

# Analýza využití strategie kooperace do oblasti zdravotnických služeb

Advantage of Cooperative Strategies – Analysis of their Application in Health Care Services

Šebestová Jarmila

## Abstrakt

Článek se zabývá analýzou specifik podnikání ve zdravotních službách a nástinem překážek tvorby kooperačních struktur v tomto oboru podnikání. Srovnává různé kooperační strategie a navrhuje možnosti aplikace na oblast zdravotních služeb. Na základě výsledků praktického šetření mezi subjekty, poskytujícími zdravotní služby, navrhuje optimalizaci činností, které by mohly těžit z předností kooperačních seskupení. Tento příspěvek vznikl za podpory GAČR 402/07/0234 „Tvorba a využití neprůmyslových klastrů malých a středních podniků“.

*Klíčová slova: zdravotnictví, výzkum, plánování, kooperace, strategie, klastry, sítě podniků*

## ÚVOD

Zákazník ve zdravotnictví chce dnes převážně komplexní službu, proto nabídka zdravotnických služeb musí obsahovat všechny zákazníkem požadované parametry. Chce-li zdravotnické zařízení obstát na trhu, musí být schopno nabídnout jak jednotlivé služby, tak i jejich uspořádané celky, tedy komplexní službu.

Pohled na zdravotnické služby a jejich zkoumání můžeme z hlediska odborného zájmu zaměřit dvojnásobně – z hlediska poskytované služby (tedy z hlediska odbornosti zdravotní) nebo z hlediska pohledu mikroekonomického - teorie firmy a pohledu podnikohospodářského, který bude v této stati dodržen.

Podnikání ve zdravotnických službách může narážet na mnoho bariér vstupu, jak na samotný zdravotnický trh, tak při samotném zakládání firmy, poskytující zdravotnické služby. Pokud již firma na trhu zdravotnických služeb existuje, často naráží na problém – existující konkurence zdravotnických zařízení financovaných státem, což jasně vysílá signál pro sdružování jednotlivých subjektů, k překonání některých konkurenčních “nevýhod”, pomocí tradičních forem sdružování malých a středních podniků, kde tyto subjekty bezesporu patří.

## 1 SPECIFIKA ODVĚTVY PODNIKÁNÍ

Odvětví zdravotních služeb a poskytování zdravotní péče pro českou ekonomiku představovalo celkové výdaje 259,2 mld. Kč v roce 2008, což představovalo 7,01 % HDP (oproti roku 2007, kdy to bylo 6,84 %), tvořily veřejné zdroje financování tohoto odvětví 88 %. Nemocniční péče o občany byla poskytována ve 192 nemocnicích; v odvětví aktivně pracuje 44 382 lékařů (52 % žen), kteří byli rozloženi mezi zdravotnická zařízení zřízená kraji anebo soukromými subjekty, kdy v soukromé sféře poskytovalo péči 85 % lékařů, což představuje dostatečně velký vzorek pro oblast zkoumání z hlediska podnikatelských subjektů (ÚZIS, 2009).



Z hlediska financování zdravotnictví a zdravotní péče lze vyspělé země (Gladkij, 2003) rozdělit do tří základních systémů zabezpečení zdravotní péče:

- Systémy, jejichž podstatou jsou soukromá zařízení, komerční zásada prodeje a koupě zdravotnických služeb, velký podíl úhrady poskytnutých služeb obyvatelstva. Představitelem tohoto systému jsou USA.
- Systémy, v nichž výdaje na zdravotní péči jsou do jisté výše hrazeny (stomatologická péče, brýle, příplatky na brýle, kosmetické úpravy atd.) obyvatelstvem, zbytek hrazen ze zákonného zdravotního pojištění – veřejných zdrojů (případ ČR),
- Systémy, v nichž rozhodující podíl výdajů na zdravotní péči hradí stát ze svého rozpočtu.

Tento přístup se odráží na fungování a pružnosti zdravotního systému, regulačních opatřeních jednotlivých prvků, fungování tržních mechanismů i podnikání. Pokud se na zdravotnictví díváme jako na fungující podnik, založený nejen na povinnosti dodržovat předpisy a nařízení státu, pak lze předpokládat, že je to odvětví se zajištěnou poptávkou po službách, které vyžadují tato základní pravidla:

- lékařskou etiku a její dodržování ve vztahu k pacientovi,
- plánování zisku představuje dlouhodobou koncepci,
- je svázáno s dodržováním norem a předpisů ve zdravotnictví.

