdaluje. Bohužel. Jejich myšlenka je však bezpochyby správná: kultivovat systém z místa, které má největší dopad na jeho fungování. Pokud se zmiňované motivace spustí na úrovni pojišťoven, bude bezpochyby tlak na konkurenci mezi nimi založený na kvalitě nabízených produktů a za nimi stojících služeb poskytovatelů. Výsledkem je

**Hlavním nedostatkem našeho zdravotnictví je fakt, že v něm chybějí správné motivace a autoregulační vztahy jsou nahrazeny nekonceptními legislativními zásahy.**

mi přáteli s požadavky na „lepší servis“. Většina proseb směřovala k obecnému zajištění kontaktu na „kvalitního lékaře“. Po pár zprostředkovatelských pokusech jsem byl zavalen dalšími a dalšími požadavky, až jsem se rozhodl tuto činnost institucionalizovat.

na několik málo výjimek stalo popelkou. V té době jsem začal být jako lékař stále více atakován svými

spokojený a zdravý pojištěnec, za jehož péči ručí jak lékař (jako doposud), tak pojišťovna, která má nově motivaci uspět na trhu před konkurencí.

Historie se opakuje, a tak opět existují kritici, kteří podobně jako jejich předchůdci za socialismu poukazovali na společenskou nebezpečnost soukromého vlastnictví výrobních prostředků, dnes jiní poukazují na zneužitelnost privatizace zdravotních pojišťoven. Je však třeba mít na mysli tolikrát prokázanou pravdu, že nejhorším správcem je právě stát. Navrhovaný model reformy vlastně relativně snadnými kroky rozplétá klubko nelogičnosti. Pokud bude chtít pojišťovna uspět na trhu před konkurencí, bude se muset postarat o spokojenost pojištěnce. Ta logicky pramení z jeho zkušenosti s kvalitou péče, a to zdaleka ne jen odbornou, ale i s kvalitou přístupu personálu, kvalitou prostředí, promptností služeb a řadou dalších atributů. To logicky vede k faktu,

že aby byl spokojený pojištěnec, musí být spokojen i poskytovatel. Konkurence na trhu poskytovatelů může být motorem

**České zdravotnictví potřebuje ... kvalitní pravidla spravedlivá pro všechny účastníky, potřebuje transparentní model fungování s dobrými kontrolními mechanismy a potřebuje konkrétní vlastnickou strukturu na úrovni pojišťoven.**

zvýšení kvality péče i po odborné linii. Je samozřejmé, že i tento model má svá úskalí, ale na rozdíl od toho aktuálně aplikovaného alespoň socialisticky nepotírá základní (téměř biologické) potřeby člověka a nenahrazuje je pustými administrativními zásahy.

Z uvedeného asi vysvítá úhel mého pohledu na podnikání ve zdravotnictví. Jsem přesvědčen, že každý stát má mít zdravotnictví nastavené dle kulturních a ekonomických tradic. Pokud tu tedy existovalo zdravotnictví, které proklamovalo bezplatnost, je třeba toto mít na zřeteli. To však nebrání nic možnosti zavést autoregulační mechanismy do jeho řízení, nebrání to možnosti privatizace pojišťoven (ovšem s nástroji na jejich kontrolu), nebrání to privatizaci definované části sítě poskytovatelů (se zachováním sítě poskytovatelů s dostatečnou mírou vlivu státu). Dokonce to ani nebrání možnosti (ale rozhodně ne povinnosti) kofinancování péče z jiných zdrojů.

Doposud se však bohužel nenašel dostatek vůle a odvahy k otevření možnosti vícezdrojového financování péče. Přitom zde jsou jasné důkazy, že je akceptovatelné po zavedení promyšlených pravidel. Umožnění spoluúčasti v oborech stomatology v úhradách za léky rozhodně nevedlo ke zhoršení péče nebo zhoršení dostupnosti a je jasným důkazem, že to možné je.

Již téměř čtrnáct let jsme na trhu služeb zdravotní péče jako poskytovatel. V poslední době stále častěji vystupujeme i v roli manažera péče. Za dobu našeho působení se nám podařilo najít funkční podobu koexistence privátní – podnikatelské sféry a státem organizované péče. Naši pacienti se rekrutují ze všech příjmových skupin. Zkušenost nás jako podnikatele ve zdravotnictví je jasná: české zdravotnictví potřebuje obě formy – tržní i státem garantovanou. Potřebuje kvalitní pravidla spravedlivá pro všechny účastníky, potřebuje transparentní model fungování s dobrými kontrolními mechanismy a potřebuje konkrétní vlastnickou strukturu na úrovni pojišťoven. Tím lze zajistit přirozené motivace všech účastníků péče a dlouhodobě udržitelnou funkčnost systému.

