

Právnická fakulta Masarykovy univerzity
Katedra finančního práva a
národního hospodářství



DIPLOMOVÁ PRÁCE

**PRÁVNÍ RÁMEC MANAGEMENTU
NEMOCNIC**

Jana Konečná
2009

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: Právní rámec managementu nemocnic,
zpracovala sama a uvedla jsem všechny použité prameny.“

Dovoluji si poděkovat vedoucí diplomové práce Ing. Evě Tomáškové, PhD., která mne pozitivně ovlivnila při zpracování tématu jejími zajímavými podněty a připomínkami. Zvláště pak oceňuji její laskavý a citlivý přístup vůči mé osobě.

OBSAH

Prohlášení	2
Poděkování	3
Úvod	5
1 Teoretická východiska	8
1.1. Zdravotnictví před rokem 1989	9
1.2. Transformace 1989-1991	10
1.3. Privatizace 1991 -1996	11
1.3.1. Pluralitní systém zdravotního pojištění	11
1.4. Restrukturalizace lůžkové péče 1997 -1999	12
1.5. Současný stav	12
2 Pojetí managementu	14
2.1. Moderní management	14
2.1.1. Kdo je manažer	16
2.1.2. Strategie a strategické řízení	17
2.2. Právní forma společnosti	21
2.2.1. Nejdůležitější právní formy podnikání	21
2.3. Vztah managementu a podnikání	22
2.4. Systém managementu a jeho model	25
2.5. Zdravotnictví a management	28
2.5.1. Zdravotnická zařízení	29
2.5.2. Příčina mimořádné obtížnosti řízení zdravotnických zařízení	29
3 Současný právní rámec nemocnic	31
3.1. Zdravotnické systémy a jejich řízení	31
3.2. Zřizovatel zdravotnických zařízení	31
3.2.1. Změny právní formy v síti lůžkových zařízení	32
3.3. Zhodnocení stávající právní úpravy	32
3.4. Neopomenutelné prostředí systému nemocnic	34
3.5. Veřejná nezisková ústavní zdravotnická zařízení	36

4	Reforma zdravotnictví v oblasti nemocnic	38
4.1.	Legislativa českého zdravotnického systému	38
4.2.	Věcný záměr zdravotnických zákonů	39
4.3.	Rozměry privatizace ve zdravotnictví	42
4.4.	Změny právních forem organizací ve zdravotnictví	44
4.5.	Legislativní kroky vedoucí k transformaci nemocnic	46
5	Praktická aplikace dopadu navržené reformy	49
5.1.	Analýza přechodu zdravotnických zařízení	50
5.2.	Transformace nemocnic v Jihomoravském kraji	53
6	Aplikace managementu v řízení nemocnic	57
6.1.	„SMART“ Cíl : Vznik Univerzitního holdingu v Brně	57
6.1.1.	Univerzitní holding z pohledu dlouhodobé strategie	58
6.1.2.	Stanovisko představitelů univerzit k návrhu věcného záměru	58
6.2.	„SMART“ Cíl : Vznik centra FN Brno	60
6.2.1.	FN Brno z pohledu dlouhodobé strategie	61
6.3.	Stimulační nástroje managementu nemocnic	65
6.3.1.	Finanční stimulace	66
6.3.2.	Interní audit	66
6.3.3.	Metodika kolektivního vyjednávání	67
7	Zhodnocení stávajícího stavu a návrhy DE LEGE FERENDA	68
7.1.	Zhodnocení dopadu reformy pro české zdravotnictví a veřejnost	69
7.2.	Proces rozhodování	70
7.2.1.	Netransparentní proces rozhodování o likvidaci nemocnic	70
7.2.2.	Větší transparentnost ve zdravotnictví	72
7.3.	Etika managementu ve zdravotnictví	73
8	Závěr	75
9	Resumé	77
10	Použité pojmy a zkratky	79
11	Použitá literatury	84
12	Přílohy	91

ÚVOD

Současný management je plný změn. Často rychlých a převratných, že se s nimi sotva stačíme vyrovnat a již jsou za dveřmi nové a další, jež k nám míří kosmickou rychlostí.

Na ekonomické scéně nám připravují dramatické chvíle a situace lidé, jenž hrají na této scéně roli v podobě manažera, lídra, ředitele, vedoucího pracovníka, zaměstnance a mnoho dalších.

Svět práce se přeměňuje do lidských zdrojů, aktivem firem se stává lidský kapitál, hybatelem rozvoje je vysoká úroveň znalostí a kvalitní informace. To vše za doprovodu elektronických špiček schopných bleskové komunikace mezi libovolnými místy planety. Nastává boj o přežití v nelítostné aréně konkurenceschopnosti.

Management¹ v sobě překonává stálost nestálostí, stabilitu flexibilitou a rychlostí rozhodování, zmiňován i jako systém managementu. Lidé chtějí své jistoty v nejistých dobách. Své osudy svěřují do rukou těm, kteří je mají dovést k budoucím cílům: manažerům a lídrům. Ctí se talenty, firmy si váží kvalitních, nadaných, chytrých a loajálních zaměstnanců.²

Současné vývojové trendy nemocničního sektoru směřují ke zvyšování autonomie nemocnic, privatizaci veřejných nemocnic, zavádění prvků Public Private Partnership (PPP)³ a vzrůstající konkurenci. Tyto trendy jsou inspirované teoretickými koncepty New public management, neoklasickou ekonomikou, chicagskou ekonomickou školou, liberální teorií spravedlnosti, monetarismem. To koresponduje se zájmy Světové obchodní organizace a postojů Světové banky. Na druhé straně aktéři jako OECD,⁴ Světová zdravotnická organizace a

¹ Vágner, I. Management z pohledu všeobecného a celostního. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004. Vycházejí z práce prof. Vágnera budeme pro potřeby této práce považovat management za ucelený soubor nástrojů a metod, jehož hlavním účelem je dosáhnout vytýčených cílů.

² Pojem loajální zaměstnanec, v souvislosti se zdravotnictvím chápeme jako oddanost vůči zaměstnavateli i pacientům.

³ Public Private Partnership (PPP) více v publikaci: Veřejná soukromá partnerství. Možná cesta k zefektivnění zdravotnického systému. In Mecon 2005 Sborník příspěvků ze VII.ročníku mezinárodní konference. Ostrava: Vysoká škola báňská. Bolz, U. Public Private Partnership in der Schweiz. 1.vyd. Genf: Schulthess, 2005.

⁴ OECD-Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj [z angl. Organization for Economic Cooperation and Development] je mezivládní organizace třiceti ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky.

OSN⁵ rozvíjejí koncepty dlouhodobé udržitelnosti s důrazem na celkovou efektivitu a kvalitu produkce služeb.⁶

V České republice byly organizační změny nemocničního sektoru provedeny za nedostatečně rozvinutého právního rámce, především v oblasti chybějící zajištění kvality a odpovědnosti, často s převahou zjednodušujících tržně orientovaných konceptů.

Nadnárodní trendy vývoje nemocničního sektoru s sebou nesou rizika negativních sociálních důsledků, redukce kvality zdravotní péče v širším smyslu, zejména v parametrech ekvity a dostupnosti péče a zvyšování nákladů na péči. Tyto negativní důsledky mohou být eliminovány sledováním důsledků tržně orientovaných reforem a vytvářením pevného institucionálního rámce pro nemocnice.

Pracuji již deset let u farmaceutické firmy a prošla jsem několika pozicemi jako jsou Medical Representative, Area Manager, Konzultant, Produkt Manager a Marketing Manager, což mi umožnilo seznámit se tak s mnoha obory a segmenty v medicíně a zdravotnictví. V současné době navštěvuji zdravotnická zařízení, která se věnují léčbě anémie s chronickým onemocněním ledvin a anémie u onkologických pacientů při chemoterapeutické léčbě. Náplní mé práce jsou návštěvy jednak odborníků – lékařů s cílem seznámit je s kompletním profilem léků, které mohou pro výše popsané onemocnění používat a také návštěvy náměstků pro léčebnou péči, ekonomických náměstků, ředitelů a právních oddělení konkrétního zdravotnického zařízení, z důvodů výběrových řízení. V mnoha zdravotnických zařízeních se rozhoduje o léčbě na konkrétním pracovišti konkrétním léčivem na základě výběrového řízení nebo na základě smlouvy. Troufám si tedy říct, že mohu v této práci vycházet i z mých zkušeností, které jsou podloženy reálnými návštěvami zdravotnických zařízení a přispět tak k objektivnějšímu hodnocení při popisu a analytických úvahách vyplývajících z daných skutečností.

Cílem této práce je analyzovat a hodnotit organizačně právní postavení managementu českých nemocnic a jeho vývoj v souvislosti se současnými trendy vývoje věcného záměru nemocniční péče se zaměřením na kontinuální syntézu těchto poznatků. Hlavními metodami

⁵ OSN-Organizace spojených národů [z angl. United Nation Organization (UNO)], je mezinárodní organizace, jejímiž členy jsou téměř všechny státy na světě (v červnu 2006 měla 192 členských států).

⁶ Přednáška ing. Darmopilové, jaro 2007, Fakulta ekonomicko – správní, Brno, dostupný z: [http:// is.muni.cz/](http://is.muni.cz/).

byly zvoleny metody analýzy veřejné politiky, zejména metody analýzy vybraných událostí veřejné politiky, morfologická analýza, analýza osobního managementu a modelování právního rámce vycházející z této analýzy. Nadnárodní vývojové trendy nemocniční péče jsou ovlivněny měnícími se faktory, jako jsou demografické změny, změna skladby nemocí, změny rizikových faktorů, změny očekávání veřejnosti, technologické změny, politické a sociální změny.

1 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

„Jediným rezortem trochu podobný medicíně je soudnictví.“ Jan Payne.

Pokládám za zdařilé srovnání lékaře se soudcem. To je správné co do etiky a odpovědnosti, ne však co do dynamiky vzdělání. Soudce se u nás řídí zákony, které jsou dány a soudí, i když je zákon špatný. Nemůže se podívat, jak se v podobném případě soudí v jiné zemi a podle toho se rozhodnout. Lékař to však učinit musí, klinická pracoviště jsou povinná stážovat v zahraničí. Má to tedy mnohem těžší

Z toho vyplývá, že příští teoretici daného oboru budou muset přesunout těžiště svého výzkumu tímto směrem a své formální dovednosti i nadále pokládat toliko za předběžnou průpravu, kterou sice ke své práci potřebují, avšak k pravému porozumění ekonomice a managementu je tento nástroj nepřivede. Oblastí, na níž si lze některé hlubší souvislosti ekonomiky a managementu ukázat, je jistě zdravotnictví. Zdravotnické organizace prodělávají v současnosti radikální transformaci a při ní se ukazuje, že jedním z centrálních bodů každého takového systému je financování léčebné i jiné péče. Avšak snaha řešit tento problém ryze technicky podrazila již nejednomu politikovi nohy. Důvodem je, že ve zdravotnictví se manifestují některé dosud opomíjené rysy ekonomiky daleko výrazněji než kdekoliv jinde a to vede ke zhoršení.

Po čtyřiceti letech státního zdravotnictví došlo k očekávané změně systému. Zvolená varianta – systém veřejného zdravotního pojištění pro naši nezkušenost dostal do vínku mnoho „vrozených vad“⁷ legislativních, organizačních, finančních a v neposlední řadě koncepčních.

Česká republika zažila několik nesystémových improvizací. Nejprve nadprodukce výkonů při honbě za body, poté přišlo omezování produktivity nemocnic v podobě paušálních úhrad. Nemocniční péče představuje důležitou a nákladnou část systému zdravotní péče. Forma úhrady nemocniční péče se postupně měnila. V České republice neexistuje dostatek

⁷ Mach, J. a kol. Zdravotnictví a právo. 2.rozšířené a doplněné vydání. Praha : LexisNexis, 2005.

mechanismů, kterými se občané mohli podílet na veřejné správě, na obhajobě svých oprávněných zájmů ve veřejném zdravotnictví a pojištění. Brání tomu nedostatečné informace o veřejném pojištění a pojišťovnách a také o hospodaření veřejných nemocnic.

Zásadní význam pro stanovení cílů zdravotní politiky má zkoumání zdravotních potřeb obyvatelstva. Výkon zdravotnického povolání, prožívání nemoci, ale i řízení nesmírně složitých zdravotnických institucí jsou spojeny s komplexními a někdy rozporuplnými hodnotovými vzorci, v nichž většinou hraje hlavní roli etické uvažování.

Domnívám se, že právě ve zdravotnictví díky stále otevřenějšímu přístupu k rozhodování je vidět, jak hodnoty a stanovení jejich priorit ovlivňuje profesionální přístup. Jsou to hodnoty pacienta, lékaře, manažera, plátců zdravotní péče. Zkoumáním východisek účastníků zdravotní péče se vždy zlepšila kvalita rozhodování.

1.1. Zdravotnictví před rokem 1989⁸

Centralizovaný a hierarchicky uspořádaný systém – KÚNZ, OÚNZ, MÚNZ. Stát zaujímá monopolní postavení v poskytování zdravotní péče. Zdravotnická zařízení a vůbec zdravotní péče nabízí rozsáhlé kapacity co do objemu péče i financí. Můžeme hovořit o relativně levném systému, který je financován i ze Slovenské republiky.

Postrádalo dostatek moderního managementu⁹, který nereagoval na potřeby občanů. Vykazoval velmi nízkou efektivnost. Na jedné straně vyšší počet personálu a zdravotnických zařízení, na straně druhé nízký sociální statut zdravotnického personálu. Pacienti neměli žádná práva při volbě lékaře, ovšem systém privilegií pro některé vrstvy fungoval velmi precizně. Zdravotnické služby bychom mohli výstižně charakterizovat jako neekonomické, nedemokratické, postrádající lidský přístup, etiku či motivaci.

I ve zdravotnictví platí lidské moudro: „Každá mince má dvě strany“.

Zpočátku však systém fungoval překvapivě dobře. Některé nemoci byly potlačeny, mnohé zcela vymýceny a tím sníženy některé ukazatele, např. dětská úmrtnost. Statistiky

⁸ Darmopilová, Z. Bude zdravotní reforma? In: MendelINET 2004. 1.vyd. Brno: MZLU –PEF, 2004. Základem pro subkapitoly 1.1. - 1.5. je přednáška, Reforma českého zdravotnictví., ing. Darmopilové, jaro 2007. Fakulta ekonomicko – správní, Brno. Dostupný z: [http:// is.muni.cz/](http://is.muni.cz/)

⁹ Pojem „moderní management“ je blíže charakterizován v subkapitole 2.1.

udávají, že v letech 1960 -1964 bylo české zdravotnictví na 10. místě mezi 27 evropskými zeměmi. V období 1970 - 1974 na 22. místě a roku 1980 se propadlo až na místo 27. S tímto poklesem přímo koreloval stav zdraví našich občanů.

1.2. Transformace¹⁰ 1989 -1991

Ekonomické reformy společnosti jsou vždy do jisté míry určovány politickými rozhodnutími. Samotný začátek transformace v České republice nastal krátce po nalezení politického konsensu o způsobu vedení reformy. Start transformace představuje rozpad kolosů - podniků na menší organizační jednotky, o jejichž efektivitě bylo možno pochybovat.

Cílem občanských iniciativ, které byly později zastřešeny Ministerstvem zdravotnictví, bylo vytvoření flexibilního systému zajišťujícího rovnováhu mezi profesionálními, ekonomickými, organizačními a lidskými aspekty. Dále pak vytvoření demokratičtějšího a liberálnějšího systému poskytování kvalitnějších služeb a lepší kontrolu nad využíváním zdrojů.

Žádoucím bylo i pozvednutí odborné úrovně a společenské prestiže zdravotnických pracovníků. Základní principy transformace :

- stát garantuje adekvátní úroveň zdravotní péče pro všechny občany
- svobodná volba lékaře.
- zrušení monopolního postavení státu.
- povinné zdravotní pojištění (Zákon č. 550/1991 Sb.)
- vícezdrojové financování

¹⁰ Transformace znamená změnu právní formy podniku z jedné na druhou. Současná literatura zabývající se procesem v České republice a v evropsky transformujících se ekonomikách je poměrně rozsáhlá. Celistvější práce přinesly z počátku transformačního období např. Earle, Frydman, Rapaczynski a Turkewitz (1994) nebo Mejstřík, Švejnar (1995, česky 1997). Souhrnné práce např. Večerník a Matějů (1999) a Mlčoch, Machonin a Sojka (2000). V portfoliu odborné literatury však chybí ucelený pohled na vývoj podnikové sféry České republiky v období prvního desetiletí transformace.

1.3. Privatizace 1991 – 1996¹¹

Privatizace podniků byla samozřejmou nutností transformace. S odstupem času se ukazuje, že důležitou roli v dalším vývoji privatizace daného podniku sehrála zvolená metoda privatizace.

Česká privatizace probíhala v několika fázích. Během let 1991 -1993 probíhala tzv. malá privatizace, jež se soustředila hlavně na malé ekonomické subjekty jako obchody, restaurace, malé průmyslové podniky, ale také na zdravotnictví. Důležitější metodou byla velká privatizace, ve které byla privatizována většina středních a velkých podniků. Tato byla rozdělena do dvou vln (1992 -1993, 1993 -1995).

Privatizace přinesly do české ekonomiky zcela nové druhy vlastnických uspořádání, což se odráželo především ve výkonnosti podniků.¹² Malá lůžková zařízení, soukromí lékaři, privátní lékárny, lázeňská zařízení, praktikovala formou obchodních společností. Pro neziskové organizace neexistoval právní rámec. Velké nemocnice nebyly privatizovány.

Efekt privatizace se vyznačoval především růstem kvality poskytovaných služeb, rapidním nárůstem zájmu o pacienta, vyšší dostupností zdravotnické a jiné techniky. Mohli bychom hovořit o určité „ekonomizaci“ zdravotnictví, pluralitním trhu zdravotních služeb, kde řídicí pravomoci byly rozděleny mezi veřejnou správu, profesní komory a zdravotní pojišťovny.

Nepodařilo se racionalizovat síť poskytovatelů. Příjmy z malé privatizace posloužily k úhradě úroků z úvěrů poskytnutých osobám pro účely privatizace zdravotnického zařízení (celková částka na tyto účely byla omezena výší úroků z 20 mld. Kč deponovaných u bank).¹³

1.3.1. Pluralitní systém zdravotního pojištění

Je snahou zavedení konkurence mezi plátce. Vzniklo až 27 pojišťoven¹⁴, které postupně krachovaly, fúzovaly. Dnes je v České republice deset pojišťoven (příloha č.1). Chystá se vznik jedenácté.

¹¹ Kočenda E., Lízal, L. Český podnik v české transformaci 1990-2000, s. 164 -168.

¹² Zkoumáním vztahu mezi ziskem a privatizací se zabývají Claessens a Djankov (1999).

¹³ Převzato z publikace JEŽEK, T. (2006), s. 44.

V polovině 90 let zdravotnictví zasáhla bilanční krize a nemocnice se ocitly v deficitu stovek mil. Kč.¹⁵ Vývoj českého zdravotnictví stagnoval a nabízela se jedinečná příležitost reformovat postkomunistický systém podle zdařilých západních vzorů. Vybrat si jako vzor ty země, které vybírají od občanů nižší pojistné a dovedou zajistit kvalitní a dostupnou péči bez zbytečné zátěže pacientů doplatky. Zdravotní politika se tudíž začala orientovat na regulaci nabídkové strany tím, že došlo k racionalizaci sítě poskytovatelů, k důsledným a pravidelným kontrolám lékové investiční politiky. Uvedené tendence správně postřehl známý hutní magnát Chrenek. Pochopil, že poptávka po zdravotnických výkonech je velká a stále roste. Předpověděl také, že mnohé státní a krajské orgány relativně ochotně převedou část svých problémů s řízením zdravotnických zařízení na soukromý subjekt. Jeho firma ovládla podstatnou část zdravotnických zařízení na severní a střední Moravě.

1.4. Restrukturalizace lůžkové péče 1997 -1999¹⁶

Měla vyřešit problém naddimenzované akutní lůžkové péče, posílit počet lůžek pro dlouhodobou péči a snížit počet zdravotnického personálu, především lékařů. Otázkou bylo geografického rozmístění kapacit. Reforma veřejné správy znamenala převedení centrálně řízených nemocnic do samostatné působnosti krajů. Kraj byl zřizovatelem bývalých okresních nemocnic. Nyní kraje spravují 97 nemocnic., tj. 33 258 lůžek, což je 50 % lůžkového fondu všech 181 českých nemocnic.

1.5. Současný stav

Zdravotnictví zůstává v krizi. Oblast financování péče a právní detaily zůstaly nedořešeny. Existuje nespočetně mnoho koncepcí, z nichž většina je pouze na papíře. Celou situaci dokresluje obměna ministrů v rezortu zdravotnictví. Ze zprávy Světové banky vyplývá relativně vysoká úroveň výdajů na zdravotnictví, relativně vysoké odvody z mezd (13,5%)¹⁷.

¹⁴ ÚZIS ČR 1990-1998 zdravotnictví v ČR ve statistických údajích. Dostupný z: [http:// www.uzis.cz/](http://www.uzis.cz/).

¹⁵ Dostupný z: [http:// www.zdravotnipojistovny.blogspot.com/](http://www.zdravotnipojistovny.blogspot.com/).

¹⁶ Strnad, L., Gladkij, J. Postavení nemocnic ve zdravotní péči. Zdravotnictví v ČR, 2000, č.1-2, s. 3.

¹⁷ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů.

Žijeme v demokratickém právním státě, který nemůže ztrácet ze zřetele, že poskytování zdravotní péče má zároveň závažné sociální důsledky. V současné době probíhají zásadní diskuse o otázkách týkajících se zdravotnictví v podmínkách tržní ekonomiky.

Například nutnost redefinovat rozsah garantované péče, možnost volby zdravotního připojištění, optimalizace sítě poskytovatelů, zvýšení autonomie pojišťoven a také jako součást investiční politiky systém odpisů. Dlouhodobé řešení nabízí „Bílá kniha ve zdravotnictví“¹⁸ s cílem angažovat všechny zainteresované subjekty - pacienty, poskytovatele, plátce, politické strany, aj.

Vytvořit konsensus, stanovující příslušnou úlohu státu, odpovědnost občanů, postavení zájmových skupin, jejichž přehled je uveden v příloze č. 2.

¹⁸ Pojem „Bílá kniha“ je používán pro shrnující východiska pro reformu ve zdravotnictví, např. Bílá kniha terciárního vzdělávání shrnující východiska pro reformu českých univerzit, aj.

2 POJETÍ MANAGEMENTU¹⁹

Management je odvozen od anglického „to manage“, což v překladu znamená obstarat, zařídit. Kořeny managementu ovšem pocházejí z latinského slova „manus“, což v překladu znamená ruka. Pod pojmem „management“²⁰ je třeba chápat ucelený soubor otevřených přístupů, názorů, zkušeností, doporučení, metod, které subjekty managementu užívají ke zvládnutí specifických činností, jež jsou nezbytné k dosažení cílů organizace, dílčí organizace, zájmové skupiny, jednotlivce. Význam managementu spočívá ve schopnosti manažerů obstarat vše nutné, důležité, potřebné pro optimální a efektivní fungování organizace. Také v umění zhodnotit výkon a vložený kapitál. Velmi důležité je následné řízení organizace tak, aby obstála v dnešní globální ekonomice a současně plnila své společenské závazky.

2.1. Moderní management²¹

Moderní management bychom mohli nazvat procesem, který reflektuje globální svět a vyvíjí se současně s vývojem společnosti, charakterizovaný třemi základními pojmy : organizace, management, manažeři.²²

Organizace je sdružení lidí a prostředků za účelem dosažení určitého společného cíle. Tento společensko – ekonomický systém dosáhne svého cíle za předpokladu předem daného poslání, vize a strategie. Poslání vystihuje vznik organizace a její postavení ve společnosti. Vize je ucelená představa o tom, jak dané poslání bude plnit v několika dalších letech. Jelikož je vize obecná představa, je nutné, aby ji vedení vždy konkretizovalo. Strategie je scénář, který vyplyne z požadavků dosažení zvolených cílů. Organizace musí reflektovat změny v okolí, hodnotit je a dostatečně rychle na ně reagovat.

¹⁹ Jako základ pro tuto subkapitolu byla použita učebnice Vágner, I. (2006).

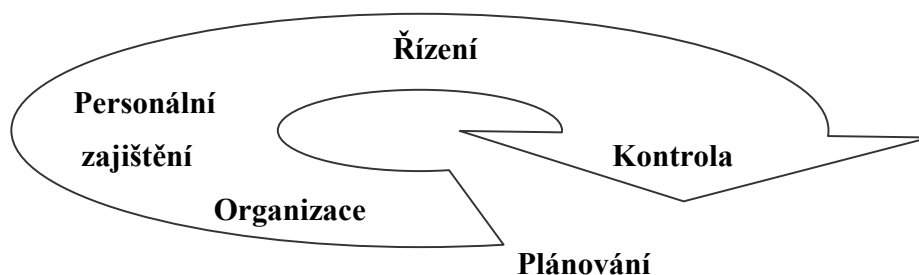
²⁰ Vágner, I. (2006), s. 51 . Prof. Vágner popisuje management v širším pojetí, tj. lidská aktivita spojená s formováním budoucnosti objektu managementu i se zabezpečením jeho chodu. V užším pojetí jako k zabezpečení chodu efektivním způsobem.

²¹ „Moderní“ – adjektivum vyjadřující se k vyvíjejícím se procesům.

²² Převzato po úpravě diplomantky z publikace Pitra, Z. (2007), s. 7.

Management je proces, jehož hlavními složkami jsou plánování, organizování, vedení, kontrola, řízení a personální zajištění (obr. 2.1.). T. Baťa : „*Stroje, to je jen spousta železa a oceli. Budovy, to jsou hromady cihel a betonu. Život tomu dávají teprve lidé.*“

Obr. 2.1. Cyklus funkcí managementu²³



Obecné zásady managementu platí pro různé typy organizací v průmyslu, ve službách, v neziskových organizacích, např. i ve zdravotnictví.

Management je soustava poznatků o informačních procesech, vztahující se k příslušnému obsahu, jež je vnímán různě a jimiž subjekt managementu prostřednictvím interakcí a komunikací působí na objekt managementu, přičemž výsledek musí být vyjádřen formou úspěchu, neúspěchu či jiné kvality.²⁴ Management se zabývá spíše lidmi než technikami a závaznými postupy. Jeho podstatou je produktivní uplatňování znalostí. Přijímáme dnes fakt, že učení je celoživotní proces, jehož účelem je držet krok se změnami.

Úkolem je nabídnout lidem, jak se učit. Tři nejdůležitější otázky znějí:²⁵

- Co je předmětem naší činnosti ?
- Kdo je našim zákazníkem?
- Čemu tento zákazník přikládá hodnotu?

²³ Převzato po úpravě diplomantky z publikace Koontz, H., Weihrich, H. (1993), s. 353.

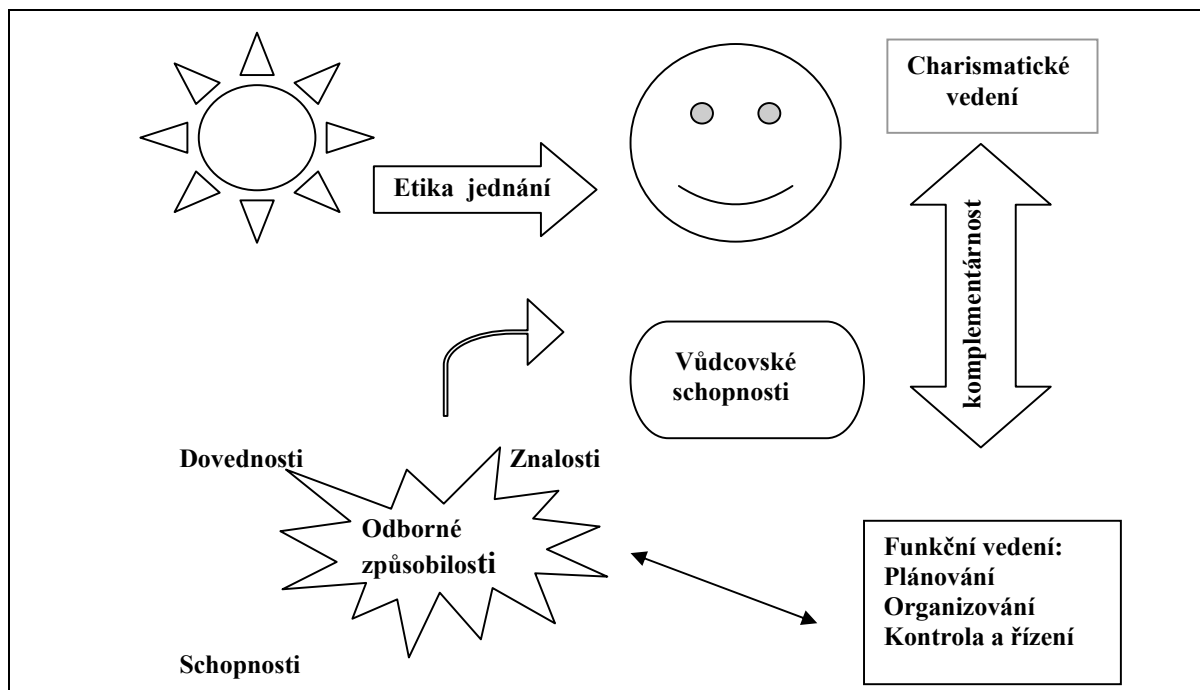
²⁴ Základ pro subkapitulu převzat po úpravě diplomantky z učebnice Vágner, I. (2006), s. 67 -68.