Lze tedy říci, že zahájení podnikání ve zdravotních službách má smysl jen s dlouhodobou koncepcí. Poskytování zdravotní péče je vždy vázáno na vysokou míru odbornosti, a proto je v celém odvětví zaměstnáno více než 22 % vysokoškolsky kvalifikované pracovní síly. Dále pak, pro podnikání v oboru, tedy otevření si soukromé ordinace, je podnikání vázáno na zvláštní předpisy živnostenského zákona, kde první bariérou vstupu do podnikání je atestační zkouška „pro samostatné podnikání“, po předepsané době praxe u soukromého lékaře-školitele.

Trochu opomíjen je fakt důležitosti znalosti ekonomického minima pro takto rozhodnuté lékaře, pro snadnější rozjezd podnikání v jejich oboru. Mezi jednotlivé subjekty, které ve zdravotnictví nalézáme, patří ambulance nebo ordinace lékařů ve velikosti mikropodniku (0-9 zaměstnanců), dále polikliniky, které sdružují několik typů subjektů ambulantní péče, rehabilitační péče, komplement (RTG, laboratoř) ve velikosti malého až středního podniku 50-249 zaměstnanců, nemocnice s lůžkovou péčí, pohybuji se spíše na hranici středního až velkého podniku 250+).

Další z bariér je role regulátora, kterou zastává stát s vyhláškami určujícími cenu výkonu zdravotnických, poskytnutých pacientovi při jeho ošetřování, vyplývající již z uvedeného systému financování zdravotní péče (tzv. bodový systém oceňující výkon). Tento faktor má vliv na určování ekonomické efektivity jeho podnikání či přemýšlení o doplňkových službách (nehrazených z veřejného pojištění) v rámci své ordinace pro vylepšení péče o pacienta či využití svého odborného potenciálu.

K této oblasti Ministerstvo zdravotnictví stále pracuje na katalogu zdravotnických služeb, kdy by bylo základem pro kalkulaci výkonu základní provedení služby, a případné nadstandardní provedení by si pacient hradil sám, tedy měl by možnost výběru mezi variantami. Základem by se tak stala skutečná kalkulace nákladů (Ministerstvo zdravotnictví, Seznamy zdravotních služeb – řešení, 2009), aby cena nebyla určována poptávkou či odhadem lékaře, nebyla závislá na kupní síle obyvatelstva či vyšší kapitačních plateb od pojišťoven (tedy plateb za zaregistro-

vané pacienty u lékařů v ordinacích) a úhrad za provedené výkony pomocí bodového ohodnocení.

Ze statistik odvětví zdravotních služeb narážíme na to, že „zákazníci“ stárnou, dožívají se vyššího věku s více chorobami, dále pak přibývá civilizačních chorob, onkologických chorob s nákladnou péčí, mění se tak z pohledu podnikohospodářského zákaznická základna i struktura těch, kteří aktivně přispívají do fondů zdravotního pojištění (ubývá ekonomicky aktivního obyvatelstva, přibývá pojištěnců, za které platí minimální pojistné stát), což je svázáno s financováním podle skupin diagnóz podle typu již zmíněného typu DRG (diagnosticky orientované financování) a typy využívaných služeb. To vše má vliv na efektivitu a stabilitu jednotlivých komerčních zdravotnických zařízení.