Nadace  
**OPEN SOCIETY FUND PRAHA**

**o. s. Občan děkuje za podporu  
Nadaci Open Society Fund Praha**

**Předchozí čísla newsletteru Občan v síti, archiv článků dr. Vepřeka  
a další informace k tématu reformy zdravotnictví najdete na stránkách**

**[www.sdruzeniobcan.cz](http://www.sdruzeniobcan.cz)**

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Myslíte si, že je podnikání ve zdravotnictví zásadně odlišně od jiných oblastí?*
2. *Jaká rizika má, podle Vás, podnikání ve zdravotnictví jak pro pacienty, tak i pro samotné podnikatele?*
3. *Jaký vývoj v této oblasti skutečně očekáváte v nejbližších letech?*



*RNDr. Jana Ryšlinková CSc.,  
děkanka, US Business School  
Praha*

*odpovědi Jany Ryšlinkové:*

1. Základní otázkou je, zda má podnikání ve zdravotnictví být tím, čemu se v angličtině říká „mission-driven“ nebo „market-driven“. Tedy zda rozhodování každého podnikatele ve zdravotnictví se má řídit především odpovědí na otázku, zda to, co činí, je správné z pohledu jeho lékařského poslání, i když z pozice čistě podnikatelské to pro něj není nejvýhodnější. Jistě všichni chceme, aby každý lékař měl především na mysli naše zdraví, což by paradoxně mělo znamenat, že by se měl chovat tak, abychom jeho služeb museli využívat co nejméně. Ale to je situace každého opraváře. Naštěstí pro lékaře, naše těla prostě jsou a budou poruchová...

Podnikání ve zdravotnictví má v sobě také zabudovanou jednu zásadní odlišnost od většiny

ostatních oblastí: za poskytnutou službu neplatí klient přímo, ale prostřednictvím své pojišťovny. Také služba, kterou zdravotnictví nabízí, je složitá: to, chce klient-pacient získat, je jeho zdraví. Ale to je výsledkem jeho vlastního chování v kombinaci s lékařskou pomocí a používaných léků. Výsledek závisí na velmi komplexním procesu, jemuž jen mizivé procento pacientů rozumí. A v neposlední řadě je téměř každý občan dříve nebo později klientem, přičemž většinu služeb potřebuje až v době, kdy přestává být ekonomicky aktivní.

Myslím, že odpověď na první otázku tedy zní: ano, je odlišné.

2. Riziko pacienta je v tom, zda poskytovaná služba je vždy „mission-driven“, tedy zda veškerá rozhodování lékaře jsou vedena pouze starostí o jeho zdraví a zda bude mít vždy dostatek finančních prostředků na poskytnutí té nejlepší možné péče. Na straně druhé, pokud celkové prostředí určující platby za lékařské zákroky a léky není správně nastaveno, riskuje každý lékař-podnikatel, že zkrachuje.

3. To nevím. Reforma zdravotnictví je nutná, měla by do sebe vstřebat více prvků podnikatelského prostředí (a tedy ekonomičtějšího chování celého systému), ale nesmí přitom ztratit ze zřetele ten nejdůležitější cíl: co nejlepší službu pacientům. Nebude to ani jednoduchý, ani krátký proces.

*odpovědi Jana Švejnara:*

1. Je velmi podobné podnikání v jiných oblastech služeb, které

jsou pro lidi důležité a kde má poskytovatel služby lepší informace o kvalitě služby než klient.



*prof. Jan Švejnár, ekonom,  
Michiganská univerzita*

2. Pro občany existuje riziko, že služby ve zdravotnictví budou nedostatečné nebo nekvalitní, jestliže nebude tvrdá konkurence mezi podnikateli anebo jestliže nebude kvalitní regulace podnikatelů s monopolní silou.