²⁵ Edersheim, H. E. (2008), s.22.

2.1.1. Kdo je manažer

Manažeri jsou skupinou zaměstnanců, kteří nevykonávají pracovní činnost, nýbrž vytvářejí podmínky pro své podřízené, aby mohli vykonávat jimi uložené úkoly efektivně, kvalitně a včas. Úspěšný manažer by měl disponovat podnikatelským myšlením, což se opírá o systémové pojetí (obr. 2.2.) strategické myšlení a v neposlední řadě o finanční úvahy.

Obr. 2.2. Systémové pojetí manažera :²⁶



Systémovým pojetím manažera chápeme podmínky, jimiž jsou navrhovaná opatření proveditelná s disponibilními zdroji organizace. Nejpodstatnějším úkolem manažera je, aby každý pochopil účel a cíl skupiny, včetně metod a technik k jejich dosažení. Pokud má úsilí celé skupiny vést k efektivnosti musí každý jednotlivec znát svou roli. Při výkonu manažerských funkcí jsou na manažera kladeny požadavky *4E* (Koontz, Weihrich, 1993):

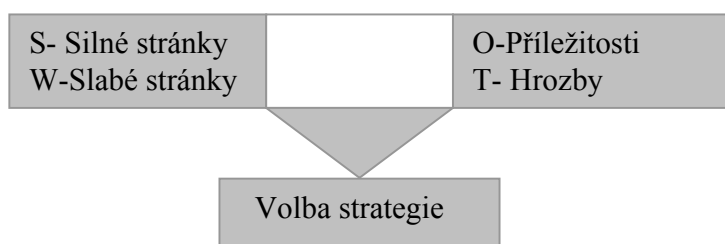
²⁶ Převzato po úpravě diplomantky z publikace Pitra, Z. (2008), s. 70.

- Effectiveness (účelnost) – děláni správných věcí.
 - Efficiency (účinnost) - provádění věcí správným způsobem
 - Economy (hospodárnost) – konat věci s minimálními náklady
 - Equity (odpovědnost) – konat věci spravedlivě a podle práva
- Strategické myšlení umožňuje manažerovi specifikovat, za jakých podmínek jsou cíle dosažitelné.
- Jaké produkty a služby musí být vytvořeny, aby organizace dokázala uspokojit potřeby, požadavky, přání svých zákazníků stávajících i potenciálních.
 - Komu budou produkty a služby nabízeny, aby výnosy z jejich prodeje byly vyšší.
 - Jak produkty a služby vyrobit, aby vynaložené náklady byly co nejnižší.

2.1.2. Strategie a strategické řízení

Při koncipování strategie jako vytvoření budoucího způsobu řízení organizace, který buď zachovává nebo zlepšuje její konkurenční postavení se zpracovává SWOT analýza. Dobrá strategie je ta, která těží ze silných stránek, odstraňuje slabé stránky, neutralizuje hrozby a využívá budoucích příležitostí. Zjištěné slabé stránky musí být podnětem pro zpracování strategických operací (obr. 2.3.).

Obr. 2.3. Postavení analýzy SWOT ve strategických úvahách²⁷



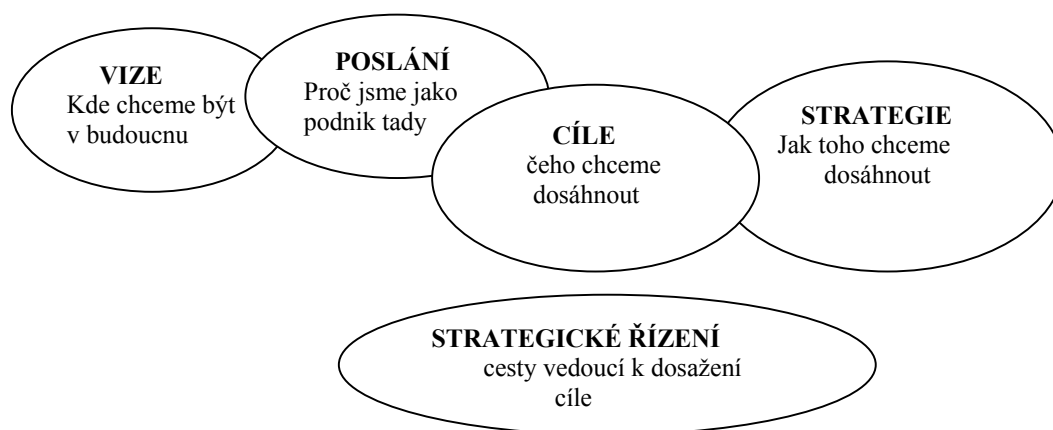
Z formulované strategie musí směřovat k využití příležitosti a současně omezení rizik, vyplývajících z hrozeb. Na závěr celého procesu je vybrána nejvhodnější alternativa. Klasická

²⁷ Převzato po úpravě diplomantky z publikace Lang, H. (2007), s.428.

metoda se používá zejména při koncepčním a strategickém rozhodování. Při zpracování analýzy se v některých zdravotnických zařízeních projevila tendence vylepšit image daného produktu.

Strategické řízení je řízením neustálých změn. Úspěch závisí především na lidech, jejich kvalitaci a angažovanosti (obr.2.4.). O úspěchu rozhodnou naši zákazníci, v našem případě jsou to pacienti. Rada velkána managementu P.Kotlera: „*Máte –li stejnou strategii jako konkurenti, žádnou strategii nemáte. Je –li však vaše strategie odlišná, ale snadno napodobitelná, máte slabou strategii. Máte –li strategii odlišnou, jedinečnou a obtížně napodobitelnou, máte strategii silnou a trvalou.*“

Obr. 2.4. Místo strategie²⁸



Strategie²⁹ stanoví základní směry rozvoje zdravotnického zařízení, vyjádřené v její vizi, misi, cílech a operacích.

1 krok - schválení strategie majitelem či zřizovatelem zařízení

Tento krok patří mezi nejzávažnější rozhodnutí, jelikož chybné strategie způsobují krize a bankroty. Ke schválení jsou nutné podklady, které předloží management zdravotnického zařízení. Tyto podklady podléhají pečlivé analýze. Statutární orgány zdravotnického zařízení

²⁸ Převzato po úpravě diplomantky z publikace CHARVÁT, J. (2007), s .34.

²⁹ Ve velkých zdravotnických zařízeních se složitou strukturou, např. ve velkých fakultních nemocnicích se osvědčilo rozdělit strategické operace typu, A,B,C a D. Souček, Z. (2006), s. 107.

posuzují všestranně zda strategie splňuje jeho záměry. Pokud ne, pak si vyžádá doplnění a přepracování problematických částí. Speciálně se zaměřuje na rizika a na finanční toky. Majitel nebo zřizovatel si při schvalování strategie obvykle vyžaduje jakousi supervizi materiálů jemu předložených.

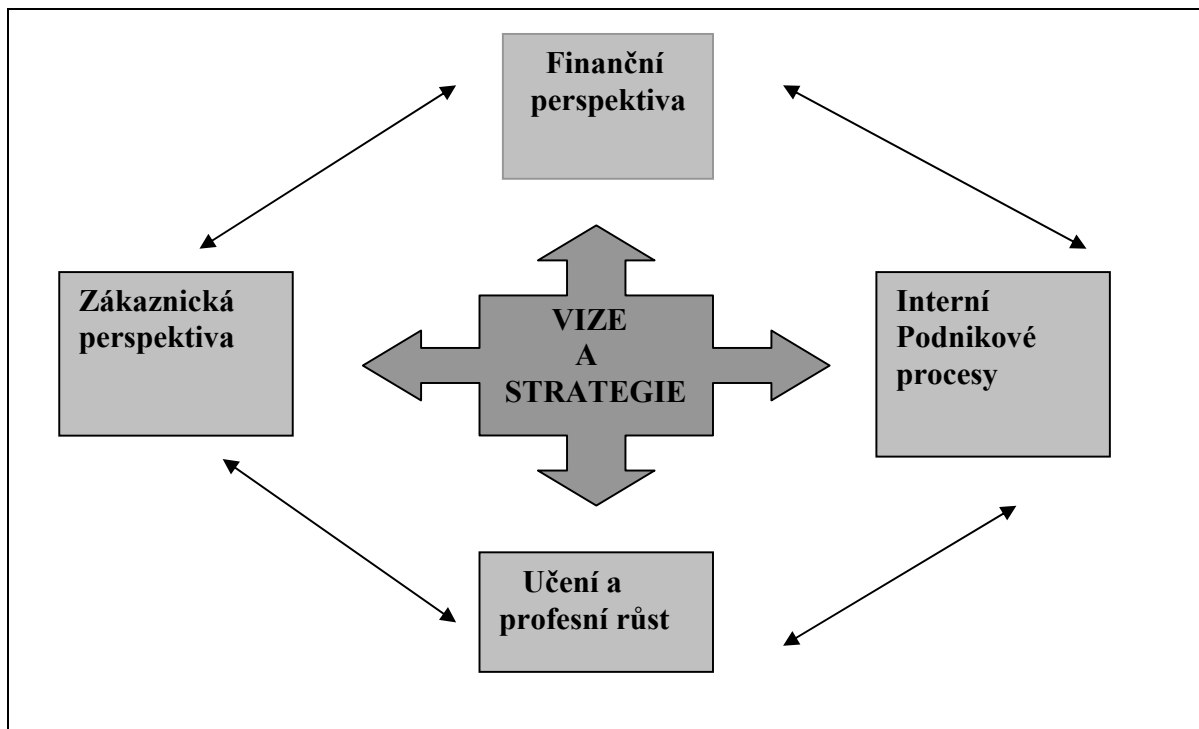
V malém zdravotnickém zařízení, kde management a majitel tvoří jediná osoba, tyto procesy splývají. Doporučuje se vyžádat si stanovisko nezávislého konzultanta z vysoké školy, poradenské firmy, specialisty pro strategie. Důležité je, aby strategie byla současně posouzena z hlediska medicínského, tak i ekonomického. Neznalost trendů medicíny i podcenění ekonomických aspektů může mít katastrofální důsledky. Je nutné, aby i zdravotnické středisko s jediným pracovníkem postupovala stejně jako střediska a zařízení větší. Tento krok je jasným rozhodnutím, která z variant strategie bude použita. Bez ní nelze fungovat.

2 krok - vyhlášení strategie

Je na místě si ověřit, zda odpovídá principům a poznatkům formulovaných organizací, zda strategie obsahuje kompatibilní varianty, moderní manažerské metody, tvůrčí, novátorské projekty, rozvojové světové trendy a zda je odlišná od konkurentů. Má tak zvanou konkurenční výhodu. Baťa zásadně nedával své produkty a postupy patentovat. Jeho firma se chovala tak, že byla stále v předstihu před konkurencí, tak že ochránit produkty nebo technologie nemělo žádný smysl. Tak je nutné se chovat i nyní v globálním konkurenčním světě. Vyhlášení je důležitým úkolem, proto je nutné mu věnovat patřičný prostor.

Na strategii organizace je standardně nahlíženo ze čtyř perspektiv: finanční, zákaznické, interních procesů, učení se a růstu. Vzájemné souvislosti mezi strategickými cíli a měřítky ukazuje obr. 2.5.

Obr . 2.5. Úspěch je odrazem dlouhodobé strategie³⁰



Manažer musí přesvědčit spolupracovníky o životní nutnosti strategii dodržovat a sám ji osobně řídit. Vyhlášením musí zajistit, aby se strategie stala základem všech procesů a dbát na důslednost jejího plnění. Strategií musí zajistit odpovědné využití lidských, technologických a finančních zdrojů. Pokud si lidé vezmou plán za své, pak nakročili správným směrem k zajištění trvalého úspěchu. Manažer by měl mít porozumění i pro jednotlivce. Skvělý manažer je ten, který je obdařen schopností nejen trendy vnímat, ale také jejich důsledky umět vysvětlit tak, aby i ostatní zúčastnění mohli na jejich základě jednat.

³⁰ Konference efektivního řízení nemocnic konaného v kongresovém sále regionálního centra Olomouc, prezentace doc. MUDr. Václava Rýznara, CSc., MBA., vedoucího oboru zdravotnictví olomouckého kraje. Medical Tribune ročník III., 18. června 2007, č. 20.

2.2. Právní forma společností

Obchodní zákoník a další právní normy nabízejí podnikatelům různé právní formy podnikání, přičemž výběr zcela závisí na volbě podnikatele. Z toho hlediska je důležité před založením podniku obeznámení s nejdůležitějšími právními předpisy, které s tím souvisí. Jelikož tržní ekonomika přináší vysokou míru rizika neúspěchu, je právě správná volba právní formy dlouhodobě působícím faktorem. Změna právní formy se nazývá transformace.

2.2.1. Nejdůležitější právní formy podnikání jsou :

1. samostatný podnikatel (fyzická osoba = živnostník)
2. obchodní společnosti:

Osobní Veřejná obchodní společnost Komanditní společnost

Kapitálové Společnost s ručením omezeným Akciová společnost
--

3. družstva
4. státní podniky
5. evropské hospodářské zájmové sdružení
6. evropská společnost
7. evropská družstevní společnost
8. ostatní

Podnikání samostatných podnikatelů se řídí živnostenským zákonem.³¹

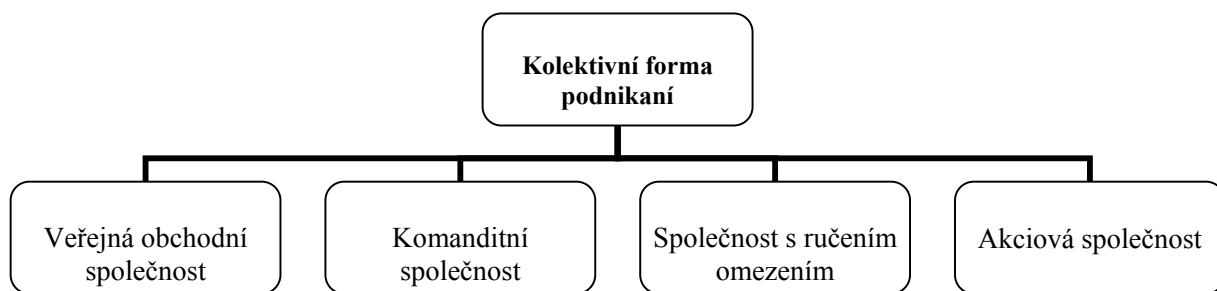
Obchodní společnosti³² představují jednu ze základních právních forem k podnikatelské činnosti (obr.2.6.). Tvoří sdružení osob ke společnému podnikání. S pojmem obchodní

³¹ Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání. Aktuální návod, jak založit živnost, lze nalézt na stránkách Ministerstva průmyslu a obchodu ČR dostupný z: <http://www.mpo.cz/dokument/23559.html>.

³² Obchodní společnosti upravuje obchodní zákoník v § 56, kde se říká, že obchodní společnosti jsou právníckými osobami založenými zásadně za účelem podnikání.

společnost úzce souvisí pojem společník. To je osoba, která se podílí na podnikání prostřednictvím obchodní společnosti. Na rozdíl od družstev, jsou obchodní společnosti relativně uzavřená společenství, tzn., že pokud by došlo ke změně počtu společníků, je nezbytné změnit společenskou smlouvu a stanovy. Postup při zakládání jednotlivých obchodních společností je uveden v příloze č. 3.

Obr. 2.6. Kolektivní forma podnikání v obchodních společnostech



2.3. Vztah managementu a podnikání

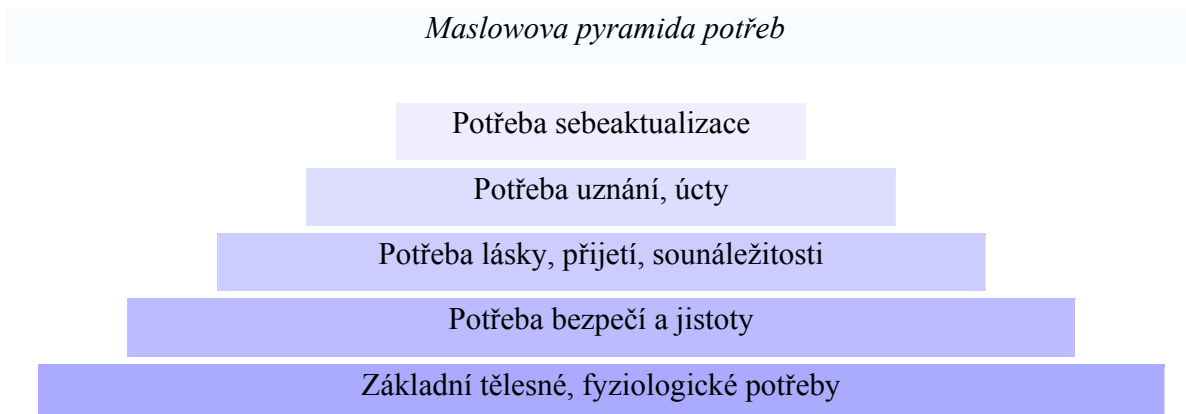
Management, na jejíž základě je řízena většina organizací, již neodpovídá skutečnosti.

- 1) s rozmachem internetu se nesmírně zrychlil pohyb informací.
- 2) výbušným způsobem se rozšířila geografická působnost firem i zákazníků.
- 3) dynamicky se mění původní demografické předpoklady.

Obyvatelé zemí vyspělého světa jsou neblaze poznamenáni stárnutím skupin zaměstnanců (přehled je uveden v příloze č.4) a klesající porodností. Až donedávna dosahovaly vrcholu Maslowovy pyramidy³³ (obr. 2.7.) potřeb čili seberealizace jen zákazníci v těch nejbohatších zemích.

³³ Maslowova pyramida - hierarchie lidských potřeb, definoval americký psycholog A. H. Maslow v r. 1943, obsahuje pět základních potřeb.

Obr. 2.7. Maslowova pyramida potřeb³⁴



4) zákazníci vstoupili do firem a převzali tam mnohdy i jejich kontrolu. Firmy, jak je známe, postupně mizí. Omezují prodej výrobků a spíše prodávají zkušenosti.

- Finanční trhy v současnosti oceňují znalosti mnohem výše než „tvrdá aktiva“³⁵, čímž také podtrhují nástup znalostní ekonomiky. Například ekonomika Spojených států čelí nejvážnější hrozbě posledních 100 let.
- Organizace vydaly spíše cestou strategické spolupráce, než aby usilovaly o postavení jedinečných superhvězd.
- Strategie se stala pro vedení organizací zásadní a průběžnou činností, nejde již jen o každoroční plánovací rituál.

Vágner (2006) poukazuje na obtížnost situace českých manažerů v českém podnikatelském prostředí, se kterou se musí vyrovnat a popisuje ji následovně:³⁶

1. Nestandardní vlastnické prostředí

- Neúplná vyjasněnost a nestabilita vlastnických vztahů
- Absence dlouhodobé vlastnické strategie většinou málo způsobilých (představitelů) vlastníků.

³⁴ Převzato po úpravě diplomantky z publikace Veber, J. a kol. (2000), s. 65

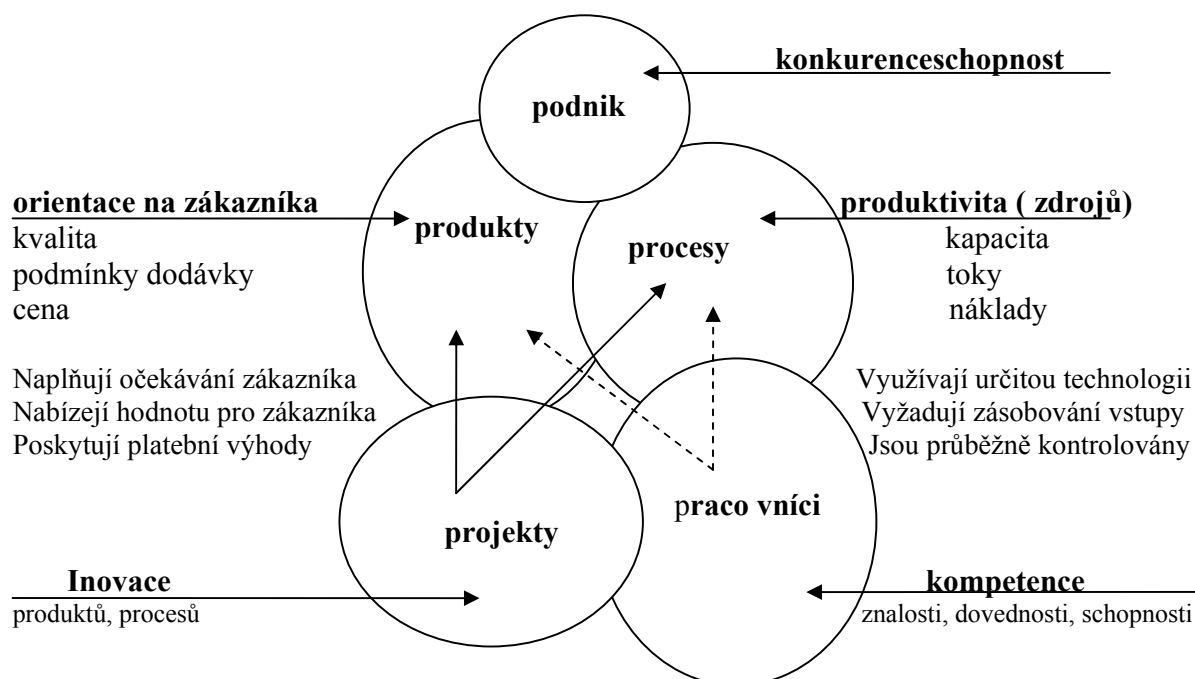
³⁵ „Tvrdá aktiva“ – výraz používaný v ekonomii.

³⁶ Vágner, I. (2006), s. 56 .

2. Absence dlouhodobé koncepce hospodářské politiky státu
 - Stagnace aplikovatelného výzkumu, vývoje a transferu know –how
 - Málo atraktivní podmínky pro vstup zahraničního kapitálu
 - Nesladěnost makroekonomické politiky a podmínek pro ekonomický růst
3. „Děravé“ právní prostředí a nedostačující společenský tlak na etiku podnikání
 - Běžné nedodržování smluvních závazků
 - Nedobytnost velkého množství pohledávek podvazuje finanční zdraví podniků
4. Finanční náklady – deprimují hospodářský výsledek z finančních operací

Tato výše popsaná skutečnost vystihuje univerzálně podnikatelské prostředí, do něhož patří i zdravotnictví. Nicméně s touto situací se budou muset čeští manažeři „poprat“ zvýšením své podnikatelské tvořivosti, výkonnosti, analytických schopností, rozvíjením svých schopností, získáváním zkušeností, nových dovedností a experimentováním. V důsledku pokračující globalizace je dnešní svět menší a těsnější. Boj o zákazníka je na dnešních globálních trzích stále intenzivnější a zákazník je dnes činitelem, který určuje orientaci podnikatelských aktivit všech organizací. Z této situace má každá organizace reagovat na vývoj ve svém okolí podstatnou změnou svého podnikatelského chování (obr.č. 2.8.). Tato změna musí organizaci umožnit reagovat na změny v jejím okolí pružněji a rychleji, než to dokážou její rivalové, a přitom nemusí trvale zvyšovat svou podnikatelskou výkonnost. Ta závisí na účelnosti nabídky produktů a služeb, které se musí svými hodnotami a vlastnostmi co nejvíce přiblížit očekávání zákazníka. Tyto produkty musí organizace neustále inovovat, k tomu přizpůsobovat a provádět organizační změny. Hovoříme o účelovém managementu, který pracuje s intelektuálním kapitálem s cílem vybudovat její konkurenceschopnost na zhodnocení znalostí pracovníků za přispění účinných metodických nástrojů organizace. To vše v situaci, kdy požadavky na ochranu životního prostředí získaly globální rozměr a soukromí investoři očekávají vysoké zhodnocení svých investic.

Obr. 2.8. Podmínky účelného a efektivního působení organizace³⁷



2.4. Systém managementu a jeho model³⁸

Systém managementu jako obsahově celostní stojící na třech pilířích:³⁹ (obr. 2.9.)

1. Osobní management, jehož kvalitativní úroveň je výchozím determinantem celého systému managementu.
2. Systém manažerských nástrojů a metod, respektuje interní kulturu a situaci v okolním prostředí
3. Vůdčovství, jež představuje vrchol systému managementu je determinováno těmito předpoklady: vysoká úroveň osobního managementu, vůdčovství je zaměřeno vždy na zabezpečení „dělání správných věcí“, ⁴⁰ přístup k vůdčovství má podobu zralého vůdčovství, jež je orientováno na zabezpečení dlouhodobého úspěchu. Prioritou

³⁷ Převzato po úpravě diplomantky z publikace Ralph, B.(2007).

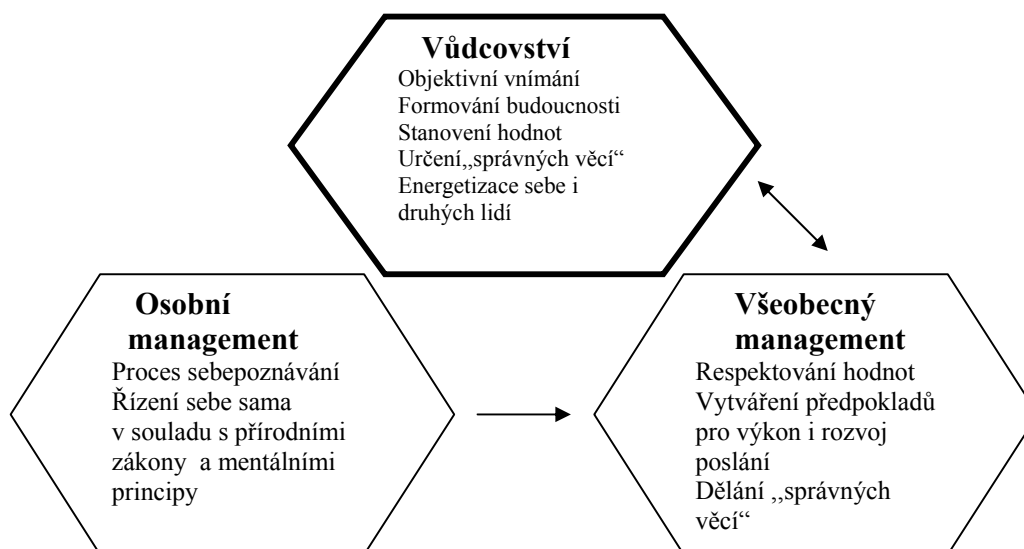
³⁸ Jako základ pro zpracování subkapitoly byla použita učebnice Vágner, I. (2006), s. 11 -14 .

³⁹ Základ definice po úpravě diplomantky převzat z publikace Systém Managementu, I.V. 2007, s. 13.

⁴⁰ Stanovení, „správných věcí“ je klíčovým předpokladem úspěchu.

vůdcovství je formování budoucnosti na základě objektivního vnímání reality a rozvojových tendencí 21.století.