## 2 VÝZNAM TVORBY KOOPERAČNÍ STRATEGIE VE ZDRAVOTNÍ PÉČI

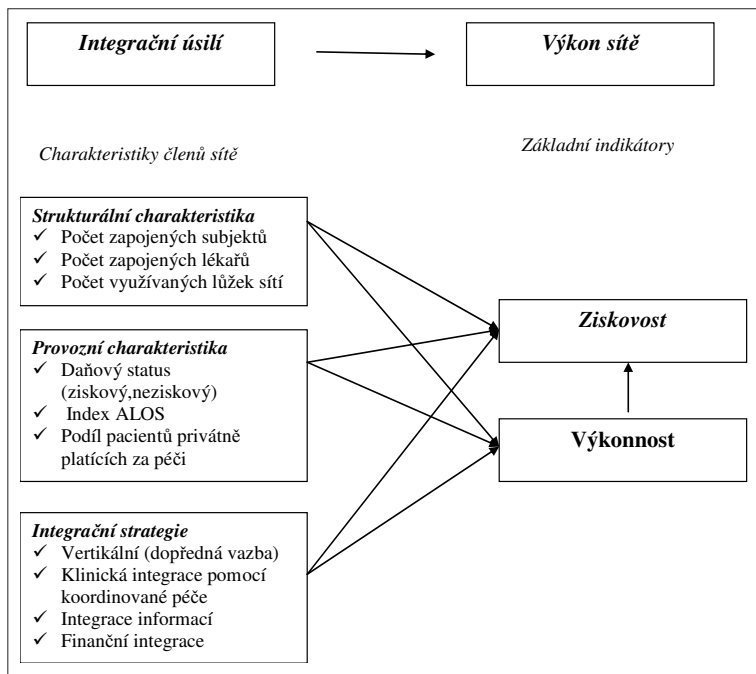
Změny v makrookolí zdravotních zařízení vedou často k redefinici mise jejich zdravotní péče z ekonomické, polické a sociální perspektivy je na ně vytvářen tlak, aby se s roztržitých jednotek na trhu staly integrované celky, podporující nejen růst odbornosti poskytované péče, ale optimalizovat její proces s cílem snížit cílové náklady léčby (Wan, Ma, Lin, 2001).

V moderních systémech zdravotní péče tak můžeme postihnout řetězec prvků svázaných zdravotním pojištěním, ambulantní a lůžkovou péčí přes dlouhodobou zdravotní péči přes integraci administrativních činností, informačních technologií a financování. To jsou jen některé z činností, které mohou být v odvětví integrovány a přinášet hodnotu a konkurenční výhodu zúčastněným partnerům, jak uvádějí výše zmiňovaní autoři.

Kooperace v rámci poskytování zdravotní péče či zdravotních služeb může znamenat v první řadě *zlepšení systému péče pro pacienta*, zlepšení systému zdravotní péče samotného (Clemmer, Spuhler, Berwick, a Nolan, 1998). V tomto případě kooperace v sobě zahrnuje prvky otevřenosti, bezpečnosti, sdílení a individuálního přístupu k jednotlivým problémům, kdy řešení je často spojeno s přijetím jistého konsensu, je založeno na spolupráci jednotlivých specialistů, pacienta, jeho rodiny, zdravotnického personálu, včetně dalších prvků dle náročnosti řešeného problému.

Mezi další prvky, které mohou přispět ke tvorbě kooperačních struktur ve zdravotních službách, především primární péče, jako jsou ambulance odborných lékařů a praktických lékařů, jsou oblasti *podnikohospodářské* (Robinson, Casalino, 1996) jako: (1) úspory z rozsahu; (2) snížení transakčních nákladů; (3) růst inovačního potenciálu.

Z tohoto důvodu je vhodné ilustrovat příklad výkonnosti takovéhohointegračního seskupení, včetně využití metriky, dopředné i zpětné kontrolní vazby (Wan, Ma, Lin, 2001). K těmto ukazatelům může být vhodně dodána další osa (rozměr) výkonnosti z hlediska budování zákaznických vztahů a stálosti spolupráce jednotlivých členů sítě, kterou autoři v tomto modelu nezohledňují, protože model je opravdu tvořen pouze z hlediska finančního, podnikohospodářského užítu integračního seskupení zdravotnických zařízení spojených v řetězci služeb.



Obr. 1 - Koncepční model výkonnosti integračního seskupení zdravotní péče. Zdroj: WAN, T., MA, A., LIN, B. *Integration and the performance of healthcare networks: do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image?* *International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, 1 June 2001. ISSN 1568-4156. p. 3

\* **Index ALOS** zde představuje podíl mezi celkovou krátkodobou a akutní péčí o pacienty ve dnech k celkovým možným (kapacitně využitelným) dnům v síti; **vertikální – dopředná vazba** zahrnuje existenci spolupráce s pečovatelskou službou, ambulancemi, diagnostickými centry mimo nemocnice, hospice, jednodenní chirurgická centra v rámci sítě. **Ziskovost** je podílem čistého zisku k/ke čistému provozním výnosům; **výkonnost** je zaměřena na využívání kapacity sítě, počet ošetřených pacientů.