3. Myslím si, že dojde k privatizaci některých nemocnic.

*odpovědi Josefa Mrázka:*

1. Odpověď se rozpadá na dvě části podle toho, o jaké zdravotnictví jde:

A) Nejprve, když jde o zdravotnictví, které poskytuje zdravotní péči garantovanou Ústavou a základními zákony na základě veřejného zdravotního pojištění. Zde je cílem hospodárné obstarávání péče v systému, který musí být úředně regulován, protože

přirozená regulace, například konkurencí, zde z různých důvodů nefunguje. Regulace se řídí požadavkem minimálních nákladů (největší hospodárnosti) a to znamená pro případného podnikatele omezení čistého zisku, který může být navyšován jen snižováním skutečných nákladů pod náklady předpokládané v návrhu regulace, nebo nedodržením kvality a rozsahu péče. Když se to kontroluje, podnikatelé mají zájem jen o služby, které jsou špatně znormované (i schválně, jako dialýza).



*Ing. Josef Mrázek, CSc.,  
vicepresident Svazu pacientů ČR*

B) Teď o zdravotnictví, které poskytuje vybrané výkony a libůstky, kdy pacient toto ošetření v podstatě nepotřebuje, anebo o případech, kdy místo drahého neregulovaného zdravotnictví pacient může použít poskytovatele definovaného výše jako a), ale hromadí se mu peníze, tak jde k poskytovateli b). V tomto případě je podnikatel vázán jen obecnými podmínkami bezpečnosti a kvality poskytování péče a může šroubovat ceny jako třeba salony krásy. Nemá ovšem výhodu zaručeného přílivu klientů.

2. Rizika obou stran vyplývají z odpovědi na otázku 1., pokud se ale dodrží uvedené zásady. Upo-

zorňují na hlavní rozdíl v situaci podnikatele ve skupině A) a B), který je v tom, že v případě A) je nižší příjem vyvažován minimálním podnikatelským rizikem, kdežto typické podnikání B) riziko špatného odhadu obsahuje. Pro pacienty skupiny A) a její financování je nebezpečné zneužívání slabých míst a úmyslných chyb regulace a nahrazování neziskového uspořádání prvky patřícími do skupiny B).

3. Absurdní jednání ministerstva povede dříve nebo později k výměně vlády a bude se pokračovat podle 1. Je třeba se obávat, že padající ministerstvo ještě stihne udělat nevratné kroky, jejichž nutná náprava může vyvolat mnohomiliardové arbitráže. Jde o oblasti, kam podnikání absolutně nepatří, privatizaci všech významných nemocnic a hlavně zdravotních pojišťoven pro veřejné zdravotní pojištění a fondů veřejného pojištění. To je stejně absurdní jako privatizace finančních úřadů a vybraných daní, a měli bychom tomu včas zabránit. Vsazení pachatelů za mříže už ty arbitráže nezlevní.

#### *odpovědi Michala Mejstříka:*

1. Do budoucna je nutno i zde akceptovat podnikání jako cestu k úsporám a kvalitě služeb s tím, že postupně se rozvíjející trh bude trvaleji přiměřeně regulován. Podnikání ve zdravotnictví je v řadě aspektů specifické, ale v řadě aspektů má obecný charakter (např. obecná povaha pojišťovací institucí a jejich specifika). Od toho by se mělo odvíjet i zakotvení a kompatibilita obecnější regulace. Např. obecnou finanční regulací zdravotních pojišťoven (a jejich finančního zdraví) bych doporučoval pověřit ČNB (stejně jako u jiných pojišťoven) namísto vzniku specifického regulačního úřadu zdravotních pojišťoven.

Specifickou zdravotnickou regulací je pak možno ponechat na orgánech vlády a postupně ji alespoň částečně deregulovat.



*prof. Ing. Michal Mejstřík CSc.,  
ředitel IES, Fakulta sociálních  
studií UK*

Lze říci, že podnikání ve zdravotnictví má mnoho společných rysů s jinými oblastmi, a je tedy možno a nutné využívat profesionálních manažerů, kteří stejně jako v jiných oblastech musejí vzít v úvahu zdravotnická specifika (vedle specifické regulace např. i charakter klienta služby – pacienta a související asymetrie informací, negativní výběr a morální hazard, charakter výuky mediků na nemocničních pacitech, její obtížná nahraditelnost...).

2. Nepochybným rizikem je neprůhlednost a časté změny regulace, které zvyšují rizikovost podnikání, ale i nejasnost práv pacientů. Málo kompatibilní zákony jsou stále nepřehledné.