Obr. 2.9. Tři pilíře celostního systému managementu⁴¹



Úspěšnost, kvalita systému se odvíjí od pochopení sama sebe a následného zvládnutí osobního managementu vedoucího k efektivní funkci managementu. Mnozí z nás, ať již se zabývají jakoukoliv profesí si neuvědomují, že právě úroveň osobního managementu se odráží ve výkonu a nejen v profesním životě, ale i v soukromí. Z toho vyplývá, že proces zdokonalování vychází „zevnitř ven“.⁴²

Domnívám se, že daný proces vystihuje rčení „ ryba smrdí od hlavy“. Pokud chceme cokoli změnit, musíme začít u sebe. Právě charakter člověka je hybatelem, který může vést k posunu každého z nás. V odborné literatuře se setkáváme s pojmem posun paradigmatu.⁴³ Samozřejmě cítíme rozdíly - není charakter jako charakter, je pevný nebo nepevný. Umění

⁴¹ Převzato po úpravě diplomantky z učebnice Vágner, I. (2006), s. 14.

⁴² Vágner, I. (2006), s. 12. Dále tento pojem najdeme v učebnici Vágner, I., Weber, M. (2006), s. 37.

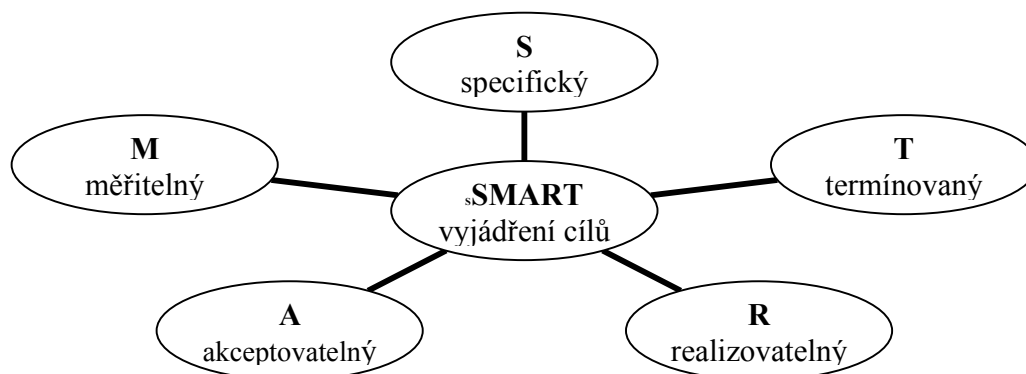
⁴³ Covey, S. R. 7 návyků skutečně efektivních lidí. 1. vyd. Praha: Management Press, 2006. s.342.

Covey, jenž je duchovním otcem tohoto posunu, který díky analýze označil za základ úspěchu člověka tzv. etiku charakteru a nikoliv tzv. etiku osobnosti.

přimět se, pracovat na svých kvalitách, posouvat je k efektivnímu využití, které díky pozitivnímu myšlení, vyjadřování se, jednání, vyjednávání a především chování bude ku prospěchu třeba nám všem.

Nestačí nám jen charakter, potřebujeme i nástroje, kterých je na poli managementu nepřeberné množství. V následujících kapitolách uvádím jen ty, které by byly vhodné pro management nemocnic. Je třeba mít vždy na mysli cíl, kam chceme dojít, čeho chceme dosáhnout, jaké nástroje nám pomohou na zvolených cestách, jež budou v souladu s metodami a požadavky „SMART“⁴⁴ (obr. 2.10.)

Obr. 2.10. Vyjádření cílu v označení „SMART“.



Dodržením výše uvedeného „SMART“ platí, že je lépe dosáhnout méně, ale kvalitních cílů, než –li více a neodpovídajících cílů, podle požadavků „SMART“.

Všeobecný management⁴⁵ působí a rozvíjí jakoukoliv organizaci. Jeho úroveň přímo ovlivňuje vůdcovství, tudíž jsou ve vzájemné interakci. Podstatou všeobecného managementu je tvorba nástrojů, které nám pomohou plnit cíle a tím nám usnadní cestu k vytyčeným vizím, strategiím a hodnotám nejen člověka, zájmových skupin, ale i organizací. V odborné literatuře se setkáváme s označením „univerzální nástroj“. Úspěch se dostaví jen tehdy, když všechny tři pilíře systému jsou naplněny.

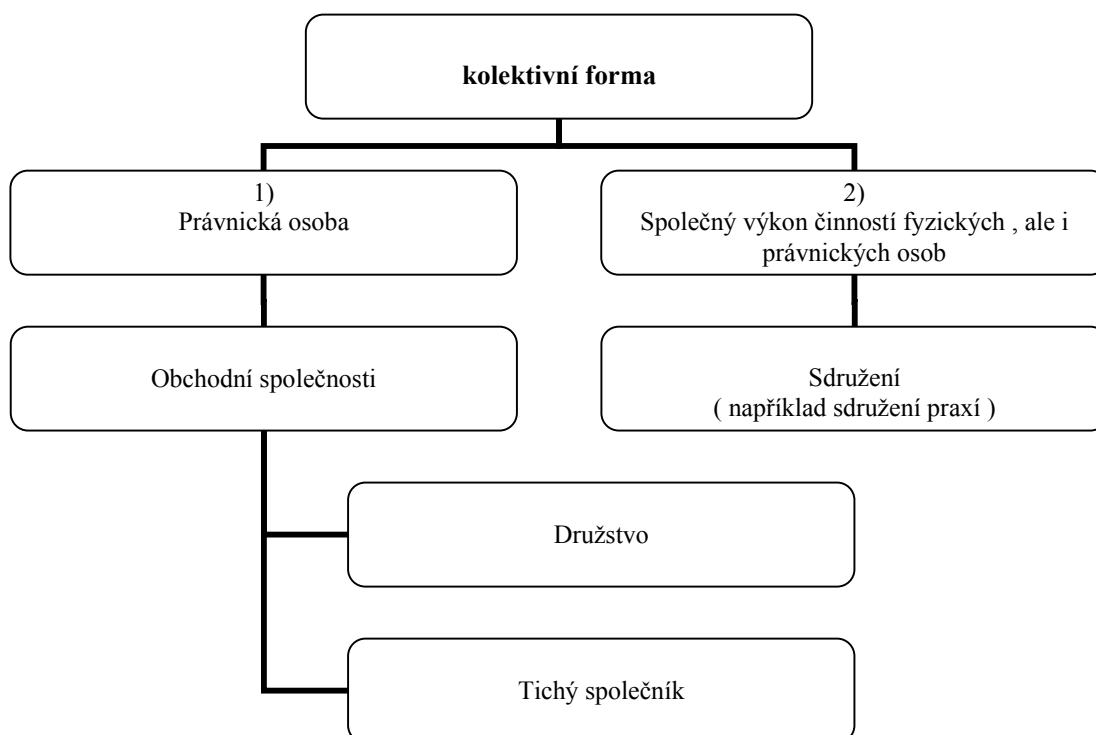
⁴⁴ Blíže viz. např. učebnice Vágner ,I. (2006), s.159.

⁴⁵ Uvádí prof. Vágner ve svých publikacích jako širokou uplatnitelnost managementu do úrovně organizace.

2.5. Management ve zdravotnictví

Pro poskytování služeb nebo při prodeji výrobků na území České republiky platí obecné právní normy. Lékaři a další zdravotnický personál vykonávají svou činnost v různých kolektivních formách podnikání (obr.2.11.). V právních normách je kolektivní výkon podnikatelské činnosti upraven zákonem č. 513/1991 Sb., obchodním zákoníkem ve znění pozdějších předpisů, a to ve formě obchodních společností a družstev, fyzických a právnické osoby.⁴⁶

Obr. 2.11. Kolektivní forma podnikání ve zdravotnictví



ad 1) Formy kolektivního výkonu jako právnické osoby označené v obchodním zákoníku

ad 2) Formy kolektivního výkonu definovány v občanském zákoníku.

⁴⁶ Podnikání podle § 2 zákona č.513/1991 Sb., obchodního zákoníku, ve znění pozdějších předpisů.

2.5.1. Zdravotnická zařízení⁴⁷

Zdravotnická zařízení⁴⁸ (nemocnice, kliniky, ordinace jednotlivých lékařů a nebo jejich skupin) jsou obklopena svou jedinečností a specifickostí. Tyto instituce mají samozřejmě jiný předmět činnosti než ostatní instituce. Soustava zdravotnických zařízení je uvedena v příloze č. 5.

Předmětem činnosti zdravotnických zařízení je především uzdravování nemocných lidí a pomoc při uchování tohoto zdraví. Jde nepochybně o činnosti vysoce významné, protože zdraví je to nejcennější, co člověk má. Jde o aktivity vysoce odborně náročné.

Specifika, jimiž se strategické řízení zdravotnických zařízení vyznačuje, nelze přehlížet a je nutno je respektovat, protože činí řízení zdravotnických zařízení mimořádně složitým. Přesto v oblasti metod řízení i ve zdravotnictví existuje mnoho společných rysů stejných jako ve firmách, zabývajících se jinými činnostmi. V jakékoliv firmě musí být výnosy vyšší nebo minimálně stejné jako náklady, příjmy a výdaje musí být v rovnováze, odměňování pracovníků musí být zaměřeno na optimální uspokojení vlastních potřeb.

2.5.2. Příčina mimořádné obtížnosti řízení zdravotnických zařízení⁴⁹

Lékař po obdržení lékařského diplomu skládá slavnostní slib, že bude své pacienty léčit „lege artis“. ⁵⁰ Lékařská věda poskytuje stále nové poznatky, nové diagnostické i terapeutické metody, které se v posledních letech vyvíjí raketovým tempem. Zdroje, které má zdravotnictví k dispozici však zdaleka takovým tempem nerostou. A jsem u první příčiny rozporu mezi úrovní lékařské vědy a disponibilními zdroji. Vždy existovaly železné zákony ekonomiky, které tyto zdroje limitovaly.

Druhým faktem náročnosti řízení zdravotnického zařízení je obtížnost normování zdravotnických výkonů. Práci dělníka, úředníka nebo prodavače lze obvykle jednoduše

⁴⁷ Dostupný z: <http://www.who.cz/>.

⁴⁸ Pojem zdravotnická zařízení –synonymem organizace, instituce specifické pro zdravotnictví.

⁴⁹ Jako základ pro zpracování subkapitoly byla použita publikace Souček, Z., Burian, J. (2006), s. 21-25.

⁵⁰ Zásada „lege artis“ je klíčovou zásadou zdravotnického práva vyjadřující skutečnost, že při poskytování zdravotnické péče musí být veškeré léčebné a diagnostické úkony prováděny plně v souladu s nejvyšším možným stupněm medicínské vědy a praxe.

znormovat. Reakce lidského organismu jsou individuální, různorodé a obtížně předvídatelné. Z tohoto důvodu nejen spotřeba času, ale ani spotřebu léků a materiálu nelze přesně určit. Těžko normovat efektivitu využití intelektu, který vychází nejen ze zkušeností lékaře, ale i z jeho individuální invence. Zatím nebyla nalezena dostatečně objektivní metoda měření zdravotnických výkonů a použití všech známých metod (body, paušály, DRG...) ⁵¹ se setkává s velkými výhradami. Absence norem, výkonů a spotřeby, které jsou všude páteří plánování a řízení, je proto další překážkou racionálního řízení zdravotnických zařízení. ⁵²

Třetí příčinou je bytostní nechuť většiny lékařů zabývat se otázkami ekonomie, financování a managementu vůbec. Provádění špičkové medicíny vyžaduje neustále celoživotní intenzivní studium odborných lékařských metod. Jejich aplikace vyžaduje i širokou interdisciplinární škálu poznatků z oblasti fyziky, chemie, biologie, elektroniky, informatiky a dalších vědních oborů i ovládnání nových složitých lékařských přístrojů.

Z toho plyne, že cílem není jen maximální snížení nákladů, nýbrž využití disponibilních zdrojů k poskytnutí optimální péče co nejširšímu okruhu pacientů.

Čtvrtý faktor má etický charakter. Někteří představitelé zdravotnické lobby neustále zdůrazňují jakousi nadřazenost zdravotnické profese nad všemi ostatními.

⁵¹ Způsoby úhrad zdravotní péče, který se používá ve velkých nemocnicích.

⁵² Souček, Z.,Burian, J. Strategické řízení zdravotnických zařízení. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2006.

3 SOUČASNÝ PRÁVNÍ RÁMEC NEMOCNIC

Zdravotnické zařízení je nutné vnímat i jako firmu, neboť i v ní probíhají ekonomické jevy a procesy, které mají dopad na provoz daného zdravotnického zařízení. Nyní zanalyzuji zdravotnické zařízení jako systém.

3.1. Zdravotnické systémy a jejich řízení⁵³

Přehled právních předpisů je uveden v kapitole 11. Některé z právních předpisů uvádím také přímo v textu v souvislosti se specifikou problematiky.

Každému zdravotnickému systému je vlastní pět typů odpovědností : odborná, etická, právní, politická a finanční

3.2. Zřizovatelem zdravotnických zařízení mohou být:⁵⁴

- Ministerstvo zdravotnictví české republiky⁵⁵
- Kraje v rámci své samostatné působnosti⁵⁶
- Obce v rámci své samostatné působnosti
- Právnícké a fyzické osoby

Rozdělení všech 192 nemocnic do skupin podle zřizovatelek konci roku 2007.⁵⁷

V současné době je 49% nemocničního lůžkového fondu spravováno právě komunálními řídicími orgány (kraj, město, obec).

⁵³ Podrobně v příloze č. 6.

⁵⁴ Všechna zdravotnická zařízení jsou povinna ze zákona uzavřít pojistnou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou a odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování zdravotní péče.

⁵⁵ Ministerstvo zdravotnictví je zřizovatelem fakultních nemocnic, vojenských nemocnic, odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic.

⁵⁶ Pokud jsou zřizovatelem zdravotnického zařízení kraje nebo obce, jsou povinny poskytovat zdravotní péči ve svém spádovém území, a to podle vyhlášky MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných obcemi a kraji.

⁵⁷ Zdravotnická statistika, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, dostupný z: <http://www.uzis.cz/>, s. 14-15.

- 20 zařízení je přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví (téměř 28% všech nemocničních lůžek),
- 25 zařízení je spravováno krajem (příspěvková zařízení – více než 15% všech lůžek),
- 20 zařízení má za zřizovatele město nebo obec (téměř 7% všech lůžek),
- 122 zařízení privátních – zřizovatel fyzická nebo právnická osoba (necelých 48% všech lůžek). Do toho počtu je ale zahrnuto 50 nemocnic – obchodních společností se 100% podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku. Tato zařízení se podílejí na privátním lůžkovém fondu více než 63%.
- Nemocnice v resortu Ministerstva obrany a spravedlnosti (5 zařízení) mají dohromady 1 409 lůžek, které představují jen 2,2% všech nemocničních lůžek.

Rozdělení nemocnic v České republice podle velikosti lůžkového fondu je uvedeno v příloze č. 6.

3.2.1. Změny právní formy v síti lůžkových zařízení v roce 2007

Nemocnice :

Ukončení činnosti : jedna

Zahájení činnosti : dvě

Převod krajských nemocnic na obchodní společnosti : dvacet tři

Jmenovitý výčet je uveden v příloze č. 7.

3.3. Zhodnocení stávající právní úpravy

Fakultní nemocnice se zabývají poskytováním praktické zdravotní péče, klinickou výukou posluchačů v oblasti lékařské, farmaceutické, ošetrovatelské. Nedílnou součástí je věda, výzkum a vývoj (§ 93 zákona č.111/1998 Sb.). Fakultní nemocnice by měly představovat zařízení poskytující zdravotní služby a péči na nejvyšší úrovni. Stávající právní úprava nevytváří odpovídající podmínky pro spolupráci fakultních nemocnic a příslušné lékařské fakulty, čímž se vytváří překážky pro rozvoj zdravotnických služeb, výzkum a vědu vůbec.

Fakultní nemocnice jsou příspěvkovými organizacemi ve smyslu zákona č. 219/2000 Sb., a jejich zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Fakultní nemocnice hospodaří s majetkem státu a při nakládání s ním jsou omezeny zákonem č. 219/2000 Sb.⁵⁸. S ponecháním dosavadních příspěvkových organizací bylo počítáno i po přijetí toho zákona, zřizovaných podle § 31 dřívějších rozpočtových pravidel, pouze však na omezenou dobu jejich existence. Právní úprava je nevyhovující především z hlediska jejího financování. Proto je nutné ji nahradit právní formou podle obchodního zákoníku. Zákon č. 219/2000 Sb., jež stanoví, že stát může založit obchodní společnost nebo se jí účastnit pouze ve formě akciové společnosti.

Rozpočet fakultní nemocnice se řídí zákonem č. 218/2000 Sb., podle kterého musí být po zahrnutí příspěvku ze státního rozpočtu nebo odvodu do státního rozpočtu sestaven jako vyrovnaný.

Odměňování zaměstnanců fakultních nemocnic se řídí ustanoveními zákoníku práce o platu [(viz. §109 odst.3 písm.d) zákona č.262/2006 Sb.] Plat zaměstnanců se pohybuje v určitých, předem jasně stanovených limitech zákoníku práce a příslušnými prováděcími předpisy.

Organizační členění fakultní nemocnice a vztahy jsou upraveny ve vyhlášce č. 394/1991 Sb. V čele fakultní nemocnice je ředitel.

Lékařské fakulty jsou součástí veřejné vysoké školy ve smyslu § 22 odst. 1 písm.a) zákona č. 111/1998 Sb. Na rozdíl od fakultních nemocnic, nejsou samostatnými právními subjekty. V právních vztazích vystupuje jako subjekt příslušná veřejná škola. Podle zákona č. 111/1998 Sb., plní na škole funkci učitelů akademičtí pracovníci, kteří musí být zaměstnanci školy. Na zaměstnance vysoké školy se nevztahují daná ustanovení zákoníku práce o platu. Dále existují souběžné pracovněprávní vztahy mezi fakultní nemocnicí a vysokou školou, což vede ke vzniku problémů při vymezení odpovědnosti díky odlišné právní úpravě.

Zákonem č. 20/1966 Sb., je stanoveno, že výukovými základnami lékařských a farmaceutických fakult a ústavů jsou pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků vysoce

⁵⁸ Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích.

kvalifikovaná pracoviště zdravotnických zařízení. Těmito výukovými základnami jsou v současné době zejména odborná pracoviště fakultních nemocnic.

Rozdíly v právním postavení, stejně jako v odlišnostech pracovněprávních vztahů fakultní nemocnice a vysoké školy jsou příčinou nedostatečné koordinace při zabezpečení zdravotních služeb, vzdělávání a také vytváří překážky efektivnímu řízení fakultních nemocnic. Právní úprava umožňuje podporu ze strany zřizovatele fakultním nemocnic formou příspěvku. Možné je financování výukových programů formou dotací.

V současné době je financování fakultních nemocnic nesystematické a řešení neodpovídá postavení fakultní nemocnic v systému zdravotnických zařízení. Diskrepanci lze spatřovat v tom, že výuka studentů je hrazena z plateb zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči.⁵⁹ Do nemocnice přicházejí následující zdroje : platby od zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči, grantové prostředky k financování vědecké činnosti, investiční dotace ze státního rozpočtu, prostředky z fondů Evropské unie a příspěvky z Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. O návrhu věcného řešení se pojednává v kapitole 5 a 6.

3.4. Neopomenutelné prostředí systému nemocnic

- základní a obecná legislativa státu
- zdravotnická legislativa
- zdravotnické zařízení (instituce) a jejich vzájemné vztahy a vazby
- existence konkurence
- dodavatelé – způsoby zdravotnického zásobování
- speciální služby : opravy zdravotnických zařízení, jejich organizace, dostupnost, délka, čekací doba atd.
- postavení a ekonomická situace zdravotních pojišťoven
- zdravotní faktory dané lokality

⁵⁹ Dostupný z: <http://i.forum.cuni.cz/FORUM-5149>.

- četnost, věková struktura a další ukazatelé okruhu potencionálních a skutečných pacientů
- další faktory - zdravotní situace mimořádné, specifické pro danou lokalitou atd.

Zdravotnické zařízení je možné identifikovat jako hospodářský systém, v němž jsou na vstupu vynakládány běžné provozní, investiční náklady, na straně druhé jsou za poskytnuté zdravotnické služby fakturovány výnosy. Rozdíl mezi náklady a výnosy dává hospodářský výsledek⁶⁰.

Tak jako každá firma je ovlivněna řadou faktorů, vyplývajících z analýzy firmy jako hospodářského systému, tak i zdravotnická zařízení vykazují po ekonomické stránce znaky, jež nedovolují posuzovat a hodnotit každou konkrétní zdravotnickou instituci z hlediska ekonomické efektivity a úspěšnosti.

Na druhé straně je každé zdravotnické zařízení ovlivněno specifickými faktory, které upravují vzhled do zdravotnické instituce jako do firmy založené na čistě komerční bázi.

Tyto specifické faktory jsou dány několika charakteristickými rysy systému zdravotnictví v ČR:

- Ústava ČR, LZPS je garantováno právo každého na zdraví a život, tedy i poskytnutí zdravotnické péče a služeb. Legislativa ČR přikazuje povinnost poskytnout pomoc všem. Lékaři složili slib Hippokratovu přísahu⁶¹ poskytnout pomoc. Poskytnutí zdravotní péče je dáno především etickými a morálními normami. Zatímco obchod mezi ekonomickými subjekty probíhá na základě oboustranné výměny hodnot a je založen na vůli smluvních stran.
- Specifická zařízení - zdravotnická zařízení (nemocnice, ústavy, léčebny, záchranné služby), které provádějí zdravotnické výkony, poskytují zdravotnickou péči a služby.
- Ceny zdravotnických služeb jsou stanoveny pevně a direktivně na základě jednotlivých výkonů a následného dohodovacího řízení, jehož výsledkem je vyjádření bodů

⁶⁰ OECD Health Data 2004. Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP ve vyspělých zemích OECD v letech 1970 až 2000 poměr tohoto sektoru ku zbytku ekonomiky výrazně zvýšil. V průběhu posledního desetiletí 20. století byl růst zdravotních výdajů v členských zemích EU vždy vyšší než růst jejich ekonomik.

⁶¹ Hippokratova přísaha je přísaha skládána lékaři, která obsahuje základní etické principy jejich povolání.

jednotlivých výkonů. V některých odbornostech se jedná o stanovení pevné kapitační platby, která se odvíjí od přesně stanovených faktorů či na základě sazebníku.

- Systém financování zdravotnictví ČR je založen na principu vzájemné solidarity projevující se v povinném zdravotním a sociálním pojištění. Tyto prostředky jsou přerozdělovány zdravotními pojišťovny na úhradu zdravotní péče tam, kde jsou potřebné.
- Přerozdělování prostředků zdravotními pojišťovny, kde majoritní postavení má Všeobecná zdravotní pojišťovna. Díky přerozdělování prostředků získaných ze zdravotního pojištění se zabezpečuje zajištění stejných podmínek pro všechny občany bez ohledu na konkrétní výši odváděného pojistného, ať už je plátcem zaměstnavatel, zaměstnanec nebo stát.

3.5. Veřejná nezisková ústavní zdravotnická zařízení⁶²

Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních (zákon č. 245/2006 Sb.) prosadil jeden z ministrů zdravotnictví, David Rath. Centralizuje české zdravotnictví tak, že ustanovuje dozorčí rady, které budou rozhodovat o všech podstatných krocích, zejména o financích.

Záměrem zákona o neziskových nemocnicích bylo soustředit ekonomickou sílu nad nemocnicemi do rukou státu, resp. Ministerstva zdravotnictví v řízení a kontrole poskytování ústavní zdravotní péče. Stát vytvořil síť veřejných nemocnic, definoval jejich spádové území, rozsah péče, počet lůžek v jednotlivých odbornostech, personální, přístrojové a technické vybavení. Krajům a městům byla ponechána ve vztahu k nemocnicím jen role zřizovatele, který odpovídal za úroveň poskytované péče a za hospodaření. Zásadní rozhodovací pravomoc mělo výše zmíněné Ministerstvo zdravotnictví. Zákon poskytoval daňovou úlevu jen vybraným nemocnicím a tím vytvářel nerovnováhu na trhu zdravotních služeb a péče v neprospěch ambulantních zařízení. A ta jsou právě základním pilířem zdravotní péče.

⁶² HLADKÁ, M. Přehled legislativy pro neziskové organizace 2009. Brno: Centrum pro výzkum neziskového sektoru, 2009, 24.s. Dostupný z: [http://www.e-cvns.cz/soubory/Přehled legislativy -2009.pdf](http://www.e-cvns.cz/soubory/Přehled%20legislativy%20-2009.pdf).

Zákon o neziskových nemocnicích neprošel věcnou diskusí mezi politicky nezávislými odborníky a stal se předmětem politických neshod.

Po přeměně na neziskové organizace by nebyly nemocnice odměňovány podle zákona o platu, nýbrž podle zákona o mzdě bez jistých tabulek a tarifů. V praxi to znamenalo bez garance navýšení platů. Přehled vývoje platů ve státních nemocnicích a srovnání platů a mezd je uveden v příloze č.8. Dalším problémem bylo nedokonalé vyřešení pracovně právních vztahů při převodu organizací, čímž hrozilo mnohým zaměstnancům propuštění z práce při přechodu z jedné právní formy na druhou, např. z příspěvkové na neziskovou organizaci. Projekt veřejných neziskových zdravotnických zařízení provázely obrovské potíže. Chyběla řada podzákonných předpisů a samotný zákon byl v rozporu s jinými zákony, včetně ústavy a tudíž v mnoha ohledech nerealizovatelný. Na základě výše uvedených faktů, bývalý ministr zdravotnictví Julínek předložil návrh na změnu zákona pro přeměnu nemocnic. Dosavadní koncepční ani legislativní vývoj v ČR v oblasti neziskových organizačně právní forem nedospěl do takového stavu, který by byl odpovídajícím rámcem pro oblast zdravotnických služeb.

4 REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ V OBLASTI NEMOCNIC

Odpověď na otázku „je nutná reforma zdravotnictví“? najdeme v tisku, v televizi a v debatách našich politiků. Zní: „stálý deficit veřejných financí v ČR“. Zdravotní pojištění je hrazeno z odděleného fondu, který má dnes již deficit kolem 8 mld. Kč, což je přibližně 3% z celkového deficitu veřejných financí. Podíl veřejných výdajů v ČR zůstává 88%, což představuje po Lucembursku druhou největší hodnotu v rámci OECD. Ze všech 30 států OECD investovaly v roce 2007 menší podíl HDP do zdravotnictví pouze Korea a Polsko.⁶³ Přehled výdajů na zdravotnictví je uvedeno v příloze č. 9.

Z daných informací vyplývá i pro laika, že zdravotnictví není vhodnou oblastí pro úspory a vyrovnávání deficitu státního rozpočtu. Domnívám se, že je nutné vrátit veřejné výdaje do rovnováhy bez toho, aniž bychom snižovali výdaje za cenu prohloubení deficitu a také, že omezení příjmů fondu zdravotního pojištění není tou správnou cestou, jelikož by vedlo ke snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče. Neblahé důsledky má přechod více než stovky dříve okresních nemocnic pod kraje, které na provoz přispívají minimálně. Většina těchto nemocnic se nachází ve finančních problémech a balancuje na hranici personálních absencí.

České zdravotnictví navíc trápí dopady stárnutí populace (příloha č. 4) a tudíž provoz zařízení dlouhodobé péče. Zvyšují se také regionální rozdíly v potřebě péče i její úrovni zdraví. Dalším problémem je motivace občanů v péči o své zdraví. Efektivita českého zdravotnictví je na dobré úrovni, avšak je získávána na úkor těch, kteří ve zdravotnictví pracují.⁶⁴ Z toho vyplývá, že reforma ve zdravotnictví nemůže proběhnout náhlým převrácením, nýbrž kultivovaným, pozvolným a systematickým postupem.

⁶³ Zdroj : OECD Health Data 2008. Dostupný z: <http://www.who.cz/>.

⁶⁴ Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Dostupný z: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/236>.

4.1. Legislativa českého zdravotnického systému

V českém právním řádu není zdravotnické právo považováno za samostatné právní odvětví. Jedná se o interdisciplinární obor, který je tvořený právními normami z různých právních odvětví jako je právo občanské, pracovní, sociálního zabezpečení, správní, trestní, mezinárodního a okrajově se dotýká i práva autorského či rodinného.