Dynamika a komplexnost řízení nejen podniku, ale také oboru zdravotnictví přispívá k prohlubování dělby práce a zvýšení potřeby výzkumu a vývoje v dané oblasti. Klasickým výstupem je spojování rolí v úloze poskytnutí služby zákazníkovi a vytvářet hodnotu pro daný podnik, k čemuž je v rámci nestability prostředí možno využít také modifikaci kooperačních strategií pohybu. „Pohyb“ v této koncepci znamená schopnost a rychlost přizpůsobení a akceptaci změn. Z tohoto pohledu lze rozlišit čtyři základní směry kooperačních struktur (1) specializace, (2) integrace, (3) koordinace, (4) hledání nového (Tomek, Vávrová, 2007). Pojetí těchto struktur bylo pak dále upraveno z hlediska podnikání ve zdravotních službách.

Tab. 1 - Shrnutí významu jednotlivých kooperačních strategií. Zdroj: TOMEK, G., VÁVROVÁ, V. Řízení výroby a nákupu. Praha: Grada, 2007. s. 40

Zaměření strategie	Specializace	Integrace	Koordinace	Hledání nového
Tržní okolí	Atraktivní marže jen na některých stupních řetězce	Atraktivní marže na všech stupních řetězce	Atraktivní marže závisí na kompetenci	Malá marže na etablovaných trzích
Schopnosti firmy	Specifické schopnosti na určitém stupni	Široké spektrum schopností	Síťová volba nejlepších partnerů	Ochota zanechat staré a jít svou cestou
Realizace zaměření	Koncentrace na jeden stupeň	Integrace vpřed i vzad	Koncentrace-outsourcing	Stálé hledání nových možností
Výhoda	Zhromadnění služby	Kontrola všech stupňů	Malá kapitálová vazby při vysoké kontrole	Tržní vůdce
Riziko	Závislost na partnerech	Ztráta specializace	Ztráta kontroly	Vysoké náklady při nevydařených inovacích

### (1) Strategie specializace

Východiskem je optimalizace hodnototvorného řetězce firmy, která se stává klíčem ke specializaci. Konkrétně tento přístup pracuje s vytvořením konkurenční výhody. V oblasti zdravotnictví tyto struktury vznikají v oblasti biovýzkumu, nanotechnologií aplikovatelných ve zdravotnictví. Výstupy těchto projektů jsou pak nabízeny jako zvláštní produkt třetímu subjektu. V oblasti zdravotnictví jsou to pak nové přístroje, dodávané do nemocnic či nová léčiva, avšak pokud vznikne kooperační struktura, tato síť může daleko pružněji reagovat na potřeby zdravotních služeb či zlepšovat účinky dosavadních výstupů.

### (2) Integrace

Výhodou této strategie je to, že podnik získává kontrolou nad tvorbou hodnoty. Dochází tak k zastřešování činností a k lepšímu využití trhu. Integrace se sebou přináší lepší kontrolu kvality, stabilitu poskytovaných služeb, ale i diferenciaci produktu. Je výhodná při relativně stabilních trzích a především v odvětvích se státní regulací, k čemuž lze řadit i zdravotnictví. Příkladem může být integrovaný systém výzkum v biomedicině → testování → klinické studie → certifikace a uvedení na trh, což by mohlo vést i k úsporám nákladů.

### (3) Strategie koordinace

V této koncepci podnik přejímá roli koordinátora a soustřeďuje se na sladění jednotlivých prvků hodnototvorného řetězce, vzniká tak síťové propojení. Forma sítě by byla vhodným řešením pro zdravotnictví ve formě tvorby koncernů na výrobu léčiv, pro lékaře a jejich ambulance ve smyslu tvorby sdružení a koordinace podružných činností a nemocnice.