3. Odbourání historických relikvů ve zdravotnictví (zákon o „zdraví lidu“, deformující cenové regulace) a jeho moderní pojmové začlenění učiní toto odvětví služeb pro pacienty i podnikatele mnohem stravitelnější, ale i atraktivnější. Tento vývoj i rostoucí „regulovaná konkuren-

ce“ usnadní další rozvoj zdravotnictví nejen co do kvality, ale i co do nákladové hospodárnosti a zpomalí tak růst nákladů jak na straně daňových poplatníků, tak na straně poskytovatelů. Sama přetrvávající regulace bude ze své povahy trvale kontroverzní.



*MUDr. Martin Jan Stránský,  
lékař, podnikatel a publicista*

*odpovědi Martina J. Stránského:*

1. Měli bychom přesně definovat slovo „podnikání“. Zdravotnictví stojí peníze a není zadarmo. Prvním bodem je tedy rozhodnutí, zda bude zdravotnictví hrazeno státem stoprocentně, částečně, nebo hrazeno nebude. Relevantnější než termín „podnikání“ je termín „ziskové“ či „neziskové“. Pokud stát nechce nebo si nemůže dovést hradit tu či onu zdravotnickou službu nebo zdravotnictví jako systém, dostáváme se a priori do situace, že tyto služby nebo systémy nemohou existovat jinak, než aby do nich vstoupili investoři (občan, skupina občanů, firma, pojišťovna atd.) s tím, že za jejich investice budou očekávat zisk. „Zisk“ se ale také vytvoří tím, že příjmy (zdravotnické poplatky) zůstanou

stejně, ale klesnou výdaje (například šetřením či zlepšením výsledku/kvality). Tento zisk se pak může reinvestovat do základních služeb, přičemž se celá síť služeb může zlepšit nebo rozšířit. Například tohle je jediný způsob, jak se síť státního zdravotnictví může zlepšit. Pokud hovoříme o zdravotnických systémech, nejedná se ve své podstatě tedy o nic jiného než o principy ekonomického hospodaření a podnikání.

2. Pro pacienty žádný, pokud mají dostatečný přístup ke všem základním státním službám. To znamená, že pokud se pacient rozhodne pro soukromé služby, není na nich striktně závislý, ale bere je jako nabídku navíc. Může vždy „spadnout“ zpět do státní sítě. Nesmí ale vzniknout situace, kdy státní síť neexistuje a existují pouze nabídky soukromých služeb. Pro podnikatele v oblasti zdravotnictví jsou tu rizika komerčního neúspěchu. Pro lékaře, který se rozhodne pro čistě soukromou praxi, je zde navíc riziko profesionálního odtržení – v případě, že o praxi přijde, nemusí okamžitě získat místo ve státním sektoru.

3. To záleží na vývoji domácí politické scény. Naše zdravotnictví se zlepšilo pouze kladením důrazu na kvalitu a prostřednictvím stratifikace a posílením soukromého sektoru. To druhé „odčerpá“ pacienty ze státního sektoru, přičemž zůstanou stejné poplatky za zdravotnictví pro státní sektor, což znamená více peněz pro zlepšení základních služeb a síť státního sektoru.

*odpovědi Jiřího Schlangerera:*

1. Myslím si, že není.

2. Nemyslím, že jde o riziko, ale o realitu, kterou je, že veřejné zdravotnictví funguje v regulovaném prostředí včetně regulace

cen. Smyslem je zajištění geografické i ekonomické dostupnosti zdravotní péče pro všechny prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Znamená to pro podnikání větší jistotu dlouhodobé zakázky při dodržení stanovených podmínek na úkor případné vyšší míry zisku.



*RNDr. Jiří Schlanger, předseda,  
Odborový svaz zdravotnictví  
a sociální péče*

3. Bude záležet, jakým směrem se bude ubírat ČR, zejména zda bude zachován nebo demontován systém veřejného zdravotního pojištění. Záleží také, nakolik se bude řešit standardizace poskytované péče hrazené z veřejných zdrojů a nakolik bude umožněn vstup soukromých financí k úhradě legálního nadstandardu. V tom jsme zbytečně ztratili 15 let! Bude záležet i na tom, zda stát podpoří privátní sektor buď v investicích do zdravotnictví, nebo naopak k vysávání veřejných financí ze zdravotnictví. Nyní se vytvářejí podmínky pro tu druhou cestu, ačkoliv jinak Evropa řeší míru té první cesty. Důležité by bylo poskytnout všem kritéria a hodnocení kvality zdravotní péče.