Zdravotnické právo je tvořeno souhrnem právních norem a právních vztahů upravujících a regulujících práva a povinnosti při poskytování zdravotních péče a zdravotních služeb. Předmětem tohoto práva je ochrana práva na život a zdraví všech osob. Nejzákladnější funkcí zdravotnického práva je funkce ochranná a humánní. Dále funkci regulativní a organizační v přímě souvislosti s poskytováním zdravotní péče a služeb.

Základními formálními prameny jsou normativní právní akty, právní předpisy – ústavní zákony, zákony, nařízení vlády, prováděcí vyhlášky především Ministerstva zdravotnictví. Dále pak mezinárodní smlouvy týkající se zdravotní problematiky. Specifickým pramenem zdravotnického práva jsou nálezy Ústavního soudu.

Právní zásady medicínského práva⁶⁵ nejsou přímo pramenem zdravotnického práva. Jsou výkladovou a interpretační pomůckou pramenů práva. Etické kodexy ve zdravotnictví také nepovažujeme za prameny práva. Etické kodexy jsou pouze etickými normami, tudíž práva a povinnosti z nich vyplývající nelze právně vynutit.

Právní úprava poskytování zdravotní péče tvoří základ zdravotního práva. Přehled právních předpisů je uveden v kapitole 11.

4.2. Věcný záměr zdravotních zákonů

Dosavadní fakultní nemocnice mají právní postavení příspěvkových státních organizací. Po právní stránce to znamená, že nemají svůj vlastní majetek, ale pouze tzv. právo hospodaření s majetkem. Vystupují tak v majetkových vztazích jako právnické osoby. Tento fakt vede k nežádoucímu oddělení vlastnictví na straně jedné a majetkové odpovědnosti na

⁶⁵ Medicínské právo, s tímto pojmem se setkáváme v odborné zdravotnické a medicínské literatuře, synonymum zdravotnického práva.

straně druhé. Formálně sice mají státní příspěvkové organizace jako právnické osoby odpovědnost, protože však nic nevlastní, je za výsledky jejich hospodaření de facto majetkově odpovědný vlastník, tj. stát. Veškeré výdaje těchto fakulních nemocnic se hradí ze státního rozpočtu a právě tak i příjmy se stávají státním majetkem. Tento právní stav je v podmínkách tržní ekonomiky neudržitelný.

Z výše uvedených důvodů je na místě transformace existujících právních forem fakulních nemocnic na formy autonomních právnických osob s odpovědností za vlastní majetek. Ve věcném záměru navrhovaného zákona se při zhodnocení stávající právní úpravy uvádí, že jejím cílem je nahradit právní formu státní příspěvkové organizace mj. i z toho důvodu, že stávající fakulní nemocnice jsou odtrženy od své mateřské univerzity, a že jejich vzájemné vztahy jsou tím znejasněny.

Univerzita by měla mít podle věcného záměru zákona na základním kapitálu jen minoritní podíl, tj. podíl 34% akcií. Tento podíl akcií by měl údajně „garantovat její kvalifikovanou účast na rozhodování valné hromady“.⁶⁶ Ve skutečnosti vlastnictví majoritního balíku akcií státu ve výši 66% a jeho jménem spravovaného Ministerstvem zdravotnictví postačuje k ovládnutí akciové společnosti a jejich cílů.

Věcný záměr zákona nikterak neodůvodňuje, proč mají být akcie rozděleny právě v navrhovaném poměru, tj. 34% a 66%, a proč je zároveň stanoven různý právní režim převoditelnosti akcií státu spravovaných jeho jménem Ministerstvem zdravotnictví na straně jedné a akcií ve vlastnictví na straně druhé. Akcie univerzity mohou být totiž podle věcného záměru zákona převedeny pouze na jinou univerzitu, jinak by s nimi nebylo možno libovolně nakládat. Navíc je jejich převod podmíněn souhlasem valné hromady. Naproti tomu převoditelnost akcií státu, s nimiž disponuje Ministerstvo zdravotnictví, má podléhat režimu zákona č. 219/2000 Sb., tj. Ministerstvo zdravotnictví by s nimi mohlo se souhlasem vlády volně nakládat (podle § 28 odst.3 zákona č. 219/2000 Sb.). Rovnost dvou akcionářů (univerzity a státu) by však vyžadovala, aby oba měli stejnou možnost případně blokovat

⁶⁶ Kvalifikovanou účastí na rozhodování valné hromady rozumí věcný návrh zákona případy, kdy je k přijetí usnesení vyžadovaná zákonem kvalifikovaná dvoutřetinová většina hlasů (§ 176 ObchZ.).

(vetovat) převod akcií, a tak čelit tomu, aby se jednoho dne stát nezbavil svého majoritního podílu prodejem do soukromých rukou mimo oblast zdravotnictví.

Univerzitní nemocnice jsou veřejným zdravotnickým zařízením, které kromě poskytování léčebné péče jsou i součástí veřejného školského systému. V jeho rámci zajišťuje vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických profesí. Proto by měly mít zajištěnou ingerenci při své činnosti i dalším ústředním orgánem, tj. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Forma akciové společnosti, tak jak ji upravuje obchodní zákoník, není jako právní forma sama o sobě přímo aplikovatelná pro oblast výkonu zdravotní péče poskytované univerzitními nemocnicemi. Je třeba mít na zřeteli, že akciová společnost je svou podstatou nejsložitější formou obchodních společností. Její velká frekventovanost v podnikatelské oblasti a tím i její přednosti jsou úzce spjaty především s tím, že umožňuje anonymitu akcionářů a omezuje jejich podnikatelská rizika hodnotou vlastněných akcií. Zároveň forma akciové společnosti umožňuje na základě stanoveného principu převoditelnost akcií značnou operativnost kapitálových investic.

Ani jedna z uváděných předností akciové společnosti, které se uplatňují v podnikatelské oblasti, by však podle mého názoru neměly mít podstatný význam pro volbu právní formy univerzitních nemocnic.

Předkladatelé návrhu zákona jsou si toho vědomi a proto rozkládají proces vzniku právní úpravy do tří fází :

- do založení akciových společností jako obchodních společností upravovaných obchodním zákoníkem.
- do připravované zvláštní zákonné úpravy, která stanoví odchylky od obecné úpravy akciové společnosti.
- do zákona č. 92/1991 Sb., o velké privatizaci.

Tímto způsobem vzniká velmi komplikovaný nepřehledný komplex právní úpravy jednoho jediného institutu. Navíc si lze stěžít představit, jak má být v této souvislosti aplikován zákon o velké privatizaci s jeho procesem navrhování a schvalování privatizačního projektu v režimu administrativního řízení, které nepodléhá soudnímu přezkumu.

Nepřijatelnou je i představa věcného záměru zákona o enumerativním výčtu univerzitních nemocnic. Ve svých důsledcích by to znamenalo, že vznik každé nové univerzity

by vždy vyžadoval novou zákonnou úpravu, tak jako novou proceduru zřizování další akciové společnosti. Navíc je třeba brát úvahu i operativně prováděnou možnost slučování popř. rozdělování univerzitních nemocnic.

Zcela kuriózním je také způsob, jak se Ministerstvo zdravotnictví vypořádalo s usnesením vlády o povinném hodnocení dopadů závažných legislativních změn, s tzv. hodnocením dopadu regulace, RIA.⁶⁷ Ministerstvo zdravotnictví si nechalo v srpnu 2007 odsouhlasit ve vládě plán legislativních opatření a tím, podle jeho názoru, zahájilo vlastní legislativní proces. Proto se na reformní záměry nevztahuje hodnocení RIA., neboť toto usnesení o hodnocení dopadu regulace přijala vláda později. Zřejmě i tato skutečnost způsobila problémy u menších koaličních partnerů. Z tohoto popudu byla vytvořena odborná expertní komise, která měla najít východisko pro sporné body reformy, které by měly být následně diskutovány. Většinou se však diskuse nad spornými body přešla, s tím, že komise není kompetentní měnit obsah vládního prohlášení. Tím byly věcné záměry protlačeny jednáním koaliční devítky a vládou⁶⁸.

4.3. Rozměry privatizace ve zdravotnictví : poskytování, financování, vlastnictví

Názory poradců a mluvčích Svazu pacientů vyjadřuje na adresu privatizace vážné a oprávněné obavy především z jejich možných negativních rizik. Je třeba říct, že i nositel Nobelovy ceny pro ekonomii Joseph E. Stiglitz, který léta působil též jako předseda Výboru ekonomických poradců amerického prezidenta Billa Clintona a dále byl ekonomem Světové banky a prakticky posuzoval privatizační kroky, pevně věřil v odprodej státních monopolů soukromým společnostem. I ten tvrdí však ve své knize „Jiná cesta k trhu“ k privatizaci toto : „*Tato skutečnost je třeba za předpokladu, že privatizace povede k zefektivnění a snížení cen pro spotřebitele. Nezbytnou podmínkou tohoto procesu je ovšem konkurenceschopnost trhu.*“⁶⁹

⁶⁷ RIA – regulatory impact assesment.

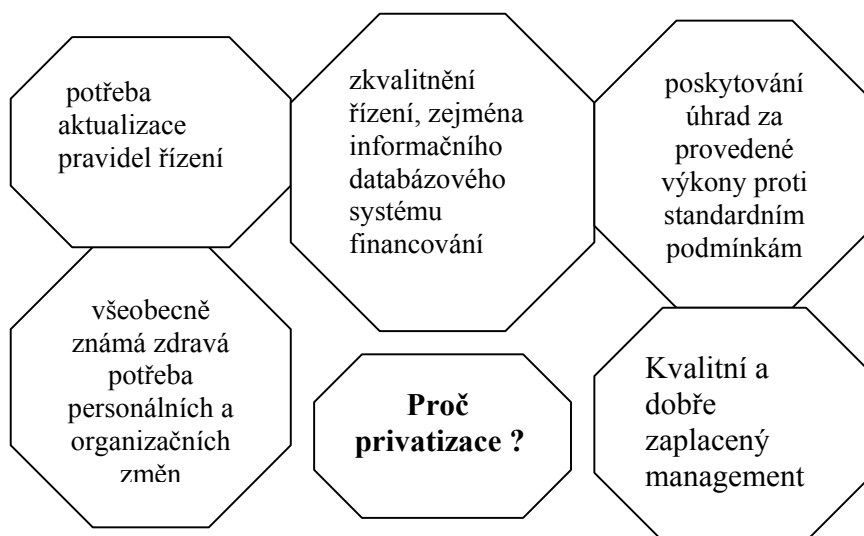
⁶⁸ Více informací např. Tempus Medicorum, 27.6.2008.

⁶⁹ Joseph E Stiglitz (1943) nositel Nobelovy ceny za ekonomii představuje zasvěcený pohled do procesu globálního ekonomického rozhodování a obdiv čtenářů si získal nejen pro svou odvahu a poctivost, ale i pro myšlenkovou hloubku a nadhled. Přesto nebyl zastáncem radikálních řešení. Naopak zkoumá detailně možnosti evolučních kroků jako spravedlivé řešení vztahů v mezinárodním obchodě a jeho podporu v rozvojových zemích.

Privatizace ve zdravotnictví, které doposud proběhly, byly neuvážené, jelikož nebyly důsledně připraveny. Z toho plyne jisté ponaučení a pokud by měla proběhnout další privatizace ve zdravotnictví, tak jen za zcela precizně předem jasně vytvořených ochranných opatření a především s vyšší transparentností, která by ochránila celý záměr a společnost před negativním působením obchodně a právně zainteresovaných. S tím souvisí i členství ve správních a dozorčích radách, která nefungují jako nezávislá, přitom doménou by měla být nezávislost členství, jelikož jen tak se zamezí obohacování pouze určité vlivné skupiny.

Obecně platí, že takové změny jsou postupně úspěšně realizovány, pokud jsou předem zkontrolovány kvalitním auditem. Jde o týmovou spolupráci s akcionáři, s členy správní a dozorčí rady. Vždy se zásadně ctí tyto skutečnosti, popsány v obr. 4.1.

Obr. 4.1. Proč privatizace ve zdravotnictví?



Aktualizace pravidel je nutná. Už i vzhledem ke změně zákonných a normativních předpisů v čase. Na druhé straně však musíme vzít v úvahu neochotu personálu změnit zaběhlá pravidla.

Stiglitz, E. J. Jiná cesta k trhu.. 1.vyd. Praha : Prostor, 2003 [Globalization and Its Discontents. Přeložil Jan Plachta].

Minimálně po pěti letech klesá výkonnost managementu⁷⁰, i když mohou být čestné výjimky. V praktických podmínkách jsem měla možnost osobně důkladně poznat, jak náročný přístup a jeho příprava ve skutečnosti jsou. Pozitivním výsledkem je podle mého názoru, že privatizace proběhla postupně. Těmito postupnými kroky došlo k nezbytné průhlednosti v nakládání s příjmy v hospodaření privatizovaných subjektů. Tak bylo v mnoha případech docíleno potřebných úspor a většího pořádku v samotných privatizovaných zdravotnických zařízeních. Cesty, které si noví vlastníci zvolili, byly většinou dříve v praxi osvědčené. Přehlednou tabulku o výhodách a nevýhodách, které privatizace přinesla jsou uvedeny v příloze č. 10.

Domnívám se, že byl v privatizaci krajských zdravotnických zařízení proveden důležitý krok. Průběžně a otevřeně byla informována odborná veřejnost i občané o přípravě a zodpovědném přístupu. Bylo prováděno hodnocení dopadů na pacienty a hodnocení přístupu vedení k věci odborným personálem nemocnic jako velice pozitivní.⁷¹

Z toho vyplývá, že privatizace musí proběhnout jen na základě konsensu, jinak se neobejde bez problémů.⁷² Tak, aby byla zajištěno vzdělávání lékařů, výchova, prosperita, prestiž a další růst v doktorandských studijních programech.

4.4. Změny právních forem organizací ve zdravotnictví

Změna právní formy nemocnic vyvolala nejistotu.⁷³ Mnohé kraje změnily svou hospodářsko - právní formu nemocnic z příspěvkových organizací na obchodní společnosti. Zdravotnické odbory poukazovaly na předešlé špatné zkušenosti z průběhu privatizace ve zdravotnictví, které pramenily také z přípuštění možnosti zhoršení dostupnosti i kvality zdravotní péče. Nemocnice se vzdálí přímé působnosti krajských zastupitelstev, jelikož nebudou řízeny jimi, nýbrž prostřednictvím vlastních orgánů obchodní společnosti a obecně prospěšných společností.⁷⁴ Vymaní se tak z působnosti právních předpisů, které upravovaly

⁷⁰ Např. Hodnocení a zvyšování výkonnosti regionálních a místních správ metodami moderního managementu. Poskytovatel je Ministerstvo pro místní rozvoj. Dostupný z: <http://www.mmr.cz/>.

⁷¹ HCI HealthCare Institut. Celostátní projekt. Nemocnice 2008. Dostupný z: <http://www.hc-institute.org/>.

⁷² HAMPL, V. Privatizace bez konsensu přinese jen problémy. Tempus Medicorum, 2008, č. 3, s. 10.

⁷³ Více informací např. Jiří Schlanger příspěvek Hospodářské noviny. 8.3.2006

⁷⁴ Tyto názory pramení z diskusí o Vrchlabské nemocnici a Královehradeckém holdingu.

činnosti ve veřejném zdravotnictví, včetně pravidel pro zadávání veřejných zakázek a výběrových řízení, zkomplikuje se vyřizování stížností pacientů, podstatně se zhorší možnost veřejné kontroly.

Mzdy⁷⁵ lékařů, zdravotních sester a dalších zdravotnických i provozních zaměstnanců jsou v příspěvkových organizacích podstatně vyšší, v řádu o desítky procent oproti mzdám v nemocnicích, které mají jinou hospodářsko – právní formu, ať se jedná o akciovou společnost, společnost s ručením omezením, případně tzv. obecně prospěšnou společnost.

Kraje odmítaly formu příspěvkové organizace i proto, že u ní ze zákona vyplývá povinnost zřizovatele, tj. kraje – vyrovnat hospodářskou ztrátu. Skutečnost byla taková, že neměly k tomu prostředky, kterými by mohly čelit ztrátě, jež vznikla činností nemocnic. Pokud však jasně vyplývá, že poskytování nemocniční péče je neprofitabilní⁷⁶, pak jsou obavy zcela opodstatněné, že nemocnice mohou dosáhnout alespoň vyrovnaného hospodářského výsledku ovšem pouze na úkor rozsahu a kvality péče nebo snížením nákladů na úkor zaměstnanců.

Samotná změna hospodářsko – právní formy, pokud není provedena tak, že nezajistí kontinuitu pracovně právních vztahů, může vést ke snížení platů a destabilizaci týmů zdravotních pracovníků.

Sekce managementu odborového svazu⁷⁷ shrnula hlavní problémy do čtyř oblastí: nový zákoník práce, „dohody nedohody“ úhrad zdravotní péče od zdravotních pojišťoven, navýšení mezd pro zdravotnický personál a příprava nových zdravotnických zákonů.

Dostupný z: <http://www.iDnes.cz/> 12.11.2008.

⁷⁵ Dostupný z: <http://www.uzis.cz>. Ústav zdravotnických informací a statistiky na základě povinných hlášení evidují průměrnou výši mezd lékařů v jednotlivých typech nemocnic. Průměrná mzda zaměstnanců ve zdravotnictví odměňovaných podle platných předpisů o platu (zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec a město, ostatní centrální orgány) koncem roku 2007 činila 23 513 Kč, u lékařů a zubních lékařů 43 353 Kč, u všeobecných sester a porodních asistentek 22 990 Kč. Proti roku 2006 vzrostla průměrná mzda o 6,6%. Průměrná měsíční mzda zaměstnanců odměňovaných podle platných předpisů o mzdě (v privátních organizacích a ve všech lázeňských organizacích bez ohledu na zřizovatele) dosáhla ve zdravotnictví výše 19 621 Kč, u lékařů a zubních lékařů 40 549, u všeobecných sester a porodních asistentek 18 873 Kč. Proti roku 2006 vzrostla průměrná měsíční mzda o 7,6%.

⁷⁶ Pojem „Neprofitabilnost“ se používá ve zdravotnictví v souvislosti s neschopností zdravotnického zařízení plnit veřejnou zakázku tvořit zisk.

⁷⁷ Sekce odborového svazu (13 členů) vznikla v roce 2000 proto, aby sjednotila lidi, kteří mohou něco v oblasti zdravotnictví a sociální péče změnit. Jde o plodnou spolupráci vycházející z denní reality, která má své výsledky.

Společným jmenovatelem je nedostatek finančních prostředků právě pro navýšení platů zdravotnického personálu.

Právní systémy všech členských zemích EU mají tento prostor veřejného práva naplněn, u nás nikoliv. Právě neexistence vhodné hospodářsko – právní formy implikuje opakované snahy českých politiků po zákoně, který bude řídit privatizaci veřejných statků. Nelze se divit, že krajské představitelé poukazovali na rozpor v zadluženosti nemocnic a aplikaci vládního nařízení, které stanovovalo vyšší tarif platů zaměstnanců (příloha č.8), aniž by provoz krajských nemocnic dotovalo. Jak tedy může krajská nemocnice efektivně hospodařit, když je zadlužená a deficit tvoří zhruba 2,5 miliardy ročně.⁷⁸ Pokud nedojde ke změně úhrad a efektivity sítě a deficit nebude vyrovnán zřizovateli, dojde jednoznačně ke snižování dostupnosti a kvality poskytované péče.

Již výše jsem uvedla, že v některých krajích došlo k transformaci příspěvkových organizací na společnosti s ručením omezeným či akciové společnosti. Obě formy jsou typické obchodní společnosti sloužící k tvorbě zisku (příloha č. 3).

4.5. Legislativní kroky vedoucí k transformaci nemocnic

Transformace dosavadních fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice. Tento zákon se nelíbí vysokým školám. Rektori vysokých škol mají svůj návrh zákona o univerzitních nemocnicích. Transformace stávajících fakultních nemocnic je žádoucí, nicméně univerzity formou akciové společnosti se považují za velmi nevhodnou formu a doporučuje se transformace fakultních nemocnic do podoby právnických osob sui generis veřejnoprávních institucí.

Dne 9.4.2008 schválila vláda věcný záměr zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích. Univerzity vydaly prohlášení, ve kterém konstatovaly, že se tak stalo navzdory mnohokrát opakovaným konkrétním argumentům o nevhodnosti této formy.⁷⁹ O týden později byl vydán souhrn klíčových stanovisek univerzit ve věci přípravy transformace nemocnic.

⁷⁸ <http://www.novinky.cz/domaci/150771-zebricek-hospodareni-ceskych-nemocnic-vede-motol.html>.

⁷⁹ Více viz subkapitola 6.1.2.

Prioritním krokem reformování zdravotnictví je řešení nedostatečných předpisů pro odměňování lékařů a středního zdravotnického personálu.. Motivovat mladé lékaře, nabízet zaměstnanecké výhody, materiální zázemí, jazykové kurzy, rekvalifikační kurzy pro uchazeče ze zahraničí. Zdravotnictví je podsystémem celkové péče o zdraví., současně je autonomním hospodářským systémem. Je zcela svébytným, specifickým systémem, ale i systémem ekonomickým. Samotná transformace vstupních zdrojů je ovlivněna řadou jejich dostupností, kvalitou i kvantitou. Zdravotnictví je vysoce sofistikovaným systémem, jež vyžaduje vysoký stupeň vzdělanosti a dalšího neustálého vzdělávání se. Bývalý ministr zdravotnictví za ODS, Tomáš Julínek, většinou informoval veřejnost rezervovaně a v tomto trendu mu byly nápomocny i sdělovací prostředky. Novináři se nedostatečně zajímali o fungování zdravotního pojištění, zvláště pak o dobře fungující veřejnoprávní pojišťovny v západních zemích. Stačí se podívat k nejbližším sousedům. Německé zdravotnictví je sice o něco dražší než rakouské, ale nemají potíže s veřejným pojištěním. Německé veřejnoprávní pojišťovny průběžně snižují sazby zdravotního a nemocenského pojištění, přitom dokáží každým rokem zkvalitnit zdravotní léčbu, a co je velmi důležité – čekací dobu – pojem pro ně téměř neznámý. V obou zemích dobře fungují, jak veřejnoprávní pojišťovny, tak veřejnoprávní nemocnice, včetně univerzitních. Německo poskytuje velmi dobrý legislativní vzor pro zákon o univerzitních nemocnicích (v Německu jde o zemské zákony o univerzitních klinikách).⁸⁰

Julínkovi tedy pro záměr převést u nás v podstatě vše do obchodní majetkoprávní formy chybějí argumenty. Julínek na zpracování nezávislé odborné analýzy pro podporu svých reformních kroků zcela rezignoval, což mu vytkl výbor pro lidská práva a biomedicínu.⁸¹ Nedokonalé právní předpisy pro provozování českého veřejného zdravotního pojištění i nemocnic lze se samozřejmostí zkvalitnit dle vzorů našich sousedů. Ovšem pan ministr Julínek se rozhodl pro kultivaci legislativy postavené na veřejnoprávních organizacích⁸² zavést do českého zdravotnictví monopol obchodních sítí, nesoucí název „ státní akciovka“.

⁸⁰ Více informací s překlady rakouského, německého zákona o zdravotním pojištění a nemocnicích. Dostupný z: <http://www.zdn.cz/> rubrika zahraniční dokumenty zdravotnických novin.

⁸¹ Poradní orgán vládního zmocněnce pro lidská práva.

⁸² Které převažují nejen ve vyspělejších zemích, ale i dokonce v méně vyspělých zemích, jako je třeba Jižní Amerika.

Julínek se inspiroval holandskou reformou, jenže v Nizozemí neexistují žádné státní akciovky.⁸³ Světové zdravotnické organizace, což znamená zprávy jednotlivých zemí o reformách ve zdravotnictví, se lze přesvědčit o tom, že veřejnoprávní forma institucí je pro nás mnohem výhodnější než cokoli jiného. Tato forma totiž poskytuje pojištěncům i zaměstnavatelům s maximální možností přímé správy svých peněz a přímé kontroly nakládání s nimi, včetně práva uzavírat a rušit smlouvy se zdravotnickými zařízeními, přímo s nimi vyjednat podmínky s pacienty. U obchodních subjektů by občané nemohli přímo ovlivnit a kontrolovat nic, museli by spoléhat na to, že jim parlament zákonem vnutí určité povinnosti a stát jako kontrolor bude tyto povinnosti vymáhat. Porovnáním výhod a nevýhod veřejného soukromého sektoru ve zdravotnictví se zabývají i švýcarští právníci a ekonomové. Jejich závěry studii jednoznačně mluví ve prospěch veřejnoprávních institucí.⁸⁴

⁸³ „Státní akciovka“ je pojem pro Julínkovy akciové společnosti se státní účastí.

⁸⁴ A zvláště toto stanovisko zdůraznili u univerzitních nemocnic.

5 PRAKTICKÁ APLIKACE DOPADU NAVRŽENÉ REFORMY

Na základě praktického posouzení privatizačních kroků v některých nemocnicích uvádím zobecnění a určité ekonomické zhodnocení.

Vlastní proces zkvalitnění činnosti samotných zdravotnických zařízení byl postaven na důkladné všestranné přípravě komplexní změny vlastnických vztahů. Nejdříve se postupně realizovala příprava výběrových řízení nových vlastníků. Zajišťovala se jejich motivace na cílech, které příslušné zařízení musí zajistit po privatizaci podle potřeb kraje. Noví vlastníci přišli po privatizaci s žádoucími personálními změnami managementu a se snížením rozsahu zbytečné péče podle kritéria vykázaných a pojišťovny proplácených výkonů. Už z tohoto pohledu došlo k přirozené selekci a omezování zbytečných a efektivněji nahraditelných výkonů.

Další kroky, které vedly k docílení úsporného režimu a k průběžné kontrole výdajů, vedoucí ke zlepšení hospodaření samotných hospodářských středisek a oddělení ve zdravotnických zařízeních. Také k racionalizaci na stav nezbytný počtů zaměstnanců a k postupnému zlepšování organizace, řízení a informačního systému, zejména pak v oblasti financování na bázi cash-flow.⁸⁵

Reforma v současné podobě do zdravotnictví žádné peníze nepřinese. Právě naopak odčerpává prostředky na dividendy pro akcionáře, na odměny managementu a dozorčích orgánů, na složitý administrativní systém, na tvrdý marketingový boj o pojištěnce a navržené bonusy pro pojištěnce. Další peníze budou ze systému odčerpávány umožněním vzniku zdravotnických koncernů, řetězců stejných vlastníků pojišťoven, nemocnic, ambulancí, lékáren a distribučních sítí. Na jedné straně mnohamilionové investice do rekonstrukcí a nového vybavení a na druhé straně kolísající počty lůžek, slučování nemocnic a propady v hospodaření. Tím se logicky zvýší spoluúčast pacientů.

Nejvíce sporů se týkalo právní formy nemocnic. Jejich přeměnu z příspěvkových organizací na obchodní společnosti přibrzdil zákon o neziskových nemocnicích, který prosadili v době své vlády sociální demokraté. Ústavní soud některé jeho pasáže zrušil a krajům tím uvolnil ruce pro dokončení transformace.

⁸⁵ Cash-flow nebo peněžní toky je rozdíl mezi běžnými příjmy a běžnými výdaji podniku za určité časové období.

Hejtmani, jež byli až na jednu výjimku lídry ODS, poukazovali na to, že změna na obchodní firmy nemocnicím umožňuje uzavřít nové výhodnější smlouvy se zdravotními pojišťovnami, určovat platové ohodnocení zaměstnanců bez zásahu státu a využít výhodnějších daňových a odpisových pravidel. Opoziční zástupci ČSSD a KSČM se však obávali omezování péče. Namítali, že nemocnice budou nuceny se orientovat hlavně na výdělek a tudíž poskytovat jen výnosnou péči v lukrativních oborech. Sociální demokraté již avizovali, že v případě volebního vítězství nemocnice převedou zpátky na neziskové organizace.

5.1. Analýza přechodu zdravotnických zařízení jako příspěvkových organizací na a.s.⁸⁶

Pro ilustraci jsem vybrala informace z několika krajů.