#### (4) Strategie hledání nového

Jedná se o vytváření aktivních změn a je to ideální pozice pro inovátory. Vytvářejí se tak nové modely podnikání a určují měřítko, kterým se ostatní budou muset přizpůsobit.

Shrneme-li přínosy těchto kooperačních struktur, vytvářených i v nevýrobní sféře, mohou být značné. Stačí jen, když použijeme výhody, které kooperace obecně přináší (Pavelková, 2009, s. 41) a přizpůsobíme podmínkám zdravotních služeb:

- přístup ke specializovaným dodavatelům a informacím, což může vést k růstu kvality poskytovaných služeb,
- růst inovačního potenciálu sdružených subjektů přeléváním znalostí, generování nových myšlenek,
- zmírnění dopadu regulace „hráčů“ na trhu zdravotní pojišťovny a ministerstva.

Zároveň však narážíme na otázku odpovědného a etického přístupu nejen k pacientovi samotnému, ale také ke členům kooperačního sdružení (Dytrt, 2009), kde by hodnoty měly spočívat v těch, které (1) jsou potřebné pro výkon profese (tedy odbornost, profesionalita) a (2) složka spojená se sebeuspokojením a seberealizací (touha po novém, objevování nového, dosáhnout úspěchu, ale v kooperačním seskupení to může znamenat i to, být týmový hráč).

### 3 PŘÍPADOVÁ STUDIE Z OBLASTI VÝZKUMU KOOPERAČNÍCH STRUKTUR V PODNIKÁNÍ VE ZDRAVOTNÍ PÉČI

K tomuto problému byla k mapování situace krátká anketa, která sloužila k prozkoumání povědomosti majitelů zdravotnických zařízení o kooperačních strukturách. Anketa probíhala v termínu květen – srpen 2008 ve fázi předvýzkumu. Bylo osloveno více než 70 zdravotnických zařízení v Moravskoslezském kraji, ať již osobním kontaktem či písemnou formou, kdy se podařilo získat jen 20 % odpovědí.

Předvýzkumná fáze si kladla za cíl především na malém vzorku otestovat srozumitelnost připravené ankety, dále pak si kladla tyto základní hypotézy:

*H1: Spolupráce bude v případě subjektů ordinací lékařů na neformální platformě.*

*H2: Bez rozdílu formy zařízení bude snaha o poskytnutí komplexní péče o pacienta.*

Ze vzorku byly vyhodnoceny formy typu odborná ambulance, praktický lékař a nemocnice a podtřídou by způsob poskytované služby, úroveň která nebyla poskytována, nebyla promítnuta do tabulky. Úroveň nastavení zdravotní služby byly tři: (1) *komplexnost*, zahrnující řešení všech problémů pacienta, doporučení dalších postupů, specialistů; (2) *standardizovanost*, zahrnující obvyklé řešení problému, bez další participace; (3) *specializovanost*, zahrnující jen soustředěnost na hlavní pacientův problém (Gladkij, 2003).

Tab. 2 - Vyhodnocené poznatky předvýzkumu. Zdroj: vlastní zpracování

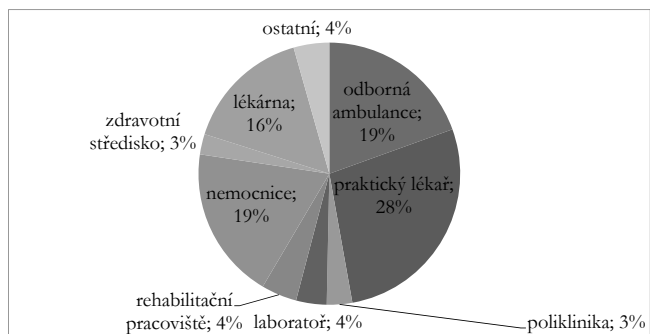
	Praktický lékař	Ambulanti specialista	Nemocnice	
	Úroveň služby			
<i>Typ kooperace</i>	Komplexnost	Specializace	Komplexnost*)	Specializace**)
<i>Výběr konkrétního specialisty</i>	Doporučují sami			
<i>Spolupráce farmaceutické firmy</i>	ne		ano	ne
<i>Spolupráce lékárný</i>	ne			ano
<i>Spolupráce další pracoviště</i>	neformální	neformální	Formální	Formální
<i>Užitek z kooperace</i>	vzdělávání	důraz na specializovanost návrh na koordinaci činností v rámci spolupráce		
<i>Vnější kooperace-outsourcing</i>	účetnictví		Úklid, stravování, praní prádla, odpady, záchranná služba, transfuzní služba a specializované laboratoře.	

Poznámky: \*) nemocnice zřízená krajem, \*\*) nemocnice soukromá

V oblasti vyhodnocení předpokládaných hypotéz bylo možno *potvrdit hypotézu H1*, kdy ordinace lékařů pracují na neformální bázi spolupráce mezi sebou, dále pak *zamítnout hypotézu H2*, kdy komplexnost služby je poskytována praktickým lékařem a nemocnicí zřízenou krajem, kdežto v odborných ambulancích se logicky preferuje specializovanost a hloubka poskytnuté péče pacientovi, totéž platí i u nemocnice, u níž je jiný zřizovatel, než kraj, které nenabízí tak širokou paletu služeb, aby pokryla různorodost pacientových potřeb, ale zaměřuje se na hloubku, specializovanost péče ve vybrané oblasti zdravotnické služby.

V rámci myšlenky budovat společnou kooperační síť uváděli nejčastěji síť mezi sebou, jen nemocnice soukromé si uvědomily propojenost výzkumu, nemocnic, škol, farmaceutických firem.

Druhá fáze výzkumu probíhala postupně od října 2008 do června 2009 a podařilo se získat ze 450 oslovených, 160 vyplněných anket pomocí dotazovací formy řízeného rozhovoru. Cílem druhé fáze bylo porovnání výsledků s předvýzkumem na větším vzorku respondentů, se stejnými hypotézami.



Obr. 1 - Složení vzorku dle specializace v odvětví zdravotních služeb. Zdroj: vlastní zpracování

Odlíšnosti lze spatřovat v rámci širší palety služeb, kdy u praktických lékařů se můžeme setkat se dvěma způsoby péče - standardní a komplexní, specializace logicky chybí, protože v medicínské hierarchii je pacient odeslán k potřebnému vyšetření ke specialistovi, který je zaměřen na hloubku poskytnuté péče (cca 70 % dotázaných) a následně, vyžaduje-li to pacientův zdravotní stav, také i k lůžkové péči, poskytované pouze nemocničním zařízením.

Tab. 3 - Vyhodnocení stupně kooperace dle formy zařízení. Zdroj: vlastní zpracování

	Praktický lékař		Ambulátní specialista		Nemocnice	
	Úroveň služby					
Typ kooperace	Standard	Komplexnost	Komplexnost	Specializovanost	Komplex*)	Specializovanost**)
Podíl služby	30 %	70 %	30 %	70 %	56 %	44 %
Výběr konkrétního specialisty	Doporučují sami					
Spolupráce farmaceutické firmy	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Spolupráce lékární	ano			ne	ano	ano
Spolupráce další pracoviště	neformální				formální	
Při myšlence vybudovat kooperační strukturu uváděli respondenti Zdravotní zařízení, firmy v oboru farmacie, VŠ lékařských a farmaceut. oborů						
Vnější kooperace-outsourcing	Účetnictví, úklid, strava					

Poznámky: \*) nemocnice zřízená krajem, \*\*) nemocnice soukromá



Z provedených šetření vyplynula silná *neformální vazba* kooperace, založena na důvěře lékaře či odborného pracovníka zdravotní péče, což může být prvotním impulsem vytváření formálních kooperačních struktur v budoucnu, což zase jednoznačně *podporuje hypotézu H1* stanovenou na začátku šetření. Ve většině případů převládá komplexnost péče, proto H2 potvrzují, i když v odborných ambulancích specializovanost převládá.

Jak sami lékaři či vlastníci zdravotnických zařízení uváděli, sami zjišťují, že bez kooperační struktury, se díky nastupujícím „dravcům“ v podobě subjektů analyzovaných v tabulce 4 neobejdou, ať v oblasti zásobování, či v oblasti kooperace v léčbě pacienta a výpomoci při službách či účasti na výzkumných studiích, prohloubení kvalifikace, účasti na odborných seminářích a jiných.