Ve Středočeský kraji kompetentní osoby⁸⁷ kritizují především prodej deseti menších nemocnic do soukromých rukou, s tím, že je kraj prodal hluboko pod cenou. Některé z privatizovaných zařízení se potýkají s výraznými problémy. Do centra pozornosti médií se dostaly hlavně nemocnice v Brandýse na Labem a Českém Brodě. Tyto kvůli nedostatku personálu omezovaly počty lůžek.⁸⁸ Aktuálně si kraj si ve svém vlastnictví ponechal pět velkých, stěžejních nemocnic, které přeměnil na akciové společnosti a postupně je modernizuje. Fakta o spokojenosti pacientů a hospodářské výsledky dokládají značné zlepšení proti původnímu stavu před privatizací.⁸⁹ Vedení nemocnic vsadilo na modernizaci, na zkvalitnění zdravotnického personálu, specializaci oddělení a také zkušeností ze zahraničí. Užší spoluprací se zdravotními pojišťovnami, se podařilo rozšířit možnosti nadstandardní péče.

Plzeňský kraj převedl všechny své nemocnice na obchodní firmy jako první v republice. Šest zdravotnických zařízení změnilo právní formu 1. ledna 2004. Od té doby v krajských nemocnicích zanikla pouze čtyři akutní lůžka a přibyla naopak lůžka sociální. Některé

⁸⁶ Zdravotnické noviny, 15.4.2005. Zdroj data. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/>.

⁸⁷ Nedělní partie na TV Prima, setkání hejtmanů Petra Bendla a Davida Ratha, 7.10.2008.

⁸⁸ Informace z tiskové zprávy ZPMV ČR, 27.2. 2008. Kontrola revizních lékařů zjistila nedostatek personálního obsazení na některých oddělení, ač předtím již došlo ke snížení počtu lůžek. Nemocnice dostala termín, do kdy musí chybějící personál přijmout, jinak dojde k další redukci lůžek a tím snížení plateb za zdravotní péči.

⁸⁹ Zpráva ze zasedání Zastupitelstva Středočeského kraje, dne 18.9.2006. Dostupný z: <http://stredocesky-kraj.cz/>.

nemocnice v Plzeňském kraji ještě končí hospodaření se ztrátou, ale propad se každoročně snižuje.

Moravskoslezském kraji byla situace odlišná, neboť tam transformace doposud neskonzčila. Na kraje založené akciové společnosti zatím činnost nemocnic nepřevodl a jsou tudíž stále příspěvkovými organizacemi. Výjimkou je pouze Bílovecká nemocnice, která jako akciová společnost funguje od letošního ledna. Některé nemocnice se mezitím sloučily. Například zařízení ve Vítkově na Opavsku s nemocnicí v Novém Jičíně.

Na Vysočině přeměnu na obchodní společnosti odkládají. Důvodem je nedořešené čerpání evropských dotací. Složitost situace dokresluje změna dvou krajských nemocnic na akciové společnosti, které ale kvůli zmiňovaným dotacím krajské zastupitelé ještě vloni zrušili. Zbývající tři akciové společnosti brněnský soud zaregistrovat zamítl. Podle vedení kraje je právní forma příspěvkové organizace výhodnější pro získávání evropských peněz. Umožní to počátek stavebních investice za 1,2 miliardy korun, z čehož téměř polovinu hradí EU.

V Olomouckém kraji se tři krajské nemocnice měly stát majetkem akciové společnosti Nemocnice Olomouckého kraje. Následně byl provoz této akciové společnosti na 20 let pronajat společnosti Agel. Ta vytvořila k provozování nemocnic jinou akciovou společnost s názvem Středomoravská nemocniční. Transformace není stále formálně dořešena, protože krajský i vrchní soud odmítly vložit majetek tří nemocnic do společnosti Nemocnice Olomouckého kraje. Vedení kraje tak Agelu zatím pronajímá "prázdnou" firmu s hodnotou čtyř milionů. Proti rozhodnutí vrchního soudu podal kraj letos v dubnu dovolání k Nejvyššímu soudu i ústavní stížnost. Společnost Agel hodlá do konce roku provést v nemocnicích personální audit.

Jihočeský kraj již nemocnice na obchodní firmy převedl. Bývalé okresní nemocnice sloučil do jednoho holdingu - Jihočeská nemocnice, a.s. Transformace zařízením pomohla a jsou bez dluhů. S problémy se potýká pouze městská Nemocnice Dačice, kterou provozovala soukromá společnost. Firma kvůli nedostatku lékařů omezovala akutní péči, nemocnici hrozil zánik. Město jí nakonec vypovědělo smlouvu a zařízení bude provozovat Jindřichohradecká krajská nemocnice.

V Karlovarském kraji změna na obchodní firmy a následné sloučení na jednu akciovou společnost nepřinesla efekt ve zlepšení hospodaření. Kraj pověřil řízením akciové společnosti

soukromou firmu Česká zdravotní. Výhrady k novému managementu vyvolaly hlubokou krizi, kdy většina primářů karlovarské nemocnice ohlásila odchod a výpověďmi pohrozily další dvě stovky lékařů a sester. Kraj nakonec přistoupil na většinu požadavků zdravotníků a dosadil nové vedení.

I v Královéhradeckém kraji se zdravotnická zařízení sloučila. Zdravotnický holding, jenž koordinuje činnost krajských nemocnic, založil i několik dceřiných společností. Poslední dobou vykazoval mírný zisk. Pouze nemocnice v Rychnově nad Kněžnou trvale hospodaří se ztrátou.

Velkou pozornost na sebe poutala soukromá nemocnice ve Vrchlabí, která například od začátku roku nevybírá zákonné poplatky u pacientů mladších 18 let.

V Ústeckém kraji funguje jediná akciová společnost, Krajská zdravotní. Vznikla spojením pěti krajských nemocnic. Kraj do ní chce letos investovat 450 milionů korun a hodlá požádat o dotaci dalších 600 milionů z EU.

Pardubický kraj prosadil transformaci z příspěvkových organizací na akciové společnosti. I přes postupné zeštíhlení sítě nemocnic se zatím nepodařilo zařízení vymanit z každoročních ztrát. Téměř polovina z 200 miliónové ztráty připadá na Pardubickou krajskou nemocnici.

Transformované krajské nemocnice Libereckého kraje se naopak za poslední čtyři roky s dluhy vyrovnaly a dokonce mohou více investovat.

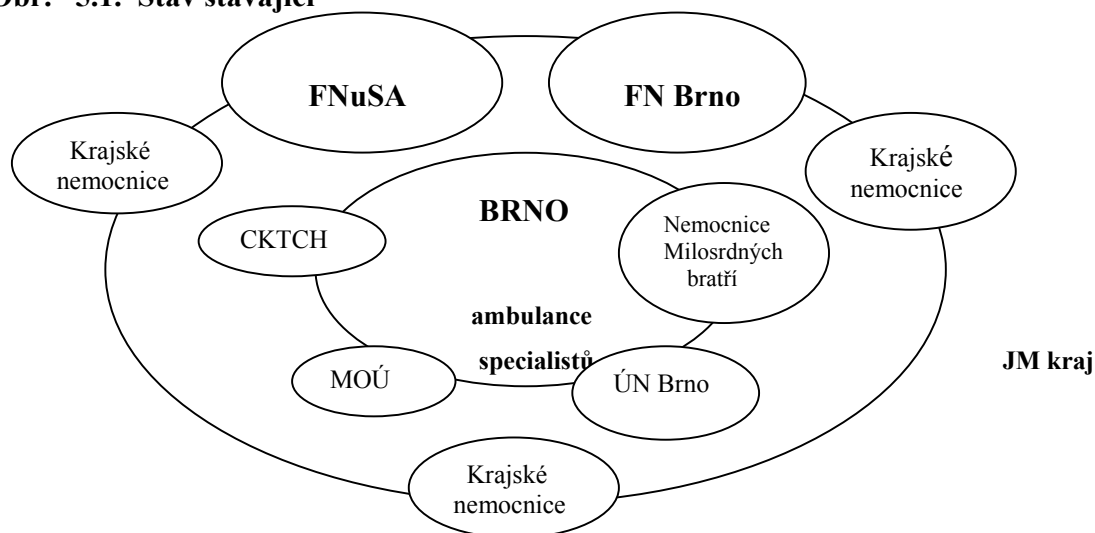
Ve Zlínském kraji se zřejmě transformace vyplatila, neboť se hospodářská situace stabilizovala. Ze čtveřice krajských nemocnic je ve ztrátě jen zařízení v Kroměříži.

Jihomoravský kraj zatěžovalo hospodaření výrazně ztrátových zařízení zejména v Břeclavi, Kyjově a Hodoníně. Krajská rada původně chtěla zlepšit jejich hospodaření převodem na obchodní společnosti. Koalice sice převod v zastupitelstvu prosadila, ale kvůli zákonu o neziskových nemocnicích nakonec neuskutečnila (viz subkapitola 3.5.).

5.2. Transformace nemocnic v Jihomoravském kraji⁹⁰

Tomáš Julínek oznámil na tiskové konferenci v Brně, že se přesune během roku 2008 celá Úrazová nemocnice do FN Brno, aniž by cokoliv prodiskutoval se zainteresovanými orgány. Představa univerzitního holdingu, nemocnic před a po vyřčeném návrhu T. Julínka (obr. 5.1. a 5.2.). Ve Fakultní nemocnici u Svaté Anny (FnuSA) jsou změny žádoucí, neboť zde vznikne Mezinárodním centrum výzkumu (ICRC). Místní onkologické oddělení se přemístí pod Masarykův onkologický ústav (MOU), tudíž nebude součástí ICRC. Jeho záměr propojení nemocnic v Univerzitní holding má vzniknout přijetím příslušného zákona, nejpozději v lednu 2009.

Obr. 5.1. Stav stávající⁹¹



Spádové oblasti poskytovatelů lůžkové zdravotnické péče se výrazně překrývají. Tím je kapacita nemocnic nedostatečně využita a snižuje se efektivnost hospodaření. Tato zařízení vykazují vysoké provozní a personální náklady. Dochází k neracionálnímu pořizování investic

⁹⁰ Tomáš Julínek oznámil změny ve formě noviněk na Tiskové konferenci v Brně v dubnu 2007, kde byli přítomni mimo jiné zástupci zdravotních pojišťoven, Masarykovy univerzity, hejtmán Jihomoravského kraje Stanislav Juránek, brněnský primátor Roman Onderka a ředitelé největších nemocnic. Grafické znázornění transformace po úpravě diplomantky viz níže převzato z přednášky Julínka na Tiskové konferenci, odkaz: Zdravotnické noviny, Srpen 2008. Viz Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky.

⁹¹ FNU SA – Fakultní nemocnice u svatě Anny v Brně, FN BRNO – Fakultní nemocnice v Bohunicích, ÚN BRNO – Úrazová nemocnice v Brně, MOU – Masarykův onkologický ústav v Brně, ICRC – Mezinárodní centrum klinického výzkumu, UN HOLDING – univerzitní holding, CKTCH – Centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie. CT- computerová tomografie, vyšetřovací metoda.

a následně se tvoří duplicity. Například lineární urychlovače v MOU a ve FNuSA nebo Computerová tomografie (CT) v ÚN a FN Brno. Na úkor absence odpovídajícího vybavení v komplementu specializované péče.

Fakultní nemocnice Brno je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je MZ ČR. Základním zdrojem financování jsou příjmy za poskytovanou léčebnou péči od zdravotních pojišťoven. Tyto příjmy tvoří více než 83 % z celkových výnosů FN Brno. Další zdroji jsou příjmy za léčebnou péči, nehrazené ze zdravotního pojištění, aj. Provozní dotace tvoří 0,5% celkových příjmů FN Brno. Vykazuje dlouhodobou ekonomickou stabilitu.⁹²

Nemocnice disponuje 2090 lůžky a zajišťuje specializovanou a vysoce specializovanou péči pro pacienty všech věkových skupin. Každoročně je zde ošetřeno více než milion pacientů, z nichž je jich zde na 75 tisíc hospitalizováno.

FN Brno má jedinečnou svou polohou ve vztahu k Brnu i k celému jihomoravskému regionu. Nemocnice má vysoký rozvojový potenciál v rámci stávajícího materiálně technického zázemí, areál, budovy a technické vybavení.

Úrazová nemocnice Brno je známá především kvalitním personálním zázemím a funkčním týmem. Stínem pracoviště se špičkovou úrovní traumatologie je jeho izolace od ostatních navazujících oborů. Úrazová nemocnice leží v nevýhodné lokalitě, s logistickou náročností, problematickou dopravní obslužností a komplikovanou koordinací s leteckou záchrannou službou. Její prostory jsou nevyhovující po stránce stavební a hygienické. Komplexně se to odráží v nízké ekonomické výkonnosti nemocnice a nízké efektivitě využití moderních technologií. Pro rekonstrukci by byla nutná investice v hodnotě 1,5 – 2 miliardy Kč.⁹³

Fakultní nemocnice u sv. Anny je pracoviště specializované a úzce specializované péče a výzkumné centrum nadregionálního významu. Dochází k odklonu od všeobecné a ambulantní péče. Navržený celkový plán racionalizace využívá stávajícího areálu tak, aby byl postupně přeměněn do moderního monobloku s vytvořením centrálních operačních sálů a koncentrací komplementu. Dále je definována úzká spolupráce s Masarykovým onkologickým ústavem (MOÚ) Brno, která přinese odstranění duplicit a neefektivního investování s vyšším

⁹²Výroční zprávy. Dostupný z: <http://www.fnbrno.cz/>.

⁹³ Julínek, T. Tisková konference. Brno, 2007. Onkologická péče v ČR. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2008, roč.7, kap.6.

vytížením kapacit v MOÚ. Toto jediné, akreditované, komplexní, onkologické pracoviště v ČR slouží pro specializační vzdělávání zdravotníků SAK ČR⁹⁴. Od 1. ledna došlo k integraci onkologické péče v městě Brně pod jedno Komplexní onkologické centrum, které sídlí v MOÚ v Brně na Žlutém kopci.

Mezinárodní centrum klinického výzkumu Brno, jehož koncepce byla primárně vyvíjena ve spolupráci s odborníky z Fakultní nemocnice u Svaté Anny v Brně a s jejich americkými kolegy z Mayo Clinic po dobu více než čtyř let. Jeho vznik je strategickým projektem Vlády České republiky v oblasti rozvoje aplikovaného výzkumu, vzdělávání, veřejné lékařské péče a znalostní ekonomiky. ICRC Brno představuje multifunkční celek se čtyřmi základními prvky.

- Vědecko výzkumnou základnu nové generace⁹⁵
- Špičkové veřejné zdravotnické zařízení
- Mezinárodní vzdělávací středisko
- Technologický park

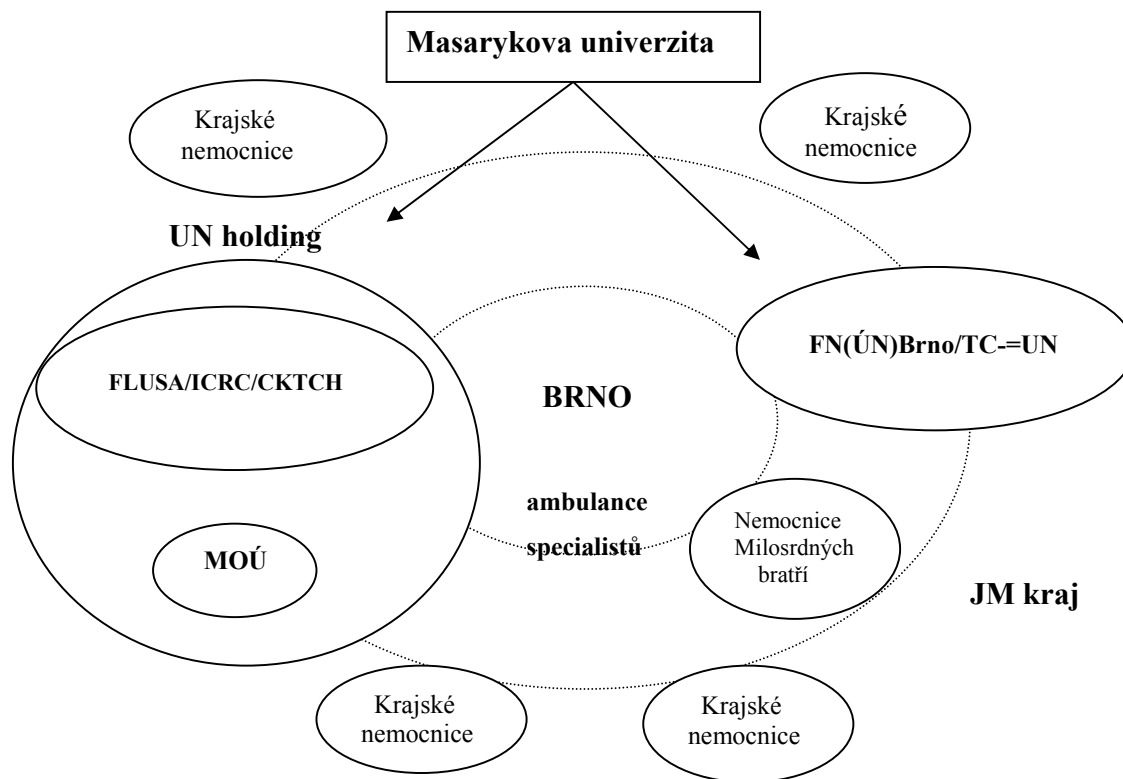
Doposud satelitní centrum kardiiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) bude postupně začleněno funkčně i systémově do tohoto nově budovaného centra.

Tím je zahájena příprava k přechodu na univerzitní holding (obr. 5.2.). Přínos transformačních kroků je vyjádřen v tab. č. 5.3.

⁹⁴ Spojená akreditační komise ČR vznikla v roce 1998.

⁹⁵ V oblasti výzkumu bude ICRC teprve třetím mezinárodním výzkumným střediskem – po Mezinárodní kosmické stanici (ISS) a Evropském středisku pro jaderný výzkum (CERN) a zároveň prvním mezinárodním centrem oblasti lékařského výzkumu.

Obr. 5.2. Navrhovaný stav



Tab. 5.3. Přínos transformačních kroků

Okamžité	Dlouhodobé
Zásadní změna v přístupu k investicím. (úspora až 2 mld. korun)	Ekonomická stabilizace a potenciál rozvoje poskytovatelů zdravotní péče.
Větší efektivita vynakládání prostředků zdravotních pojišťoven.	Efektivní plánování
Koncentrace specializované a úzce specializované péče.	Racionální využití materiálních a lidských zdrojů.
Optimalizace sítě poskytovatelů zdravotní péče.	Zvýšení kvality péče a prestiže MU.

6 APLIKACE MANAGEMENTU V ŘÍZENÍ NEMOCNIC

Zdravotní politika představuje souhrn politických aktivit, které působí osobně environmentálně a socioekonomicky na zdraví a kvalitu života lidí v poskytování zdravotní péče.

Z hlediska složitosti řízení zdravotnických zařízení je tím řízení nemocnic.

Pro aplikaci managementu v řízení nemocnic budu vycházet ze kapitoly 5 pojednávající o transformaci fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice v souladu s požadavky „SMART“⁹⁶ a následně z předpokladů dlouhodobé strategie.⁹⁷

6.1. „SMART“ Cíl : Vznik Univerzitního holdingu v Brně

S – originální právní forma pro město Brno. Konkrétní cíl: vytvoření specializovaného a úzce specializovaného pracoviště a vzdělávacího výzkumného centra nadregionálního významu.

M – restrukturalizace pracovišť ve FNuSA a úzká spolupráce s MOÚ. CKTCH se funkčně a systémově začlení do nově budovaného centra. Optimalizace všech provozů v návaznosti na nové centrum ICRC Brno. Přemístění Traumatologické centra z ÚN nemocnice do FN Brno.⁹⁸

A – velmi ambiciózní ze strany bývalého ministra Julínka. Neakceptovatelný odbornou veřejností, zvláště pak představiteli univerzit, jejichž názor jsem uvedla v subkapitole 6.1.2. a návrh právní formy je umístěn v příloze č. 11.

R – rozvoj a poskytování vysoce kvalitní, standardní i specializované zdravotní péče. Zvýšení prestiže v oblasti vzdělávání a výzkumu. Ekonomická stabilizace. Zviditelnění metropole Jihomoravského kraje.

T – Legislativní proces. Přijetí zákona o Univerzitní nemocnici do konce roku 2009.

⁹⁶ Obecné pojetí obr. 2.10.

⁹⁷ Obecné pojetí obr. 2.5.

⁹⁸ Strategie FN Brno v subkapitole 6.2.

6.1.1. Univerzitní holding z pohledu dlouhodobé strategie

VIZE - vznik univerzitního holdingu jako centra s nadregionálním významem. Zvýšení prestiže Masarykovy univerzity a zdravotnického výzkumu v rámci celé České republiky.

STRATEGIE – příprava transformačních kroků k přechodu na Univerzitní nemocnici. Restrukturalizace Fakultní nemocnice u sv. Anny. Začlenění CKTCH do nemocnice a to ve vazbě na realizaci projektu ICRC Brno. Kooperace mezi FNuSA a MOÚ, vytvoření Traumacentra na regionální úrovni.

INTERNÍ A PODNIKOVÉ PROCESY - optimalizace sítě poskytovatelů zdravotní péče v regionu . Efektivní plánování a realizace investičních akcí. Racionální využití materiálních i lidských zdrojů.. Vznik centrálních operačních sálů. Vyšší vytížení kapacit. Návaznost a propojenost všech oborů.

ZÁKAZNICKÁ PERSPEKTIVA - Zvýšení kvality zdravotní péče při zachování stávajícího rozsahu a dostupnosti zdravotnických služeb. Vnik moderního monobloku. Koncentrace péče s kvalitním personálním zázemím a funkčním týmem.

FINANČNÍ PERSPEKTIVA - úspora až 1,5 mld.Kč. Větší efektivita ve vynakládání prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Snížení provozních nákladů, včetně personálních. Racionalizace v pořizování investic. Nový způsob úhrad zdravotní péče přechodem od paušální úhrady⁹⁹ k platbě za výkony a služby.

UČENÍ A PROFESNÍ RŮST - akreditace, celoživotní vzdělávání, doktorandské studium.

6.1.2. Stanovisko představitelů univerzit k návrhu věcného záměru¹⁰⁰

Ve společném stanovisku Masarykovy univerzity, Univerzity Karlovy a Univerzity Palackého k návrhu věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích deklarují, že vítají transformaci fakultních nemocnic jakožto příspěvkové organizace do nové podoby, ovšem se současným návrhem zákona nesouhlasí.

⁹⁹ Platba za referenční období.

¹⁰⁰ Otázky Václava Moravce. Dostupný z :

<http://www.ceskatelevize.cz/program/porady/1126672097/text/208411030500302-8.txt>.

Podle rektora MU Petra Fialy návrh zhoršuje podmínky pro lékařský výzkum a tím i dopad na pacienty. „Masarykova univerzita nemůže akceptovat takovou podobu zákona, která ve svých důsledcích vyvádí výzkum ven z univerzit. Považujeme to za krok zpátky a myslíme si, že výzkum musí být propojen s výukou a že univerzita musí být tím, kdo garantuje kvalitu medicínského výzkumu.“¹⁰¹

Rektor Univerzity Karlovy, prof. Hampl navrhuje řešení spolu s UK, MUNI, UPOL. „Naším návrhem je transformace nemocnic do podoby veřejnoprávních institucí, se kterými máme v České republice dlouholeté dobré zkušenosti. Takto existuje již deset veřejné vysoké školy, příkladem jsou také ústavy Akademie věd. Provedené rozborů jednoznačně ukazují, že tato reforma je vhodnější a umožňuje zásadní problémy, jakož i vhodnou dělbu kompetencí mezi státem a univerzitou, vyřešit.“¹⁰²

Navíc naléhavě upozorňuje, že pokud se opravdu naplní transformace dle plánů Ministerstva zdravotnictví a dojde k přeměně stávajících fakulturních nemocnic na standardní akciové společnosti před případným schválením zákona o univerzitních nemocnic, ukončí se klinická výuka z důvodu chybějících právních předpisů, na které je uskutečňování výuky vázáno.¹⁰³

„Na přípravě zákona o univerzitních nemocnicích nám od počátku vadilo, že se zde bere v úvahu stále jen jedna právní forma, tedy akciová společnost, aniž by tomu předcházela odborná analýza a expertní diskuse i o jiných variantách.“¹⁰⁴

Akademický senát Univerzity Palackého v Olomouci, vědom si důležitosti vazby výuky, vědy, výzkumu a léčebné péče realizovaných ve spolupráci fakulturních nemocnic a lékařských fakult, žádá MŠMT ČR, Ministerstvo zdravotnictví a Vládu ČR, aby vedla otevřený dialog o univerzitních nemocnicích a do doby účinnosti zákona žádným způsobem netransformovala stávající fakulturní nemocnice.¹⁰⁵

Dále byly vysloveny představiteli akademické obce další pochybnosti. Obchodní společnost je řížována za účelem zisku, pokud by měla být nezisková, pak jen s řadou

¹⁰¹ Petr Fiala, rektor Masarykovy univerzity, více prohlášení z tiskové konference, kde jsou obsaženy zcela konkrétní výhrady k zamyšlenému provádění zdravotnických reforem.

¹⁰² Souhrn klíčových stanovisek univerzit ve věci přípravy transformace nemocnic vydány 18.4.2008.

¹⁰³ Z Prohlášení rektora Univerzity Karlovy, 23.5.2008.

¹⁰⁴ Rektor UK Hampl. Shromáždění Akademické obce, 21.5.2008. Více informací Medical Tribune, 26.5.2008.

¹⁰⁵ Usnesení Akademického senátu UP ze dne 28.5.2008.

výjimek a novel. Ty mohou být přidruženy k obchodnímu zákoníku, což s sebou nese riziko nepřehlednosti. Další pochybnosti se týkají především výzkumu a výuky, jejího personálního zajištění, akreditací a v neposlední řadě také uplatňování akademických práv.

„O projektu univerzitních nemocnic se v ČR hovoří minimálně 12 let. Jak je v našem zdravotnictví bohužel zvykem, čím více se blíží řešení a čím aktuálněji se začíná dotýkat jednotlivých zainteresovaných subjektů, tím klesá míra ochoty ke změnám.“¹⁰⁶

Při zpracovávání strategie zdravotnického zařízení na příštích pět až deset let manažeři neznají mnoho faktorů, ovlivňujících tuto strategii. Mohou tak pouze předpovídat její budoucí vývoj. Za posledních deset let došlo ke zcela podstatným změnám prakticky ve všech lékařských oborech.

K dalšímu příkladu aplikace jsem si vybrala FN Brno. Čerpám z dostupných údajů zveřejněných v březnu 2008.

6.2. „SMART“ Cíl : Vznik centra všeobecné, specializované a urgentní medicíny regionálního významu FN Brno.

S – FN je centrem všeobecné, specializované a urgentní medicíny regionálního významu.

M – vytvoření podmínek pro přestěhování Traumacentra, vysoký rozvojový potenciál v rámci materiálně technického zázemí, areál, budova, přístrojové a technické vybavení.

A – kvalitní a realizovatelná strategie rozvoje nemocnice v návaznosti na reformu českého zdravotnictví.

R – připravenost na transformaci na univerzitní nemocnici, stavebně i technicky odpovídá evropskému standardu.

T – 2007 – 2009.

¹⁰⁶ Marek Šnajdr. První náměstek ministra zdravotnictví, shromáždění akademické obce, 21.5.2008.

6.2.1 FN Brno z pohledu dlouhodobé strategie

Ředitel fakultní nemocnice Brno na počátku svého působení vyhlásil strategii nemocnic. Aktualizuje ji každoročně na strategické konferenci, které se účastní tým vedoucích pracovníků nemocnice. Počátkem roku jsou se strategií seznámeni všichni pracovníci prostřednictvím Nemocničních listů.¹⁰⁷

VIZE¹⁰⁸ - FN je centrem všeobecné, specializované a urgentní medicíny.

STRATEGIE - rekonstrukce budovy postupuje podle časového plánu, veškerá příprava pro přesun Traumacentra z Úrazové nemocnice probíhá podle plánu. Moderní vyšetřovna pro nové 64 vrstvé CT¹⁰⁹ a urgentní příjem jsou již ve fázi dokončení. Probíhá rekonstrukce operačních sálů.