Možnou překážkou existence kooperačních struktur, je mnohotvárnost právních forem existujících ve zdravotní péči (od soukromých ordinací praktických lékařů přes soukromé kliniky po nemocnice zřizované krajem), ale i v tomto ohledu lze kooperaci smluvně ošetřit; důležitým faktorem ale stálou platformou sdílení znalostí je ochota a důvěra – v tomto odvětví zvláště zdůrazňovaná vlastnost, jak vyplynulo z výzkumu a osobních rozhovorů. V již existujících seskupeních (podnikatelské subjekty většinou jednoho vlastníka, vyskytujícího s v kraji) můžeme najít následující formy – integrace, řetězec a koordinace.

Tab. 4 - Kooperace již vytvořené podnikatelským subjektem. Zdroj: vlastní zpracování, dle praktického výzkumu, konkrétní řetězce nejmenovány

Hlavní účel kooperačního seskupení	Typ kooperace	Užitek členů	Zákazník
<i>Sdružení nezávislých lékárníků</i>	Integrace k zastřešení činností	Společná distribuce, školení, lepší marže	Dostupnost za nižší ceny
<i>Sít' ordinací praktického lékaře</i>	Řetězec jednoho vlastníka, převzetí samostatných ordinací	Finanční stabilita, nižší náklady, minimalizace podnikatelského rizika	Rozšířená pracovní doba, ale pokaždé jiný lékař
<i>Sít' specializovaných nemocnic</i>	Vlastník koordinuje činnosti holdingu, dále pak pozice inovátora včetně hledání nového	Sdružování příbuzných odborností operačních a interních oborů.	Zvýšení specializovanosti péče o pacienta, přístup k novým postupům

V současnosti vzniká celá řada seskupení zdravotnických zařízení holdingového typu, pro která je prioritou centrální zásobování jako efektivní řešení úspor nákladů při pořizování léčiv, zdravotnického materiálu a pak teprve řeší další požadavky typu optimalizace sortimentu zdravotnických služeb. Jedním z předpokladů je jednotný tok distribuce a jednotný informační systém pro tvorbu požadavků.

Turbulentní podnikatelské prostředí, spojené s tvrdým konkurenčním bojem výrobců i dodavatelů zdravotnických prostředků i poskytovatelů zdravotních služeb, vede k velkým změnám i v tomto oboru. Podíváme-li se z pohledu malých podnikatelů typu, fyzických osob, provozovo-



vatelů ordinací, tak v těchto podmínkách mají praktičtí lékaři, jako jednotlivci, vysokou konkurenci ve smyslu prodloužení pracovní doby, jak nabízejí řetězce ordinací – od 7-19 hodin, v Praze od 8-20 hodin. V praxi stejnou budovu či prostory využívá několik praktických lékařů, společně se podílí na nákladech nájmu budovy, a proč by se společně nemohli podílet i na pokrytí ordináční doby – prodloužené po celý týden či jen v pracovní dny, nejen jednou v týdnu. Klíčem ke spolupráci by měla být možnost směnnosti – rozvržení doby a sdílení kartotéky pacientů v případě, že pacient přijde ke druhému lékaři díky rozdělení pracovní době. Nejednalo by se ovšem o nahrazení urgentní péče či rychlé záchranné pomoci, spíše jako podnikatelská reakce na tlak zaměstnavatelů, aby jejich zaměstnanci navštěvovali lékaře po pracovní době, v rozsahu nabízeném konkurenčními řetězci.

V segmentu ambulantní specializované péče typu „odborná ambulance“ - vývoj v tomto segmentu je nutno diferencovat podle oborů a podle velikosti spádové oblasti. Obecně platí, že u interních oborů bude stěžejní ambulantní diagnostika složitějších pacientů a dispenzární péče o komplikované pacienty, a to buď samostatně, či ve spolupráci s praktickými lékaři. U chirurgických oborů se bude moci jednat o rozvoj jednodenní chirurgie a spolupráci s nemocnicemi.

## ZÁVĚR

Řízení vztahů a podnikání ve zdravotnictví má svá specifika, která ovlivňují chování takového subjektu na trhu. Především problém je možno hledat v nedostatečných manažerských znalostech ve zdravotnictví, jak ukazují i výsledky ankety. Kooperační struktury mohou pomoci ke společnému využívání technologií a přístrojů, které by třeba v jedné privátní nemocnici či odborné ambulanci nebyly dostatečně využity s cílem podílet se na nákladech provozu tohoto přístroje. Avšak korektní spolupráce s praktickými lékaři, se specialisty i s nemocnicemi je nezbytná. Základem musí být snaha racionálně diagnostikovat a léčit. Každý z lékařů by měl mít vytvořenu svou „vlastní virtuální polikliniku“ danou mnohaletými pozitivními zkušenostmi s kolegy z jiných odborností.

Je zřejmé, že pozice manažera a lékaře je nesmírně složitá, protože lékař zajišťuje péči a na druhé straně manažer kalkuluje s náklady na danou zdravotní péči. To vede ke specializaci služeb, tak aby portfolio zabezpečilo i stabilní příjmy nemocnic či zdravotních zařízení v rámci spoluúčasti pacienta či úhrad od zdravotních pojišťoven.

Nelze však pominout fakt, že fakultním nemocnicím je nezbytné ponechat především výuku, vzdělávání lékařů, jejich atestaci, „super-specializovanou“ péči a výzkum, které by měly tvořit jádro kooperační struktury. U ostatních nemocnic (ať již privátních či zřízených krajem) podporovat komplexnost péče (pokud je velká spádová oblast) a podpořit spolupráci i s farmaceutickými firmami a motivovat ke spolupráci s dalšími subjekty v rámci horizontální či vertikální kooperace.

## Použitá literatura

1. CLEMMER, T. P., SPUHLER, V. J., BERWICK, D. M., NOLAN, T. W. Cooperation: the Foundation of Improvement . In *Annals of Internal Medicine*, 1998. Vol.128 p.1004-1009.
2. DYTŘI, Z. Odpovědný management a odpovědné podnikání. In *Journal of Competitiveness* 1/2009. Zlín: UTB Zlín, 2009. ISSN 1804-1728.
3. GLADKIJ, I. a kolektiv *Management ve zdravotnictví*. Brno, Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
4. LEDNICKÝ V., VANĚK, J. ŠEBESTOVÁ, J. *Tvorba a využití neprůmyslových klastrů malých a středních podniků*. Karviná: SU OPF, 2009. ISBN 978-80-7248-508-6. 176 s.
5. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ *Katalog zdravotních služeb - shrnutí* online: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/701-seznamy-zdravotnich-sluzeb-reseni.html> [cit. 20.10.2009]
6. PAVELKOVÁ, D. a kol . *Klustry a jejich vliv na výkonnost firem*. Praha: Grada, 2009. 234 s. ISBN 978-80-247-2689-2.
7. ROBINSON, J.C., CASALINO, L.P. Vertical Integration and Organizational Network in Healthcare. In *Health Affairs*, 1996. Vol. 15, No 1. p.7-23. ISSN 0278-2715.
8. TOMEK, G., VÁVROVÁ, V. *Řízení výroby a nákupu*. Praha: Grada, 2007. 378 s. ISBN 978-80-247-1479-0.
9. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2008*. Časové řady vybraných finančních ukazatelů. Praha: ÚZIS, 2009. ISBN 978-80-7280-826-7.
10. WAN, T., MA, A., LIN, B. Integration and the performance of healthcare networks: do integration strategies enhance efficiency, profitability, and image? In *International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, June 2001, p.1-10 ISSN 1568-4156.

## Abstract

This article presents research based analysis of providing business in health services and compares useful strategies fostering cooperation to develop purpose of cooperation – shared values and networking. Practical case study in the Moravian Silesian Region describes current situation and could compare current situation in this field with known management models. This study was prepared for the project of the Czech Grant Agency GAČR 402/07/0234“Creation and Utilisation of Non-industrial Clusters of Small and Medium-size Businesses”.

*Key words: Health, research, planning, cooperation, strategy, clusters, business networks*

## Kontaktní údaje

*Jarmila Šebestová, Ing., Ph.D.*

*SU OPF Karviná, katedra managementu a podnikání*

*Univerzitní nám. 1934/3*

*733 40 Karviná*

*Tel.:596 398 643*

*sebestova@opf.slu.cz*