ZÁKAZNICKÁ PERSPEKTIVA - všem dětem a rodičům nabídla FN novou kvalitu diagnostiky a terapie díky novému provozu dětské LSPP na PDM.

FINANČNÍ PERSPEKTIVA - celková účetní bilance za rok 2007 byla pozitivní + 1.258.073 Kč. Nepatrné navýšení cash-flow. Na základě ekonomických možností poskytla FN reálné a garantované navýšení mezd o 2%.

UČENÍ A PROFESNÍ RŮST - probíhá reorganizace činnosti na PDM¹¹⁰, která zvýší efektivitu všech činností a dovolí prakticky bez výjimky splnění Zákoníku práce. To se již podařilo na PRM¹¹¹. Z tohoto pohledu je nejobtížnější na PMDV¹¹². Další jednání a změny v organizaci činnosti jsou v jednání. Nepodařilo se úspěšně uzavřít kolektivní vyjednávání. FN Brno se zapojila do evropského projektu „IMP“¹¹³, zaměřeného na zdravotní zařízení.

¹⁰⁷ Strategie FN Brno. Nemocniční listy, 2008. č. 3. Strategie 2009 není přístupná veřejnosti.

¹⁰⁸ Mnohdy také jako Mise., např. Mise Všeobecné fakultní nemocnice v Praze zní takto: „*Nejatraktivnější česká univerzitní nemocnice s nejlepší péčí, vědeckou základnou, výukou a nejspokojenějšími pacienty a zaměstnanci.*“ Převzato z publikace Souček, Z. (2006), s. 88.

¹⁰⁹ Počítačová (computerová) tomografie kombinuje klasické rentgenové vyšetření s počítačovým systémem, který informace zpracovává. Novinkou je přechod jedné vrstvy k multisekční. Úzký snopeč je rozšířen v kónický a každý detektor je nahrazen řadou 4 až 64 (v nynější době), orientovaných paralelně k ose nemocného.

¹¹⁰ PDM detašované pracoviště dětské nemocnice v Černých Polích.

¹¹¹ PRM pracoviště reprodukční medicíny.

¹¹² OMRV pracoviště medicíny dospělého věku v městské části Bohunice.

¹¹³ „IMP“ je metoda rozvíjející znalosti, zkušenosti a kvalifikaci starších a mladších zaměstnanců pracujících na jednom pracovišti.

Úkolem strategie je připravit zdravotnické zařízení na všechny situace, které s vysokou pravděpodobností mohou nastat. Ve zdravotnictví dochází k neustálému vývoji lékařských metod, které musí stratég brát v úvahu v kontextu s měnícím se ekonomickým a sociálním prostředím. Vzhledem k rostoucí mobilitě obyvatelstva dnes vzdálenost nehraje žádnou roli. Z tohoto pohledu zdravotník-manažer-stratég musí uvažovat v celosvětových dimenzích. Primárním posláním úspěšného vůdce je přesvědčit ostatní, aby ho následovali. Podaří se mu to jen když bude všem osobním příkladem. Manažer musí efektivně využívat celé spektrum metod, technik a nástrojů, které mu nabízí moderní management. Plánování, organizování a následná kontrola mu umožní řízení zdravotnické organizace tak, aby se vypořádal se všemi vlivy. Vlivy jakými jsou pohlavní onemocnění, AIDS, pandemie chřipky či vývoj tuberkulózy v důsledku turistiky a imigrace nelze přehlížet. Nákup drahých přístrojů nepřinese nemocnici efekt, pokud nebude zajištěna současná odborná kvalifikace zdravotnických pracovníků. Ani nejmodernější vybavení a vysoce odborně provedené lékařské výkony nevyzní, pokud nebudou-li provázeny vlídným chováním personálu, odpovídajícím potřebám pacientů. Při reorganizaci zdravotnického zařízení se uvažuje nad variantami jako jsou např. specializované pracoviště, úzce specializované zařízení nebo zařízení s komplexní péčí, zaměřené na pacienty z nejbližšího regionu, z celé ČR, ze zahraničí nebo na velmi náročnou klientelu. Flexibilita zařízení je zajišťována množstvím pracovních dohod s externími pracovníky, spoluprací s jinými zdravotnickými zařízeními, stimulací pracovníků a jejich motivací k prováděným změnám a v souladu s měnící se poptávkou, vývojem imigrace, lékařské vědy a politikou zdravotních pojišťoven. Dále se musí počítat se stavebními projekty a úpravami, změnami provozů oddělení a ambulancí, výchovou zdravotnických pracovníků v jednotlivých specializacích a v neposlední řadě přípravou personálních rezerv. Strategické řízení je živý proces. Umění uplatnit metody, techniky a nástroje moderního managementu je vizitkou mocenské pozice manažera. Ta se opírá o jeho profesní zkušenosti, osobní charisma, o umění komunikovat vertikálně i horizontálně. Manažer se musí neustále vzdělávat, ale také umožnit vzdělání svým zaměstnancům a přitom nezapomínat na hodnotovou orientaci, jež vymezuje principy etiky. Každý manažer se musí umět vyrovnat s pokušením zneužití moci a prosadit svoji autoritu. Ve Fakultní nemocnici Brno se hodnotí průběh strategie v červnu každého roku.

Na začátku prosince se provádí komplexní hodnocení celé strategie. Provedou se potřebné změny a strategické období se prodlouží na další rok.

Strategií ve FN Brno¹¹⁴ se zabývá strategický tým, který je složen z managementu, externího konzultanta a z komisí, v nichž jsou zastoupeny obory interní, chirurgické, onkologické, gynekologicko – porodnické, tzv. komplement, obory intenzivní medicíny, ošetrovatelská péče a farmacie, obory z oblasti neurologie, ekonomiky, financí, obchodu, technického zabezpečení a informatiky. Práce komisí se řídí Statutem, který je součástí „Systému strategického řízení“. Zdravotníci pracovníci jsou již dnes přesvědčeni o smyslu strategie, takže přistupují aktivně k osvojení si kombinace medicínských, ekonomických a manažerských znalostí. Z tohoto vyplývá nutnost systematického vzdělávání pracovníků. Dnes si mohou lékaři, manažeři prohlubovat ekonomické a manažerské znalosti ve studiu MBA (Master of Business Administration).

Dobrá image zdravotnického zařízení přitahuje nové pracovníky. V opačném případě zařízení trpí nedostatkem kvalitních pracovníků a tím klesá jeho pověst.

Hned na počátku je zformulovaná vize, mise a strategické cíle. V našem případě se vize zdařila a FN Brno je specializovaným zdravotnickým zařízením, orientovaným na komplexní péči včetně urgentní medicíny. Pacienti raději půjdou do nemocnice s komplexní péčí než do úzce specializovaného centra. Vize vyjadřuje zaměření daného zdravotnického zařízení a je jeho nejtypičtější předností, která prozrazuje zaměření aktivit, produkty, zákazníky, regiony. Mise je intuicí manažera, kterou klasifikuje na základě svých zkušeností a schopností, které ho povyšují na vůdcovské a podtrhují jeho osobní stránku. Mise má platit dlouhodobě a často má být opakována. Na základě syntézy svých zkušeností, poznatků z mnoha oborů, vhodnou kombinací podloženou 100% informovaností volí misi, vizi a cíle. Důležité jsou nabízené produkty, v našem případě tedy zdravotnické výkony, ale i hmotné výrobky, např. laboratorní testy, transfúzní přípravky, protetické pomůcky a jiné. Produkty tvoří podstatnou část činnosti zdravotnického zařízení. Nezbytnou součástí jsou pacienti, ve zdravotnických zařízeních jsou to pacienti. Dále jsou to pacienti, kteří odebírají protetické výrobky, konzultují výsledky laboratorních testů a jiných zdravotnických činností.

¹¹⁴ Pro zpracování této statě použita publikace Souček, Z., Burian, J. (2006), s.57-67.

Pro zdravotnické zařízení je důležitá spádová oblast odkud zákazníci přicházejí. Oproti direktivní volbě před rokem 1989 mají klienti možnost nyní svobodného výběru zdravotnického zařízení. Zdravotnická zařízení usilují o získávání zákazníků. Z tohoto pohledu je velmi důležité hodnotit produkty, zda odpovídají nejnovějším poznatkům lékařské vědy a zda jsou v souladu s předpisy a normami EU, zda jsou hrazeny pojišťovnami a zda bude poptávka po nich i v budoucnu. Vždy je nutné posuzovat reálnost z pohledu finančního, personálního, technického, ekonomického a právního.

V souladu s principem celosvětového systémového přístupu se musí management, lékař-manažer-stratég zabývat vývojem vědy, techniky, politiky, ekonomiky, demografickými a sociálními změnami, ekologií a právním okolím. Manažer velké fakultní nemocnice musí situaci v celosvětovém měřítku bezpodmínečně znát a všemi vlivy se zabývat. Pro potřeby zpracování strategie má klíčový význam analýza lidských a finančních zdrojů, hmotného a nehmotného majetku, výkonnosti jednotlivých oddělení, vztahů se zákazníky i dodavateli a jejich porovnání s údaji, která jsou charakteristická pro zdravotnická zařízení. Výsledky analýzy z mnoha zdravotnických zařízení jsou podobné.

6.3. Stimulační nástroje managementu nemocnic

„Není nic důležitějšího, než vědět jak získat a motivovat vynikající lidi“. Claudio Arazo.

Vrcholný manažer vytvoří takové podmínky, aby každý jednatel měl radost z pocitu úspěšně vykonané práce a tím pádem i výsledků nemocnice. Stimulační klima lze vytvořit s použitím několika metod. První má spíše charakter ideový, druhá je založena na finanční stimulaci a třetí jsou různé benefity.

Utkvěla mi v mysli poznámka jednoho účastníka přednášky „O vedení lidí“, která zněla:

„ V našem podniku pracují jen výborní, vysoce vzdělaní lidé, kterým není nutné ani žádat říkat, co mají dělat.“ Oni to vědí sami. Domnívám se, že samotná komunikace ředitele, šéfa či vedoucího s podřízenými a vzájemná komunikace se spolupracovníky je pro mnohé motivací. Pečlivé vyslechnutí a zvážení názorů, z nichž vzejdou nápady jsou jistě jedním z nejcennějších nástrojů vedoucímu k úspěšné strategii. Základem úspěchu budoucnosti jsou nadšení,

kvalifikovaní, výkonní a loajální pracovníci. Podstatné je vnášet do zařízení optimismus, víru ve vítězství a zvládnutí všech obtížných úkolů. V českém zdravotnictví pracuje mnoho lékařů, kteří jsou vynikajícími specialisty na světové úrovni. Naproti tomu jejich manažerské znalosti jsou většinou na podstatně nižší úrovni. Lékaři pracující ve vedoucích pozicích již pochopili, že k výkonu této funkce je třeba si osvojit manažerské znalosti. Benefitem pro mnohé z nich je specializované studium MBA¹¹⁵.

Pracovníci fakultní nemocnice nemohou být stimulováni zainteresovaností na zisku, jelikož jeho dosažení není cílem nemocnice. Cílem je dosažení kvality zdravotnických výkonů¹¹⁶. A k tomu je nutné finanční motivace a kolektivní vyjednání.

K dosažení strategických cílů musí být pracovníci stimulováni, což vyžaduje značné úsilí, vynalézavost, aktivitu, odbornost, komunikační schopnosti, znalosti a řadu vlastností. Ve zdravotnických zařízeních, hlavně ve velkých nemocnicích, hraje velkou úlohu nehmotná stimulace. Poskytnutí financí na špičkové přístrojové vybavení, zprostředkování nebo umožnění účasti na významných zahraničních konferencích, vytvoření podmínek k výzkumu, umožnění dalšího vzdělávání. Pro lékaře a mnohé další zdravotnické pracovníky je tato stimulace daleko významnější než finanční odměna. Management musí své zaměstnance inspirovat k novým myšlenkám. Zprostředkovávat setkávání s externími odborníky a posílat své zaměstnance na stáže a externí studium. Za obrovskou inspiraci považují samostudium dostupné odborné literatury. Ve FN Brno mají zdravotničtí pracovníci i studenti lékařské fakulty k dispozici odbornou knihovnu na velmi dobré úrovni.

Ve zdravotnickém zařízení se nesmí zapomenout na adekvátnost výsledků získaných stimulací. Mám na mysli shodu s běžícím vývojem. Platí zásada „if-then“, tzn. validní vstupní údaje korelují s výsledky stimulace.

¹¹⁵ Master of Business Administration (MBA) je studijní (vysokoškolský) program, zaměřený za získání znalostí v oboru management.

¹¹⁶ Zajímavá metoda stimulace, vázaná na výkon lékaře, se experimentálně zavádí v některých amerických firmách, např. General Electric. Příslušný lékař obdrží ročně 100 USD za každého zaměstnance –diabetika, jehož zdravotní stav lékař v průběhu roku kontroloval. Vychází se z poznatku, že zaměstnanec trpící nekontrolovatelným diabetem, zmešká v práci až 12 dnů, zatímco pečlivě léčený diabetik pouze dva. Příklad převzat z publikace. Souček, Z. (2008), s. 218.

6.3.1. Finanční stimulace

Zdrojů v resortu je relativně dostatek:¹¹⁷ Zdravotnictví disponovalo velkým objemem finančních zdrojů na investice. V době finanční nouze ve zdravotnictví bylo možné přibrzdit ve zdravotnictví investiční výdaje. Zdroje se použily na mimořádné oddlužení výrazně zadlužených velkých nemocnic. Často také k poskytnutí mimořádných odměn vedení nemocnic. Doposud bylo možné v nouzi přiškrtit zdroje na odměňování. Do budoucna však tuto možnost je nutné vyloučit. Zdravotníci jsou nespokojeni a mnoho z nich odchází za lepšími finančními výhodami do zahraničí. Systém financování ve zdravotnictví je bohužel nastaven tak, že lze kdykoliv omezit příjmy neuzavřením potřebných smluv ze strany zdravotních pojišťoven se zdravotnickým zařízením. Zdravotnické zařízení nemá žádný manipulační prostor, pouze povinnost čekat až uznaná výše úhrady dorazí na účet zdravotnického zařízení. Ve zdravotnictví je nedostatek zákonných norem a prováděcích předpisů k nim, které by pozastavily rizika kontrolních zjištění z neprovedených úhrad za odvedené zdravotnické výkony.

6.3.2. Interní audit

Interní audit je vedle finanční motivace nejsilnějším nástrojem managementu. Ten může pomoci zlepšit řízení a provádění odborných činností a tím pak i zefektivnit a zkvalitnit hospodaření organizací. Zatím se na něj však pohlíželo spíše jako na kontrolu, tedy pouhou represi, nikoliv jako na poradní a konzultační nástroj k prosazování společných cílů managementu. Ve zdravotnictví lze auditem¹¹⁸ zjistit nedostatky :

- v řízení resortu,
- v kumulované výši hospodářských ztrát za několik let
- v dlouhodobých závazcích z nákupu léků,
- ve smluvním prodlužování některých závazků z nákupu zboží, především jejich vysoké ceny a mnohdy bez výběrového řízení.

¹¹⁷ Ministerstvo zdravotnictví. Dostupný z: <http://mzcr.cz/>.

¹¹⁸ Ekonomické informace. Zdravotnictví a právo, 2008, č. 7-8.

- v nedostatečném řešení pohledávek a výši jejich odpisů ze zdravotního pojištění,
- ve výši rozpočtově neošetřených příjmů ze zdravotního pojištění,
- ve výši neproplacených pohledávek některých lékařů vůči pojišťovně.

Ve zdravotnictví jsou však již příklady, kdy pracoviště vyhodnocením interního auditu profitovalo. Například FN Brno v únoru 2007 jako první a doposud jediná se stala jako celek držitelem certifikátu jakosti 9001:2000. Prestižní auditorská firma Det Norske Veritas svými pravidelnými šetřeními potvrdila této nemocnici kontinuitu procesů i produktů.

6.3.3. Metodika kolektivního vyjednávání

Základní metodikou jsou zřejmě kolektivní zkušenosti při racionálním řízení. Mnozí již preferují z vlastních zkušeností analýzu zjištěných nedostatků a hledání nápravy rozšířením či změnou informačních nástrojů. Optimální je rozfázovat reformní kroky, změny a přístupy. V běžném životě se osvědčilo zhodnocení plusů a mínusů¹¹⁹ návrhů a tvrzení a tyto sepsat. Tuto metodu sama využívám jak ve svém pracovním, tak i v osobním životě.

Domnívám se, že je snaha zainteresovaných členů tvůrčího týmu marná, když o dobře míněné rady a odborné názory stávající vrcholný management nemá příliš zájem. Starost o zakonzervování stávajících poměrů ve zdravotnictví, zejména organizačních struktur a pravidel řízení, stejně jako snaha o možnosti dotování potřebných subjektů v případě nedostatků financí je podle mne stále silnější než přiznání hrubých systémových nedostatků a uznání potřebných změn v dosavadní praxi.

Změny musejí nastat a prosadit se technikami a metodami tvrdých prvků managementu¹²⁰. Je docela možné, že ti, co mají reformní kroky realizovat nenašli dostatek odvahy či chuti a v důsledku obavy z kritiky své záměry tají. Pak zveřejní pouze paragrafové řešení reformních změn, které obvykle bývá málo srozumitelné nejen odborné, ale především občanské veřejnosti. Vždyť kromě obecných záměrů v denním tisku a v ostatních médiích jsme neměli možnost číst zveřejněné znění návrhů reformy či aspoň propracovanější záměry reformních změn.

¹¹⁹ Techniku „Pro a proti“ používal Benjamin Franklin.

¹²⁰ Podle prof. Vágnera se jedná o tyto prvky: plánování, organizování, kontrolování.

7 ZHODNOCENÍ STÁVAJÍCÍHO STAVU A NÁVRHY DE LEGE FERENDA

Skutečná reforma, respektive jedna z její části zaměřená na reformu institucí a zvýšení efektivity probíhá od roku 2007 a ukončena by měla být v roce 2009. Následující kroky k reformním změnám jsou tyto.

Transformace zdravotních pojišťoven. Jeden zákon pro všechny pojišťovny (účinný možná už od r. 2009). Vytvoření státního dozoru a posílení odpovědnosti statutárních orgánů pojišťoven. Vytvoření podmínek pro zdravotní připojištění

Stanovení dostupnosti zdravotních služeb. Velkou novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění má být definován objem standardní a plně hrazené péče. V zákoně bude upravena i její minimální garantována časová a geografická dostupnost. Odpovědnost za zajištění budou mít zdravotní pojišťovny.

Změny ve stanovení úhrad. Probíhá dohodovací řízení pro rok 2008 a zároveň byl zahájen nákup péče ve vybraných oblastech (například u náhrad kyčelních kloubů) a podpora DRG¹²¹. Nejpozději v roce 2010 by už dohodovací řízení pravděpodobně neprobíhalo a bylo by nahrazeno nákupem péče. V oblasti léků nahradí od příštího roku dosavadní vydávání úhradové vyhlášky modifikované správní řízení SÚKL¹²².

Změna v postavení zdravotnických zařízení – stejné podmínky pro udělení oprávnění poskytování zdravotní péče pro všechny subjekty bez ohledu na vlastníka a právní formu. Změna systému výběrových řízení před uzavřením smlouvy s pojišťovnou. Smyslem je, aby při změně právní formy nemocnice nemuselo být výběrové řízení vyhlášováno. Zároveň s rozvojem nákupu zdravotní péče výběrová řízení zaniknou úplně.

Uzákonění dědění a prodeje praxí. Definování svobodného výkonu zdravotní praxe bez nutnosti „pevného“ zdravotnického zařízení. Přijetí speciální zákona o zdravotnické záchranné službě, který mimo jiné řeší provoz a financování pohotovostních ambulancí. Zároveň by tím byla uložena povinnost držení žurnálních služeb pro praktické lékaře v regionu.

¹²¹ DRG (diagnosou related groups), diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz.

¹²² Státní ústav pro kontrolu léčiv.

Posílení role pacienta – stanovení práv a povinností v souladu s evropským právem. Plná informovanost o zdravotním stavu, kvalitě a ceně poskytnuté péče, se znalostí nároku na plně hrazenou péči a možnosti připlacení.

Změna systému vzdělávání. Trvale sledování poptávky po jednotlivých zdravotnických profesích a její prognostika. Novela vzdělávacích zákonů s důrazem na financování. Revize vzdělávacích programů s ohledem na jejich kompatibilitu a posílení kompetencí nelékařů.

7. 1. Zhodnocení dopadu reformy pro české zdravotnictví a veřejnost

Aniž bych hodnotila legislativní a ekonomické aspekty, chtěla bych nastínit výhody i nevýhody a rezervy, které reforma zdravotnictví skýtá formu SWOT analýzy (tab.7.1.).

Tab. 7.1. Zhodnocení dopadu reformy pro veřejnost¹²³

Strength (silné)	Weak (slabé)	Occasions (příležitosti)	Threaste (ohrožení)
Politická odvaha	Poměr sil v parlamentu	Větší transparentnost	Zastavení reformy
Provázanost	Nesourodnost vládnoucí koalice	Informovanost pacientů	Zavádění výjimek a odkladů
Komplexnost	Opožděnost reformy	Stimulace	Politické lobby
Evolučnost	Nevhodně zvolené prostředí reformních kroků (forma a následnost)	Institucionalizace Diskuse se s vysokými školami	Nedůslednost
Inovace	Nizozemský model	Kultivace reformy	Legislativní prostředí

Náhlá změna v chování jednotlivých prvků systému nenastala díky postupným reformním krokům, což je kvalifikováno jako silná stránka reformy. Nastavené motivace a racionální přístup vedou k úspěchu, avšak pod podmínkou, že se reforma nezastaví. Nepodlehnout

¹²³ Více informací v příspěvku Jelínek, J. Zdravotnický systém , CzechMed, 11.4.2008.

populistickým snahám politiků vůči voličům. Vyšší informovanost¹²⁴ a angažovanost pacientů a veřejnosti v jednotlivých krocích. Jasná pravidla i v otázce přeměny nemocnic a jejich dostupnost v kvalitě poskytování péče. Domnívám se, že se opomíjí zásadní krok reformy, privatizace pojišťoven, které mohou mezi sebou soutěžit a tím přinést lepší služby pacientům. Reforma je příliš zaměřená na hledání nových majitelů nemocnic a zdravotnických zařízení.

7.2. Procesy rozhodování

7.2.1. Netransparentní proces rozhodování o likvidaci nemocnic

Základem transparentnosti je efektivní řízení nemocnic. V podmínkách českého systému veřejného zdravotního pojištění se ukazuje, že právní forma „veřejnoprávních“ nemocničních zařízení je překážkou jejich zdravého ekonomického života i samotného rozvoje. Nemocnice poskytují služby, které mají svůj ekonomický rozměr. Tyto služby poskytují lidé prostřednictvím svých znalostí, ve spojitosti s provozním zázemím a zdravotnickými technologiemi. Logicky všichni účastníci chtějí ekonomicky profitovat. Pokud připustíme, že shora uvedené argumenty mají svoji váhu, nezbyvá než konstatovat, že i nemocnice poskytují službu za úplatu. Tou je úhrada prostřednictvím plateb zdravotního pojištění. Pohybují se v prostředí, které se obecně označuje za podnikatelské, tedy tržní.

V tom spatřuji, již nějakou dobu, konkurenční prostředí pro nemocnice. Často velmi dravá konkurence se odehrává převážně v kvalitě poskytovaných služeb (konkurence hotelovými službami, moderními technologiemi či kvalitou péče, což je však mnohohrstevný pojem). Je zcela nepochybné, že chtějí-li nemocnice na trhu uspět, musejí být řízeny jako kterékoliv jiné ekonomické subjekty, tj. ve všech aspektech a složkách řízení. Musejí být tedy schopny samostatně rozhodovat, ale také nést odpovědnost za svá rozhodnutí.

Cyklicky se opakující ekonomická krize v našem zdravotním systému jsou zaviněny mimo jiné tím, že aktuální jednotné cenové ohodnocení neumožňuje rozvoj kvalitních zdravotnických zařízení. Nemotivuje ani organizace ani zdravotnický personál. Ve

¹²⁴ Zavedení programu eHealth, který by umožnil vzdálený přístup k patientským záznamům, sdílení laboratorních a diagnostických snímků i vzorků.

zdravotnictví by měl být stát lepším hospodářem a pouze nastavovat parametry a pravidla, nikoliv se aktivně realizovat. Sjednávat zdravotní péči a stanovovat individuální ceny podle určitého objemu by měly pouze zdravotní pojišťovny. Touto motivací by se poskytovatelé zdravotní péče mohli rozvíjet, být efektivnější a poskytovat vyšší servis než konkurence.

Ač není odhadnutelné fungování systému veřejného zdravotního pojištění, bude se jistě vyvíjet. Zdravotní pojišťovny budou i nadále hospodařit s veřejnými dávkami, ale budou nejspíše i vytvářet alternativní pojistné plány. Péči u poskytovatelů budou nejen platit, ale i „nakupovat“.

Všeobecně řečeno, změni –li se systém, musí se změnit i chování jednotlivých prvků. Nemocnice jako poskytovatelé péče budou muset být silným a ekonomicky zajímavým partnerem pro systém, který je schopen řídit svoje náklady a zároveň se trvale rozvíjet. Vývoj jde k centralizaci, efektivnosti a ke komplexnosti služeb. Tomuto trendu se v rámci reformy zdravotnictví nevyhneme.

Současný systém „veřejnoprávních“ nemocnic tento trend neumožňuje a klade mu spíše řadu překážek.

Domnívám se, že přeměna současných nemocnic z rozpočtových a příspěvkových organizací na standardní subjekty obchodního práva je nezbytná. Novou právní formu je však nutno vnímat nejen z pohledu ekonomických očekávání, ale rovněž z pohledu jejich existence na evropském trhu. Proto se jeví nejvýhodnějším způsobem přeměna nemocnic na akciovou společnost. Kraj si ponechá rozhodující pozici, aby mohl přímo zasahovat ve prospěch „politicky udržitelné“ koncepce zdravotnictví kraje. Takto přeměněné nemocnice musejí být řízeny vysoce kvalifikovaným managementem. Někteří ředitele nemocnic se domnívají, že je pro kraj výhodnější nemocnice pronajmout¹²⁵

K tomu je potřeba angažovat stávající i nové manažery, dostatečně připravené reflektovat potřebné systémové a vlastnické změny ve zdravotnictví. Změna vlastnických vztahů není samospasitelná. Jednorázovým oddlužením a navíc pouze některých institucí

¹²⁵ Rýznar, V. Konference efektivního řízení nemocnic. Kongresový sál regionálního centra Olomouc. doc. MUDr. Václava Rýznara, CsC., MBA., vedoucího oboru zdravotnictví olomouckého kraje. Medical Tribune ročník III., 18.června 2007, č. 20.

situaci neřeší. Vždy jde o cestu rozpočtovou na úkor někoho jiného. Nutnou hlubší kontrolou hospodaření se odstraní příčiny rostoucích dluhů.

Všechny právně a hospodářsky vyspělé státy plánují zdravotnictví moderními metodami plánování pod demokratickou kontrolou veřejnosti a vyjednávají s hlavními představiteli zdravotnickému systému¹²⁶.

7.2.2. Větší transparentnost ve zdravotnictví

Významným krokem ke stabilizaci představuje především zásadní posílení rozpočtové disciplíny při tvorbě zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven a úhradových vyhlášek MZ ČR. Následným krokem je také důležité posílení odpovědnosti zdravotních pojišťoven za vyrovnané hospodaření systému a neméně podstatné je zvýraznění její pozice nákupčího selektivní zdravotní péče pro své pojištěnce. K větší transparentnosti je tedy důležitá stabilita systému a dodržování rozpočtového omezení. Top prioritou je bilanční rovnováha mezi příjmy a výdaji systému veřejného zdravotního pojištění. Rozsah a struktura by měly reflektovat s medicínskými požadavky a jejich prioritami. Výdaje se odvíjí od očekávaných disponibilních zdrojů a zohlednění potřeb rezerv.

Dalším krokem pro transparentnost v systému by měla být penalizace rizikového chování. Nadměrné požívání alkoholických nápojů, návykových látek, kouření a nestřídmý příjem stravy vedoucí k obezitě, stejně tak způsobená dopravní nehoda zaviněná riskantní jízdou řidiče. Nepomohou jen zákazy, sankce a regulace, nýbrž důsledné uplatnění ekonomických nástrojů. Zejména v oblasti spotřební daně, úrazového pojištění, povinného pojištění odpovědnosti za provoz motorového vozidla. Podle mého názoru je to jeden ze zásadních kroků, který koreluje s principy osobního managementu. Nejprve začít u sebe, pochopit sám sebe a pak následně reflektovat své chování vůči ostatním a okolí. Troufám si říci, že zde máme obrovské rezervy vůči zdravotnickému systému.

Neopomenutelným krokem je odstranění strukturální nerovnováhy a zavedení disciplíny v investiční politice. Je známo, že řada nemocnic nemá pro poskytování péče předpoklady a

¹²⁶ Např. i úřady pro zdravotnictví jednotlivých amerických států plánují síť agentur provozujících státní pojištění, síť racionálních nemocnic, techniku pro moderní medicínu aj. Více o reformách zdravotnictví v jednotlivých zemích dostupný z: <http://www.who.cz/>.

podmínky. Z toho pohledu není vhodné vytvářet zdravotnická zařízení dle spádových oblastí, která nemohou být ekonomicky efektivní. Beze srovnání cen ekonomických nákladů nelze alokační efektivnost v českém zdravotnictví zlepšit. Elegantním řešením by byla rovnováha na trhu koupěschopné poptávky s nabídkou. S tím souvisí systém DRG¹²⁷, na který přechází většina vyspělých zemí EU, v českém zdravotnictví se stále dotváří.

Poskytnuté informace veřejnosti o kvalitě a nákladovosti péče musí být srozumitelně formulovány, například formou ratingového¹²⁸ systému. S tím souvisí spoluúčast občanů na zdravotní péči. Rozhodující je však její dostupnost, kvalita a komfort.

Domnívám se, že je nutné zahájit přípravu vhodného regulačního rámce, jímž by se zabýval zcela nezávislý orgán dohledu nad zdravotními pojišťovnami. Zlepšení výkonů státní správy v oblasti zdravotní politiky a také definování již zmiňovaných medicínských priorit je zcela jasnou kompetencí MZ ČR.

Základním principem v otázce lékové politiky je transparence a dodržování Směrnice 89/105 EEC. Léky představují vysokou část celkových výdajů ve zdravotnictví. Transparentní pravidla jsou skutečně pouze prostředkem k tomu, aby se léková politika mohla nějakým způsobem realizovat.

7.3. Etika ve zdravotnictví

Etika ve zdravotnictví je široký a velmi obecný pojem. Již snaha zachránit zdraví a život je silně etickým impulsem. Na základě tohoto etického principu jsou pracovníci ve zdravotnictví hodnoceni pacienty.

Dostupná literatura se zmiňuje o etických normách lékařů, zdravotnického personálu, o pacientech, ale problematiku vztahu etika a poskytovatel zdravotnických služeb tam nenajdeme. Právě však zde by měly být etické normy na prvním místě, aby došlo k přirozenému nárůstu kvalitní péče poskytovatelem a její garancí do budoucnosti. Vztah etických norem a poskytovatele zdravotní péče nebo zřizovatele úzce souvisí s alokací zdrojů a tím i se zásadní otázkou, zda je zdraví zboží jako každé jiné či vykazuje zvláštní prvky, které

¹²⁷ DRG (diagnosou related groups) diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz.

¹²⁸ Evropská směrnice 89/105/EEC o transparentnosti pravidel tvorby úhrad cen u humánních léčivých prostředků.

jsou typické jen pro zdravotnictví. Současný zdravotnický systém musí podporovat nutně etické jednání.

Domnívám se však, že v současné době je sice etika proklamovaná, prakticky je ale velmi často opomíjená. Důkazem je korupce, která se ve dvojí podobě šíří českým zdravotnictvím.¹²⁹ Na úrovni pacient – zdravotnické zařízení. Příčinou je malý zájem pacienta si zjistit dostupné informace o jeho nároku na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Situace se řeší na poslední chvíli a najednou je zajímavá délka čekací doby, provedení typu zákroku, kvalita materiálu apod. To je moment, který nahrává korupci.

Na úrovni zdravotnické zařízení a vnější faktor. Jedná se o stavební, přístrojové investice, nákup léků, zdravotnického materiálu, pomůcek, prostředků zdravotnickými zařízeními, ale také kategorizace léčiv, smlouvy zdravotnických zařízení s pojišťovnami nebo výběrová řízení. Na jedné straně stojí dobře placení a vyškolení zaměstnanci soukromých firem s jasným zadáním a zodpovědností. Na druhé straně úředníci státních a polostátních institucí, kteří nejsou zainteresováni na zodpovědnosti správy veřejného majetku.

K odstranění korupce na úrovni pacient - zdravotnické zařízení je nutné zvýšení jejich motivace k vyhledávání dostupných informací. Na úrovni institucionální korupce je nutné vymezení zodpovědnosti za hospodaření instituce. Příklad : Správní rady zdravotních pojišťoven ani navrhované správní rady nemocnic podle zákona o veřejných neziskových organizacích nemají jasně stanovenou zodpovědnost svých členů za výsledky hospodaření organizace, jak je tomu u akciových společností. Řešením je tedy zodpovědný majitel, který managementu nebude trpět sledování vlastních zájmů na úkor řízené organizace.

¹²⁹ Příspěvek MUDr. Pavla Hroboně, CzechMed, 10.05.2006.

8 ZÁVĚR

„Bezpochyby zdravotnická zařízení mají i jiné poslání, než-li jen ryzí podnikatelské subjekty“.

České zdravotnictví postupně zavádí reformní kroky reagující na společenskopolitický a vědeckotechnický vývoj. Nezbytná byla předchozí analýza zkušeností z dosavadního vývoje a její uplatnění na další zaváděné změny. Cílem této práce bylo popsat některé z nich s přihlédnutím na historii celého systému zdravotnictví.

Systém potřebuje především důkladnou revizi, která by posílila využití základních ekonomických principů a díky nim zmírnila deformace. S tím související nevhodné chování jednotlivých subjektů. Základním ekonomickým parametrem je cena, která vzhledem k centrálnímu administrativnímu charakteru její tvorby a existence paušálního úhradového systému, postrádá jakoukoliv vypovídající hodnotu. Na počátku 90. let byl zaveden bodový systém hodnocení výkonů, který vedl k nadprodukcí. Výsledkem je diskrepance mezi jednotlivými regiony a také mezi fakultními nemocnicemi a nynějším krajským systémem.¹³⁰ Jelikož je zdravotní stav jedince ovlivňován i jinými determinanty než jen úrovní zdravotní péče jako např. životní prostředí, životní styl, chování jednotlivců, a jiné, je nutné apelovat na jeho osobní odpovědnost za vlastní zdraví. Bez výrazného posílení této osobní odpovědnosti nemá ekonomika ve zdravotnictví efektivní a dlouhodobé řešení. Doporučení Světové banky a OECD¹³¹ jednoznačně poukazuje na omezení solidarity veřejného zdravotního systému tam, kde je morbidita v příčinné souvislosti s rizikovým chováním.

Ekonomové obeznámení s problematikou zdravotnictví (OECD, Světová banka) vidí především tyto příčiny potíží. Chaotické řízení, nekoncepčnost, polovičitost, jež vyústí v nefunkční hybridní systém celé zdravotní politiky. Zásadním ukazatelem je velmi slabé postavení občana v systému. Pokud pomíneme spoluúčast formou poplatků, tak je informovanost v otázkách dostupnosti a nákladech poskytované péče nedostatečná. Rozsah

¹³⁰ Indexová metoda, z nichž jsou i dosti patrné rozdíly v dostupnosti a kvalitě zdravotní péče vázanou na místo bydliště pojištěnce.

¹³¹ Dostupný z: <http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/tiskovezpravy/>.

služeb, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění je sice velmi široký, ale nekoresponduje s medicínskými prioritami. Vůbec chybně nastavená cenová regulace léčivých přípravků a techniky, která je dána nesprávně nastavenou marží distributorům a lékárnám, což je impulsem preferovat nákladné léčivé přípravky a zdravotnickou techniku. Dalším negativním ukazatelem je postupné omezování rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven a také odpovědnosti vůči pojištěncům za náklady a kvalitu péče. A v neposlední řadě se domnívám, že Ministerstvo zdravotnictví svými vyhláškami a vstupy do dohodovacího řízení způsobuje jistou finanční nerovnováhu v resortu. Dalšími příčinami jsou nesprávné nastavení stimulací všech, kteří jsou účastníky veřejného zdravotního pojištění. Ty pak způsobují deficit managementu a právní forem.

Cílem této práce je objektivizace právního rámce managementu, analyzované cestou vybraných případů. Kombinací teoretických přístupů a metod analýzy politických procesů, vývojem institucí a jejich změn jsem se snažila, přiblížit problematiku právního rámce managementu nemocnic s konkrétní aplikací záměru vzniku Univerzitního holdingu v Jihomoravském kraji. Nemohu dostatečně uvést zpětnou vazbu fungování tohoto procesu, kvůli probíhajícím legislativním změnám. Hovoříme stále o záměru přípravy transformace nemocnic a vzniku Univerzitní nemocnice v Brně.

K diskutovanému tématu, zda v čele zdravotnického zařízení má stát lékař nebo manažer-ekonom se přikláním k variantě druhé. Předpokládám, že manažer-ekonom zná a zohledňuje specifika zdravotnických zařízení. Těmi jsou především citlivá data o pacientech, omezené možnosti propagace zdravotnických zařízení a z ekonomického pohledu pak nízký stupeň standardizace všech výkonů zdravotní péče.

9 RESUMÉ

Work is focused on objectification of hospital management legal framework. Work subjects are especially differences in participants to formulate politic agendas and reforms in health policy and resulting goals from them.

Management's deficits, legal forms, analyzed by way of selected cases associated with public health.

Though subject seems to be specifically narrow, its concept is very wide, which disable to cover complete scope of problems in this work and focus only on selected dimensions of health politics. I have focused on legal frame transformation and hospital management function, where I have selected for application part faculty hospitals and county hospitals in Brno in context with real view on University hospitals, be more specific to formation of University holding in Brno.

In political practice of Czech health politics after year 1990 there is a domination of economic questions, interests and neglecting of other socially important dimensions, such as progress of health situation and its determinant, unevenness in health, health in socially eliminated groups, public administration and public politics, quality production and service availability, risk control of illness appearance by public insurance, healthcare investigation and health services, objectification of existing problems.

In approach of participants of health politics and on international level same as in confrontation between international countries we can witness major differences. To basic dualism happen in framework of market oriented economic approaches (Flood, 2003). Within its principle it is question discussion, which hang together with conditions and consequences of market function in healthcare sector (Ranade, 1998). Basic theoretical interest of this discussion was specified by K. Arrow in his famous well known article from year 1964 (Arrow, 1963) and many more publishers, which in bigger detail pay attention to related questions like offer, request, informative asymmetry, price problems, comercialization in healthcare (Culyer, Newhouse, 2001).

Question of public identification interest are reasons, which cause deficit on relation development between management and health politics, politics and amateur and professional public community, better availability and will to use mutual and international suggestions. Reasons which cause to socially irresponsible behavior by the healthcare politics creators.

Individual creators are trying to find answers in general level of Czech public and professional politics, politic culture and next in meeting with international participants – OECD and WHO.

Work also take advantage on combination of theoretic approaches and analysis methods of public politics, especially analysis of political processes and participants, institution development and its change in context of formulated basic healthcare principles and transformation management principles.

Goal of my work is especially to become familiar with legal framework hospital management problems. View of situation in South-Moravia region about creation of university holding, its advantages and shady aspects. Not in last also an option of possible solution from my point of view. Goal of my work is also to point out to idle possibilities of production reflection and realization of Czech health politics with use of manager dimensions concept in institution of health premises.

Health institutions in our social system differ by functions, scope and especially by its specific field of operation. It is then very difficult to find and present exact instruction to optimal of individual operation of equipment. Some basic lines exists, after any with big possibility we can specify prognosis of given healthcare institution, if can be successful on healthcare market in given market sections.

I can not introduce enough back links to hospital function after transformation which legislation is still under progress, so at current time we do not have fixed, uniform legal framework. From this view I would like to continue on this thematic with my rigorous work.

10 POUŽITÉ POJMY A ZKRATKY

Analýza nákladů a prospěchu (cost benefit analysis) metoda kvantitativní ekonomické analýzy zaměřená na měření a vyhodnocování zdravotních i jiných intervencí. Náklady i přínosy musí být vyjádřeny v peněžní formě.

Akutní péče (acute care) nemocniční péče za účelem diagnostiky, léčby krátkodobých onemocnění a urgentních stavů, nevyžadující zpravidla delší pobyt na lůžku než 30 dní.

Anémie (anemia) chudokrevnost, nedostatek červeného barviva hemoglobinu a červených krvinek (erytrocytů).

Audit 1. ověření správnosti účetních dokladů auditorem. 2. ve zdravotnictví, ověření, zda zvolený diagnostický či léčebný postup odpovídá obecně uznávaným standardům. 3. obecně – systematické, nezávislé zkoumání a přezkoumávání za účelem ověření, zda současné činnosti a výsledky vyhovují naplánovaným programům.

Cash-flow tok peněz, čistý přírůstek nebo úbytek peněžních prostředků, které organizace obdrží v určitém období.

Data neuspořádaná fakta, ze kterých se tvoří informace.

Demografie (demographis) studie složení trhu založená na sociologicko –ekonomických proměnných: věku, pohlaví, zaměstnání, náboženství, úrovni vzdělání, rase, národnosti, příjmu, nebo velikosti rodiny.

Disponibilní zdroj (disposable icome) peníze, která má jednotlivec na útratu po zaplacení daní.

DRG (diagnosis related groups) diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz. Platby jsou modifikovány s ohledem na provedené operace, věku, pohlaví, souběžné nemoci, charakteru nemocnice atp.

Efektivnost (effectiveness) účinnost produkčního faktoru, poměr výstupu a vstupu.

Ekonomika (ekonomy) 1. hospodářství, 2. vědní disciplína, která zkoumá hospodářskou činnost určitého odvětví, 3.původně synonymum pro výraz ekonomie ve smyslu ekonomické vědy.

Experiment (pokus) způsob porovnávání, měření určitého jevu, který probíhá v účelově vytvořených podmínkách.

Financování (finance) činnost směřující k opatření podnikového kapitálu, jež slouží k zabezpečení produkce zboží a služeb a ke splnění cílů organizace.

Hodnocení ve zdravotní péči (evaluation of health care) posuzování činnosti, efektivnosti, adekvátnosti a bezpečnosti zdravotnických intervencí, programů jakož i dílčích cílů vytyčovaných v oblasti zdravotní péče.

Hospitalizace pobyt v nemocnici za účelem diagnostickým nebo léčebným.

Globalizace je sociální změna, zvyšování spojení mezi společnostmi a jejich elementy.

Informace (information) data, která jsou uspořádána, interpretována a používána. Mohou být v písemné, audio-, video- nebo fotografické podobě.

Kapitace, kapitační platba (capitation) prospektivní platba, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče na úhradu nákladů. Je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce. Je využívána zejména v oblasti primární péče.

Know-how (vědět jak) poznatky týkající se postupů, receptů aj., mohou být chráněné patentem.

Kontrola (check) faktor rovnováhy mezi jakýmkoliv žádoucím a skutečným stavem. Funkce kontroly je diagnostická, ovlivňující prevenci nedostatků.

Konzultant odborník pro danou oblast, který šíří poznatky k dalším zúčastněným osobám.

Kvalita (duality) souhrn vlastností výrobků či služeb vyjadřující způsobilost uspokojovat potřeby, ke kterým jsou příslušné výrobky či služby určeny. Kvalita zdravotní péče znamená dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků.

KÚNZ Krajský ústav národního zdraví

Legislativa (zákonodárství), činnost, spojená s tvorbou zákonů a v širším smyslu s tvorbou norem vůbec, nabývá v moderním právním státě stále většího rozsahu.

Lůžko (bed) základní plánovací jednotka nemocnic a léčebných ústavů. Do počtu lůžek se nezapočítávají lůžka provizorní a lůžka pro doprovázející osoby.

Liberální teorie spravedlnosti Rawls je představitel liberální politické filosofie. Pokládá spravedlnost za základní ctnost společenských institucí. Otázkou je, na jakých principech

spravedlnosti se mohou svobodní a rozumní lidé v rovné výchozí situaci ve vlastním zájmu shodnout.

Management 1. teorie a praxe řízení firem a organizací, 2. řídicí pracovníci organizace.

Management risk systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení klinických, administrativních, vlastnických a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci.

Marketing souhrn činností organizace zajišťující potřeby a přání potenciálních klientů za účelem dosahování vnitřních cílů organizace.

Marže (margin) číselný rozdíl mezi cenou výrobku a náklady na jeho výrobu. Jinými slovy marže je rozdíl mezi velkoobchodní cenou a maloobchodní prodejní cenou po určitém procentuálním navýšení (obchodní přírážka).

MBA Master of Business Administration (MBA) je studijní (vysokoškolský) program, zaměřený za získání znalostí v oboru management.

Motivace (motivation) psychologické síly, které pohnou osobou směrem nebo ze směru nějakých činností, cílů, akcí.

Monetarismus je ekonomická teorie zdůrazňující význam peněz včetně jejich samoregulační funkce a odmítají státní zásahy do ekonomiky.

MUNI Masarykova univerzita

MÚNZ Městský národní ústav zdraví

Náklady (costs) v penězích vyjádřená a účetně doložená cena produkčních faktorů.

Neoklasická ekonomie je jedním ze dvou směrů současné ekonomie. Základním předpokladem jsou trhy, které se samy automaticky čistí a spějí k rovnováze. Neoklasičtí ekonomové jsou odpůrci státních zásahů..

New public management je jedním z moderních přístupů k řízení veřejné správy. Jeho podstatou je převzetí prvků řízení, které jsou uplatňovány v soukromém sektoru, do sektoru veřejného.

Obchodní společnost (business company) sdružení dvou a více podnikatelů k provozování podnikatelské činnosti pod společným názvem. Druhy OS: 1. veřejná obchodní společnost, 2. společnost s ručením omezeným, 3. komanditní společnost, 4. akciová společnost.

Oblastní manažer (area manager), který řídí tým lidí v dané oblasti.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj je mezivládní organizace 30 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě. OECD koordinuje ekonomickou a sociálně-politickou spolupráci členských zemí.

Organizace (organization) 1. uspořádaný systém lidí, prostředků zaměřených na splnění určitých cílů, 2. činnost směřující k vytváření různých systémů, 3. stupeň uspořádanosti společenských systémů.

Organizace příspěvková (contributory enterprise) taková organizace, jež dostává na své hospodaření příspěvek ze státního rozpočtu.

OÚNZ Okresní ústav národního zdraví

PPP (Public Private Partnership) označuje smluvně upravenou spolupráci veřejného a soukromého sektoru, která je uzavřena za určitým účelem, jímž je obvykle zajištění veřejných služeb nebo infrastruktury.

Privatizace označuje změnu veřejného (státního) na soukromé, zpravidla se tohoto pojmu používá pro převod veřejného majetku do soukromého vlastnictví.

Prognóza (prognosis) kvantifikovaný odhad určitého jevu vztahující se k budoucnosti.

Produktový manager (produkt manager) manažer v organizaci s produktovým řízením, který je zodpovědný za všeobecné řízení (management) daného produktu.

Řízení (governance) povinnost stanovit příkazy organizace, stanovit cíle a vytvořit politiku pro vedení organizace v oblasti plnění jejího poslání, sledovat plnění těchto cílů a zavádění politiky.

SAK ČR spojená akreditační komise ČR vznikla v roce 1998. Posláním je zvyšování trvalé kvality a bezpečí zdravotnické péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

Sítě zdravotnických zařízení (network of health facilities) soustava zdravotnických institucí a zařízení, které poskytují služby různého druhu. Jádrem sítě jsou instituce (právní osoby) a zařízení léčebně preventivní péče: ordinace praktických lékařů, ordinace ambulantních specialistů, nemocnice a ostatní lůžková zařízení poskytující léčebně preventivní péči.

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv

Směrnice (guidelines) zásady vedení nebo vedení činnosti.

Strategický plán (strategic plan) formulovaný plán, který stanovuje veškeré cíle organizace a který hledá vztahy organizace v rámci jeho prostředí.

Transformace (transformation) přeměna jedné právní formy na druhou

Účinnost (effectiveness) stupeň, v jakém jsou poskytované služby, zákroky nebo činnosti ve shodě s nejlepší praxí, a o tak, aby byly splněny cíle a aby bylo dosaženo optimálních výsledků.

UK Univerzita Karlova

UPOL Univerzita Palackého v Olomouci

Vize (vision) vyjádření, čím by organizace chtěla být.

Vůdcovství (leadership) schopnost zajistit příkazy a zvládnout změny. Zahrnuje stanovení vize, vývoj strategií pro přípravu změn nutných k uskutečnění vize, angažování lidí, motivace a inspiraci lidí k překonávání překážek.

Výkonnost (performance) kontinuální proces, kterým manažer hodnotí a pracovníci přezkoumávají svůj výkon, stanovují výkonnostní cíle a hodnotí pokrok ve vztahu k těmto cílům.

Zdravotnický informační systém (health care systém) – jeden z odvětvových informačních systému vybudovaných pro potřeby řízení zdravotnictví. Metodicky je řízen v ČR Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) při Ministerstvu zdravotnictví v ČR.

11 SEZNAM LITERATURY

Monografie české

1. BERNÁT, R., ALTOBELLI, F. C. *Mezinárodní marketingový management*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1641-8.
2. CLEMENTE, N. M. *Slovník marketing*. Brno : Computer Press, 2004. ISBN 80-251-0228-9.
3. COVEY, R.S. *7 návyků vůdčích osobností pro úspěšný a harmonický život. Návrat etiky charakteru*. Praha : Pragma, 1997. ISBN 80-85213-41-9.
4. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha : Linde Praha, 2007. ISBN 978-80-7001-684-6.
5. DRUCKER, F. P. *To nejdůležitější z Druckerů v jednom svazku*. Praha : Management Press, 2002. ISBN 80-7261-066-X.
6. DRUCKER, F. P. *Výzvy managementu pro 21.století*. Praha : Management Press, 2000. ISBN 80-7261-021-X.
7. DYTRT, Z. a kol. *Etika v podnikatelském prostředí*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1589-9.
8. EDERSHEIM, H. E. *Management podle Druckerů*. 1.vyd. Praha : Management Press, 2008. [Z anglického originálu *The definitive Drucker*. Přeložila Irena Grusová. McGraw-Hill, 2007,]. ISBN 978-80-7261-181-2.
9. CHARVÁT, J. *Firemní strategie pro praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1389-6.
10. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
11. GLADKIJ, I. *Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci zdravotnictví*. Olomouc: Vydavatelství PU, 1997. ISBN 80-7067-753-8.
12. GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika - zdraví - zdravotnictví*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0500-8.
13. JEŽEK, T. *Privatizace české ekonomiky : její kořeny, metody a výsledky*. 1.vyd. Praha : Oeconomica, 2006. ISBN 80-245-1069-3.
14. KLAUS, V., TOMŠÍK, V. *Makroekonomická fakta české transformace*. 4.vyd. Brno : NC Publishing, 2007. ISBN 978-80-903858-1-8.
15. KOČENDA, E., LÍZAL, L. *Český podnik v české transformaci 1990 - 2000*. 1.vyd. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-1039.
16. KOTLER, P. *Marketing a management (Analýza, plánování, realizace, kontrola)*. 2.vyd. Praha : Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85605-08-2.
17. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004. ISBN 80-86199-82-7.
18. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
19. LANG, H. *Management, trendy a teorie*. 1.vyd. Praha : C.H. Beck, 2007. ISBN 80- 7179-638-1.

20. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha : LexisNexis, 2005. ISBN 80-86199-93-2.
21. MACH, J. *Medicína a právo*. 1.vyd. Praha : C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.
22. OSTŘÍŽEK, J. a kol. *Public Private Partnership*. 1.vyd. Praha : C. H. Beck, 2007. ISBN 978-7179-744-9.
23. PITRA, Z. *Základy managementu (Management organizací v globálním světě 21.století)*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-33-7.
24. PITRA, Z. *Podnikový management*. 1.vyd. Praha : ASPI –Wolters Kluwer, 2008. ISBN 978-80-7357-379-9.
25. POHL, T., ČECH, P. *Právní systémy v ČR II*. 4. přepracované vydání. Praha : ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-284-6.
26. RAPLH, B. *Mezinárodní marketingový management*. 1.vyd. Praha : Computer Press, 2007. [Internationales Marketing Management. Přeložila Ludmila Fatěnová]. ISBN 978-80-251-16418.
27. SOUČEK, Z., BURIAN, J. *Strategické řízení ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-18-5.
28. STIGLITZ, J., E. *Jiná cesta k trhu*. 1.vyd. Praha: Prostor, 2003. [Globalization and Its Discontents. Přeložil Jan Plachta]. ISBN 80-7260-095-8.
29. STÝBLO, J. *Management současný a budoucí*. 1.vyd. Praha : Edition Kamil Mařík. Profesional Publishing, 2008. ISBN 978-86946-67-2.
30. STÝBLO, J. *Personální management jako nástroj řízení změn*. 1.vyd. Praha : VOX, 2004. ISBN 80-86324-43-5.
31. ŠNĚDAR, L. *Základy zdravotnického práva*. 1.vyd. Praha : LexisNexis, 2008. ISBN 978-80-86920-21-4.
32. TOMÁŠKOVÁ, E. *Veřejný zájem v podnikání*. 1.vyd. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-210-4574-3.
33. TOMÁŠKOVÁ, E. *Interakce práva, ekonomie a managementu*. Brno : MU, 2007. ISBN 978-80-871-139-65-3.
34. SOJKA, M. *Ekonomické a společenské změny v české společnosti po roce 1989 (alternativní pohled)*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0119-2.
35. SOUČEK, Z. *Firma 21. století (Předstihneme nejlepší)*. Praha : Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-88-6.
36. SOUČEK, Z. *Zvítězíme i v globálním světě*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2008. ISBN 978-80-86946-73-3.
37. VÁGNER, I. *Systém managementu*. 2. přepracované vydání. Brno : MU, 2007. ISBN 979-80-210-4264-3.
38. VÁGNER, I., WEBER, M. *Osobní management*. 2. přepracované vydání. Brno : MU, 2007. ISBN 978-80-210-4265-0.
39. VÁGNER, I. *Management z pohledu všeobecného a celostního*. 3. vyd. Brno : MU, 2004. ISBN 80-210-3536-6.
40. VEBER, J. a kol. *Management (základy –prosperita –globalizace)*. 1.vyd. Praha : Management Press , 2000. ISBN 80-7261-029-5.
41. VEČERNÍK, J., MATĚJŮ, P. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989-1998*. 1.vyd. Praha, 1998. ISBN 80-200-0703-2.

42. VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O. *Moderní Management v teorii a praxi*. Praha : Management Press, 2006. ISBN 80-7261-143-7.
43. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2002 . ISBN 80-85912-43-0.

Monografie zahraniční

1. ARROW, K.J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Armer. Econ. Rev. 1963, 53(5): 941 -973.
2. BOLZ, U. *Public Private Partnership in der Schweiz*. 1.vyd. Genf : Schulthess, 2005.
3. CLAESSENS, S., DJANKOV, S. *Ownership Concentration and Corporate Performance in the Czech Republic: Journal of Comparative Economics* 27 (1999), s. 498-513.
4. CULYER, A.,NEWHOUSE, J. P.(edit). *Handbook of Health Policy*. Oxford Unverzity Press, 2002.
5. FLOOD, C.M. *International Health Care Reform*. A legal, economic and political analysis. Routledge, London, 2003.
6. FRYDMAN, R., RAPACZYNSKI, A. a EARLE, J.S. *The Privatization process in Central Europe*. Central European University, New York, 1993.
7. JENNINGS, B., BAILLY, M.A., BOTTRELL, M., LYNN, J. *Health Care Duality Improvement: Ethical and Regulatory Issues*. New York : The Hasting Center Garrison, 2007.
8. KOONTZ, H., WEIHRICH, H. *Management*. (Victoria Publishing) East Publishing, Praha, (1993)
9. MAHAR, M. Money –Driven Medicin. *The real reason health care costs so much*. New York : Collins, 2006.
10. RANADE, W.(ed). *Markets and Health Care*. A Komparative Analysis. Longman, London a New York,1988.
11. SUHRCKE, M., ROCCO, L.,McKEE, M. *Health a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systeme and Policie, 2007.
12. ZARKOVIC, G., SATZINGER, W., MIELCK, A., JOHN, J. *Health Policie and the Management og National Health Care systéme*. Neuhergerg : GSF – National Research center for Environment anh Health Institute of Medical Informatics and Health Servies Reaserch, 1998.

Odborné články

1. Buchar, J. *Ekonomické informace*. Zdravotnictví a právo, 2008, č.5, s.34-36.
2. aňhová, A.*Hospodaření nemocnic by mohlo oddlužení*. Zdravotnické noviny, 2005, č.15, s. 12.
3. Darmopilová, Z. *Bude zdravotní reforma?* In.MendelINET 2004. 1.vyd. Brno: MZLU –PEF, 2004.
4. Drbal, C. *Politika pro zdraví*. Zdravotnické noviny, 1993, č. 43, s. 32-33.

5. Fiala, P. *Hledání reformy zdravotnictví pro ČR*. Tempus Medicorum, 2008, č. 5, s. 6-7 a násl.
6. Dlouhý, M., Strnad, L. *Nemocnice- kvalita, efektivita, finance*. IGA MZ ČR, 1999.
7. Hampl, V. *Privatizace bez konsensu přinese jen problémy*. Tempus Medicorum, 2008, č. 3, s. 10-11.
8. Háva, P. *Etické dimenze české zdravotní politiky*. Zdravotnictví v ČR, 2008, č. I/XI, s 2-6.
9. Hladká, I. *Přehled legislativy pro neziskové organizace 2009*. Brno: Centrum pro výzkum neziskového sektoru, 2009, s. 24.
10. Hroboň, P. *Komentáře z praxe*. Zdravotnické noviny, 2005, č.15, s. 14.
11. Jelínek, J. *Zdravotnický systém*. CzechMed, 2008, s.11.
12. Julínek.T. *Tisková konference Brno 2007*. Zdravotnické noviny, 2008, č.53., s.14-15.
13. Kubek, M. *Personální devastace českého zdravotnictví*. Tempus Medicorum, 2008, č. 10, s. 2-7.
14. Kraus, R. *Slovo ředitele*. Nemocniční listy, 2008, č. 1, s. 5.
15. Mejstřík, M., Lastovička, R., Marcinin, A. *Řízení firem privatizovaných kuponovou metodou a jejich tržní ocenění*. In: Švejcar, J.et.al: Česká republika a ekonomická transformace v Evropě,1996, s-169-176.
16. Nobelova cena. *Prof. Stiglitz a jeho soudy o české ekonomice*, Lidové noviny, 3.1.2002
17. OECD Health Data 2004. *Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP ve vyspělých zemích OECD*. Zdravotnictví v ČR, 2006, č. 3.
18. Pavlíková, O. *Kraj chce pomoci dačické nemocnici*. Zdravotnické noviny, 2008, č.48, s 5.
19. Rýznar, V. *Efektivní řízení nemocnic*. Medical Tribune, 2007, č. 20.
20. Strnad, L.,Gladkij, I. *Postavení nemocnic v systému zdravotní péče*. Zdravotnictví v ČR , 2000, č. 3, č. 1-2.
21. Schlanger, J. *Změna právní formy nemocnic*. Hospodářské noviny, 2006, 8.3.
22. *Onkologická péče v ČR*. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2008, roč.7, kap.6.
23. Štůma, S.,Švestka, J. *Univerzitní nemocnice*. Právní rozhledy, 2008, č.10, s. 43-48.
24. *Veřejná soukromá partnerství. Možná cesta k zefektivnění zdravotnického systému*. In Mecon 2005 Sborník příspěvků ze VII.ročníku mezinárodní konference. Ostrava: Vysoká škola báňská, 2005.
25. Žáček, A. *Nezdary a problémy a naděje transformace zdravotnictví. Část I. Některé příčiny chybných rozhodnutí v počáteční fázi transformace*. Časopis lékařů českých, 1997, č. 136 (4), s. 103-105.

Přehled právních předpisů

1. Ústavní zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.
2. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.
3. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.

4. Zákon č. 96/2001 Sb.m.s., úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.¹³²
5. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.
6. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.
7. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
8. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění
9. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví.
10. Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.
11. Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.
12. Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích ve znění pozdějších předpisů.
13. Zákon č. 130 /2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě o změně některých zákonů (o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů .
14. Zákon č.130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o změně některých související zákonů (zákon o podpoře výzkumu), ve znění pozdějších předpisů.
15. Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 483/2006 Sb. Právní předpis upravuje mimo jiné zřízení a vznik veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, jejich orgány, hospodaření, a dále zvláštní podmínky složení a jmenování dozorčí rady veřejného zdravotnického zařízení.
16. Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.
Právní předpis zakotvuje účast fakultních nemocnic v procesu klinické a praktické výuky v oblasti lékařství a farmacie na vysokých školách.
17. Zákon č. 40 /1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
18. Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
19. Zákon č. 262 /2006 Sb., zákoník práce, a celá oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci.
20. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
21. Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů

Prováděcí právní předpisy

1. Nařízení vlády č. 267/2002 Sb., o informačním systému výzkumu a vývoje.
2. Nařízení vlády č. 461/2002 Sb., o účelové podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o veřejné soutěži ve výzkumu a vývoji.
3. Nařízení vlády č. 462/2002 Sb., o institucionální podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a hodnocení výzkumných záměrů

¹³² Tato úmluva zemí EU ze dne 4.4. 1997 se účinností ode dne 1.10.2001 stala součástí právního řádu.

4. Vyhláška č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví ČR, ve znění vyhlášky č. 259/2006 Sb.
5. Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.
6. Vyhláška č. 247/1993 Sb., o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích a zařízeních v působnosti ministerstva zdravotnictví, okresních úřadů a obcí.
7. Vyhláška č. 62/2001 Sb., o hospodaření organizačních složek států a státních organizací s majetkem státu, ve znění vyhlášky č. 569/2006 Sb.
8. Vyhláška č. 505/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou územními samosprávnými celky, příspěvkovými organizacemi, státními fondy a organizačními složkami státu.
9. Vyhláška č. 392/2004 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na akreditované zdravotnické magisterské studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství a farmacie.
10. Vyhláška č. 552/2004 Sb., o předávání osobních a dalších údajů do Národního zdravotnického informačního systému pro potřeby vedení národních zdravotních registrů.
11. Vyhláška č. 250/2005 Sb., o závazných formulářích na podání návrhu zápisu do obchodního rejstříku.

Elektronické prameny

1. Darmopilová. Reforma českého zdravotnictví [citováno 15.4.2007]. Dostupný z: [http:// is.muni.cz/](http://is.muni.cz/)
2. Demografický portál info česká verze [citováno 4.7.2006]. Dostupný z: [http:// www.who.cz/](http://www.who.cz/)
3. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Zdravotnická statistika [citováno 20.2.2009]. Dostupný z: [http:// www.uzis.cz/](http://www.uzis.cz/).
4. Zdravotní pojistovny [citováno 20.2.2009]. Dostupný z: [http:// www.zdravotnipojistovny.blogspot.com/](http://www.zdravotnipojistovny.blogspot.com/).
5. Medico.juristic.cz.[citováno 31.1.2009]. Dostupné z: <http://www.medico.juristic.cz/>.
6. Zdravotnická zařízení [citováno 31.1.2009]. Dostupný z: [http:// www.who.cz/](http://www.who.cz/)
7. Výuka studentů hrazena z plateb pojišťoven [citováno 30.1.2009]. Dostupný z: [http:// i.forum.cuni.cz/ FORUM-5149](http://i.forum.cuni.cz/FORUM-5149).
8. Hodnocení a zvyšování výkonnosti regionálních a místních správ metodami moderního managementu. Poskytovatel je Ministerstvo pro místní rozvoj. Dostupný z: <http://www.mmr.cz/>.
9. Julínek. Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR [citováno jaro 2007]. Dostupný z: [http:// www.kulatystul.cz/cs/node/236](http://www.kulatystul.cz/cs/node/236).
10. Novinky.cz. Žebříček hospodaření českých nemocnic [citováno 3.2.2009]. Dostupný z: <http://www.novinky.cz/domaci/150771-zebricek-hospodareni-ceskych-nemocnic-vede-motol.html>.

11. Aktuální návod, jak založit živnost [citováno 31.1.2009]. Dostupný z: <http://www.mpo.cz/dokument/23559.html>.
12. HCI HealthCare Institut. Celostátní projekt. Nemocnice2008 [citováno 31.1.2009]. Dostupný z: <http://www.hc-institute.org/>.
13. Dryml. Diskuse o Vrchlabské nemocnici a Královehradeckém holdingu [citováno 11.2008]. Dostupný z: <http://www.iDnes.cz/>.
14. Informace s překlady rakouského, německého zákona o zdravotním pojištění a nemocnicích [citováno 31.1.2009]. Dostupný z: <http://www.zdn.cz/>.
15. Výroční zprávy [citováno 3.2.2009]. Dostupný z: <http://www.fnbrno.cz/>.
16. HLADKÁ. Přehled legislativy pro neziskové organizace 2009 [citováno 3.2.2009]. Dostupný z: [http://www.e-cvns.cz/soubory/Přehled legislativy -2009.pdf](http://www.e-cvns.cz/soubory/Přehled%20legislativy%20-2009.pdf).
17. Otázky Václava Moravce [citováno 3.2.2009]. Dostupný z: http://www.ceskatelevize.cz/program/porady/1126672097/text/20841103050030_8.txt.
18. World Health Organization. Základní statistiky [citováno 8.2.2009]. Dostupný z: <http://www.who.cz/>.
19. Tiskové zprávy.cz. [citováno 8.2.2009]. Dostupný z: <http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/tiskovezpravy/>
20. Tiskové zprávy ZMRV [citováno 27.2.2008]. Dostupný z: <http://www.mv.cz/>.
21. Zprávy ze zasedání Zastupitelstva Středočeského kraje [citováno 18.9.2006]. Dostupný z: <http://stredocesky-kraj.cz/>.
22. Ministerstvo zdravotnictví.cz. Zdroje v resortu [citováno 4.3.2009]. Dostupný z: <http://mzcr.cz/>.
23. Source of data: OECD - Health Data 2005, WHO - database Health for All, the World Factbook Dostupný z: [http://www.cia.gov/cia ... 2004, 2005/](http://www.cia.gov/cia...2004,2005/). Studie se opírá o údaje z databází Cia, Oecd, Who.

12 PŘÍLOHY

1. Přehled zdravotních pojišťoven v ČR
2. Zájmové skupiny v ČR
3. Postup při zakládání obchodní společnosti
4. Počet zdravotníků v ČR a věkový průměr v porovnání s OECD
5. Soustava zdravotnických zařízení
6. Organizační struktura zdravotnického systému
7. Síť nemocnic a její současná právní forma
8. Vývoj platů zdravotnických pracovníků
9. Podíl výdajů na zdravotnictví
10. Výhody a nevýhody privatizace
11. Schéma věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích

Příloha č. 1

Přehled veřejných zdravotních pojišťoven.

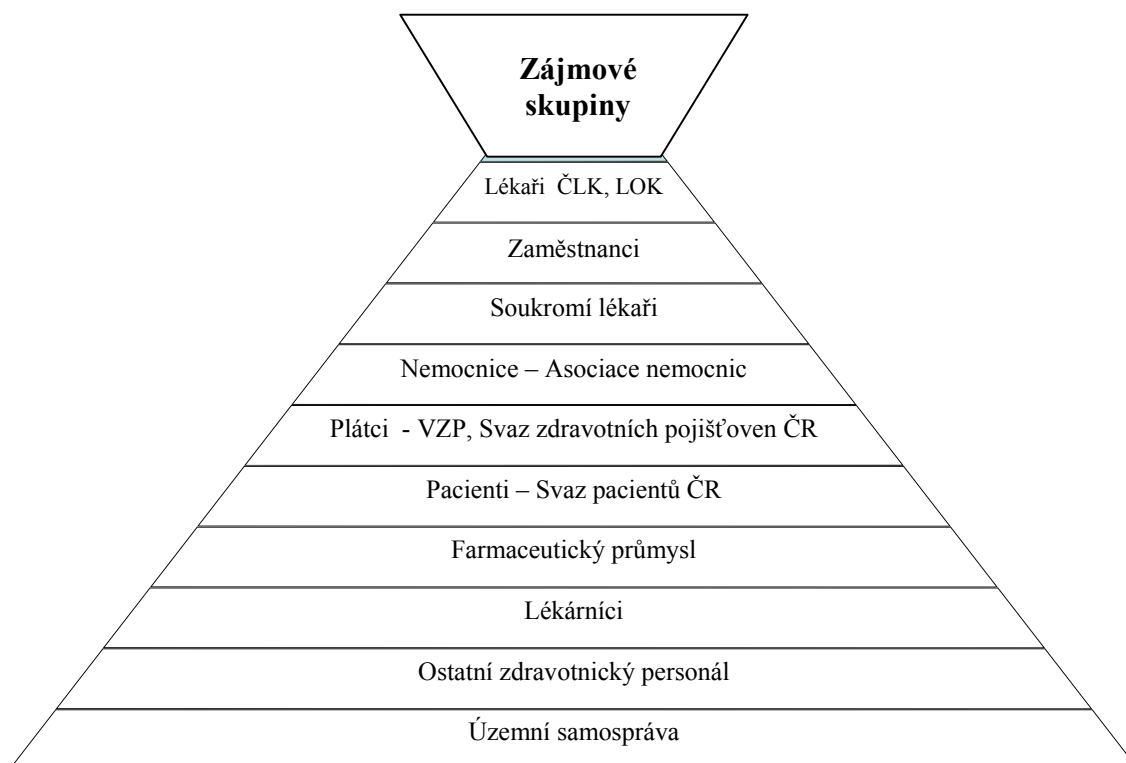
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
Vojenská zdravotnická pojišťovna ČR	Revírní bratrská pokladna
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	Česká národní zdravotní pojišťovna
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	Metal Aliance
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	Zdravotní pojišťovna Agel

V České republice vznikne jedenáctá zdravotní pojišťovna. Ministerstvo zdravotnictví udělilo firmě GES Medical Care licenci na provozování zdravotní pojišťovny (23.2.2009).¹³³

¹³³ Klusáček, J. Hospodařské noviny, 24.2.2009. Jan Klusáček pověřený řízením kabinetu ministryně zdravotnictví

Příloha č. 2

Zájmové skupiny ve zdravotnictví v ČR¹³⁴



Soukromí lékaři – praktičtí lékaři, specialisté, zubaři, gynekologové.

Ostatní zdravotnický personál – zdravotní sestry, ošetrovatelský tým.

¹³⁴ ČLK Česká lékařská komora, LOK lékařský odborový klub, VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Příloha č. 3

Postup při zakládání obchodních společností¹³⁵

Postup	Veřejná obchodní společnost	Komanditní společnost	Společnost s ručením omezeným
Sepsání společenské smlouvy a její podpis všemi společníky. Smlouva a pravost podpisů je nezbytné notářsky ověřit.	Ano	Ano	Ano
Základní kapitál. Společníci skládají na peněžní účet příslušnou částku. (v případě, že se jedná o nepeněžní vklad, je třeba ocenění soudním znalcem a převod do majetku společnosti).	Ne	Ne	Ano
Žádost o výpisy z rejstříku trestů odpovědného zástupce společnosti a doklad odborné způsobilosti	Ano	Ano	Ano
Podání žádosti na místě příslušný živnostenský úřad (řídí se místem provozovny).	Ano	Ano	Ano
Žádost o registraci u obchodního rejstříku	Ano	Ano	

¹³⁵ Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Příloha č. 4

Počet zdravotníků v ČR v porovnání s OECD v roce 2006

	ČR	Průměr OECD
Lékařů / 1000 obyvatel	3,6	3,1
SZP/ 1000 obyvatel	8,1	9,7

SZP Střední zdravotnický personál

Zatímco zdravotních sester je v českém zdravotnictví absolutní nedostatek, u lékařů můžeme hovořit o nedostatku relativním.

Věkové složení lékařů primární péče¹³⁶

	do 39 let	40 - 49 let	50 -59 let	60 let a více
Praktičtí lékaři pro dospělé	10,1	24,1	41,6	24,3
Praktičtí lékaři pro děti a dorost	6,2	26,4	47,1	20,3
Praktičtí lékaři gynekologové	8,4	28,4	36,3	26,8
Praktičtí zubní lékaři	19,7	15,9	48,3	16,1

V lůžkové péči (s výjimkou lání) pracovalo koncem roku 2007 přes 10 700 lékařů a necelých 41 400 ZPBD. Na 10 000 obyvatel ČR připadá průměru 82,7 lůžek (v nemocnicích 61,3 a v odborných léčebných ústavech 21,4). Lůžkový fond soukromých zařízení (spravovaných fyzickou osobou, církví, nebo jinou právnickou osobou) představuje 41,5% z celku.

¹³⁶ Zdravotnická statistika, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupný z : <http://www.uzis.cz>,s. 13.

Průměrný věk lékařů

	2004	2005	2006
PL	51,5	51,4	52,2
PLDD	51,5	51,7	52,3
Interna	41,6	41,8	42,3
Chirurgie	44,4	44,7	45,3
Gyn.-por.	46,4	46,5	46,8

Počet lékařů ve vyspělých státech roste. Za uplynulých 15 let přibylo ve státech OECD celkem 35% lékařů a jejich počet dosáhl 2,8 milionu. Dalším všeobecným trendem je přesun péče od rodinných lékařů, jichž přibylo 20%, k ambulantním specialistům, jejichž počet se zdvojnásobil s potřebou stále větší specializace. V roce 2004 vstoupil v platnost zákon č. 96/2004 Sb., který nově definuje kategorii zdravotnických pracovníků v souladu s právem Evropského společenství. Existuje tzv. „Registr zdravotnických zařízení.“¹³⁷

27 628 zdravotnických zařízení včetně detašovaných pracovišť¹³⁸, z toho 19 600 samostatných ordinací.

- 249 zařízení je státních – zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a ostatní centrální orgány¹³⁹
- 27 379 zařízení je nestátní – zřizovatel je kraj., 171 – zřizovatel město, obec., 186 zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba -27 022.

¹³⁷ Registr zdravotnických zařízení poskytuje aktuální informace o struktuře zdravotnických zařízení a profile poskytované zdravotní péče na Vámi zvoleném území. Poskytuje informace o všech státních i nestátních zdravotnických zařízeních, která získala registraci a jejich detašovaných pracovišť. Slouží pro aktuální informovanost veřejnosti o změnách ve struktuře sítě zdravotnických zařízení a umožňuje jim vyhledat konkrétní zdravotnické zařízení. Má webovou aplikaci od r.2002 aktualizována průběžně po celý rok. Vstupním formulářem je (MZ) 1-99., hlášení vzniku, změny, zániku zdravotnického zařízení, schválený ČSÚ pro MZ ČV 233/07 ze dne 23.10.2006 v rámci programu statistických zjišťování pro rok 2007.

¹³⁸ Detašovaná pracoviště – odloučená pracoviště od hlavních pracovišť, v důsledku lepší dostupnosti a dosažitelnosti veřejnosti.

¹³⁹ Strukturu Ministerstva zdravotnictví a ostatních centrálních orgánů najdeme: [http:// www.mzcr.cz/](http://www.mzcr.cz/).

Od roku 2007 oproti předchozím letům jsou lékaři a zdravotničtí pracovníci –nelékaři s odbornou způsobilostí, resp.sestry a porodní asistentky, uváděni včetně smluvních pracovníků. Ve všem zdravotnickém zařízení pracovalo koncem roku 2008 téměř 43 700 lékařů a více než 105 400 samostatných zdravotnických pracovníků –nelékařů (přepočteno je vždy na celý úvazek) zkr. ZPBD. V průměru připadá v ČR na 1 lékaře 238 obyvatel. V zařízeních zřizovaných Ministerstvem zdravotnictví pracuje něco málo přes 18% všech lékařů a necelých 25% všech ZPBD, lůžkový fond státních zařízení. Ústavní péče představuje zhruba 28% z celku.V krajských zařízeních pracuje nyní necelých 8% všech lékařů a necelých 12% ZPBD. Kraje (jako zřizovatelé) spravují 60 lůžkových zařízení, jejich lůžkový fond představuje necelých 12% z celkového lůžkového fondu ČR.

V soukromých zařízeních (zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba, včetně obchodních společností vlastněných výlučně krajem, městem nebo obcí) a vlastní 52% všech lůžek. V ambulantní péči pracuje zhruba 71% všech lékařů (31 056) a 50% všech ZPBD (52 689). Měřeno úvazky lékařů je ambulantní péče již k více než 80% poskytována v zařízeních soukromých. Asi 47,5% ambulantních lékařů zajišťuje primární péči (o děti, dorost a dospělé, gynekologickou a stomatologickou), 52,5% pak tvoří ambulantní specialisté (více než polovina z nich pracuje v ambulantních lůžkových zařízeních). Na 1 ambulantního lékaře (včetně diagnostických služeb) připadá v průměru 334 obyvatel. Zajištění primární péče nadále stagnuje.

Dostupnost primární péče pro dospělé, děti a dorost je v jednotlivých krajích vyrovnaná, zajištění gynekologické a zejména stomatologické primární péče však vykazuje výrazné mezikrajové rozdíly.

- Na 1 primárního lékaře pro děti, dorost a dospělé připadá v ČR v průměru 1 408 obyvatel (maximum Středočeský kraj 1 589 osob, minimum Hl.m.Praha 1261 osob).
- Na 1 praktického zubního lékaře připadá v průměru 1 700 obyvatel (maximum Středočeský kraj 2 373 osob, minimum Hl.m.Praha 1 114 osob)
- Na 1 praktického gynekologa připadá v ČR v průměru 4 150 žen (maximum Pardubický kraj 5 799 žen, minimum Hl.m.Praha 2 672 žen).

Příloha č. 5

Soustava zdravotnických zařízení je tvořena:¹⁴⁰

- Zdravotnická zařízení státu
- Zdravotnická zařízení krajů a obcí
- Zdravotnická zařízení fyzických a právnických osob
- Zařízení pro výchovu, výuku a dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků
- Organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčivy a prostředky a pro jejich kontrolu
- Vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Zdravotnická zařízení poskytující léčebně preventivní péči

- Zařízení ambulantní péče a nemocnice

Základním článkem jsou ordinace praktických odborných lékařů poskytující základní a specializovanou léčebnou péči. Nemocnice poskytují nejen ambulantní, ale i lůžkovou péči základní, specializovanou, diagnostickou a léčebnou.

- Zdravotnická zařízení závodní preventivní péče¹⁴¹

Zřizovatel těchto zařízení je zaměstnavatel, jedná se o větší podniky a firmy, jejichž činnost ve větší míře ohrožuje zdraví a bezpečnost zaměstnanců.

- Odborné léčebné ústavy

Zařízení pro poskytování pro zvýšenou odbornou péči s rehabilitačním zaměřením.

- Lékárny
- Zvláštní dětská zařízení

Zdravotnický personál :

¹⁴⁰ Soustava zdravotnických zařízení je soustavou komplexní, jejímž úkolem je nejen zajišťovat a poskytovat vlastní zdravotní péči, ale i vytvářet nezbytné zázemí pro výkon a poskytování této veřejné služby.

¹⁴¹ Poskytování této péče je upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 145/1988 Sb.

Fyzické osoby vykonávající zdravotní péči jsou zdravotničtí pracovníci¹⁴², kteří jsou oprávněni k poskytování zdravotní péče a služeb. Mezi lékařská zdravotnická povolání řadíme profese lékaře, stomatologa, farmaceuta, mezi zdravotnické pracovníky nelékařských profesí patří všeobecná zdravotní sestra, porodní asistentka, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně – sociální pracovník, optik, asistent ochrany veřejného zdraví, nutriční terapeut, zubní technik, farmaceutický asistent, biomedicínský technik , ale také klinický psycholog a logoped.

U lékařů a farmaceutů stejně tak i u nelékařských profesí, je způsobilost k výkonu zdravotnického povolání dána: odbornou způsobilostí, zdravotní způsobilostí a bezúhonností

¹⁴² Vedle zdravotnických pracovníků může poskytovat zdravotní péči i pracovníci ve zdravotnictví, např. technici zdravotní techniky, uklízečky...

Příloha č. 6

Organizační struktura zdravotnického systému¹⁴³

Sít' zdravotnických zařízení ústavní péče byla koncem roku složena ze :

- 192 nemocnic s celkem 63 662 lůžky (v tom 54 903 lůžek akutní péče, 2 186 lůžek novorozeneckých a 6 573 lůžek ošetrovatelské následné péče). Kapacita akutních lůžkové péče klesla proti roku 2006 o 0,07%, počet novorozeneckých lůžek se vzhledem k rostoucí porodnosti zvýšil o deset lůžek. Došlo k poklesu nemocničních lůžek ošetrovatelské následné péče, což do jisté míry souvisí s přijetím zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tato lůžka byla pravděpodobně včleněna k poskytování sociální pobytové služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.
- 153 odborných léčebných ústavů (vč. Ozdravoven a hospiců) s 22 191 lůžky. Lůžka v psychiatrických léčebnách pro dospělé představují z celkového počtu necelých 42%, lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 32,6%. Pokles lůžkového fondu zaznamenaly v průběhu roku psychiatrické léčebny pro dospělé (-135 lůžek), a odborné léčebné ústavy pro děti i dospělé (-192). Opětovně pokles lůžkový fond ozdravoven (-67). Lůžková kapacita v LDN poklesla o 235 lůžek. Nárůst počtu lůžek (+85) byl zaznamenán v léčebnách s TBC a respiračních onemocnění.

Lůžková zařízení doplňují 85 lázeňských léčeben s 25 737 lůžky, proti předešlému roku kapacita lázeňského fondu nepatrně poklesla (o 34 lůžek). Lázeňský lůžkový fond je již téměř plně zprivatizován.

- do skupiny nemocnic s méně než 100 lůžky spadá 46 zařízení, z čehož 16 z nich tvoří nemocnice následné péče,

¹⁴³ Zdravotnická statistika, vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, odkaz: <http://www.uzis.cz>, s. 12-13.

- více než 1 000 lůžek má 12 nemocnic (z toho 10 fakultních),

V průběhu roku 2007 klesl počet nemocničních lůžek celkem o 512, z toho lůžka akutní péče o 393 lůžek. Pokles novorozeneckých lůžek v důsledku rostoucí porodnosti v posledních letech zastavil, lůžková kapacita následné ošetrovatelské péče se snížila o 129 lůžek.

Využití celkové lůžkové kapacity nemocnic proti předešlému roku pokleslo o 2,8 dne na 263,6 dne, průměrná doba pobytu pacienta na lůžku se zkrátila o 0,2 dne na 7,7 dne. Výrazný pokles využití zaznamenala lůžka akutní (-3,6), využití lůžek novorozeneckých v důsledku vyššího počtu narozených dětí vzrostlo velmi výrazně (o 14,3 dne). Využití ošetrovatelských lůžek se dlouhodobě nemění, udržuje se lehce pod hranicí 320 dnů z roku. Prodloužení ošetrovací doby zaznamenala jen lůžka ošetrovatelská (o 0,5 dne).

V členění podle zřizovatele odpovídalo v roce 2007 nejvyšší využití lůžek v % (využití skutečné lůžkové kapacity) nemocnicím spravovaným městem nebo obcí (78,8%), které však vykazují 13,7 % podíl ošetrovatelských lůžek a nemocnicím přímo řízeným MZ (78,7%), které poskytují specializovanou a úzce specializovanou péči nejtěžším pacientům. Městská a obecní zřízení vykazují i nejvyšší využití maximální lůžkové kapacity (278,2 dnů z roku).

Podle velikosti lůžkového fondu odpovídá dlouhodobě nejvyšší využití lůžek ve dnech maximální lůžkové kapacity i v % skutečné lůžkové kapacity malým nemocnicím s méně než 100 lůžek (294,2 dní z roku). Tato zařízení mají téměř polovinu lůžek vyčleněných pro ošetrovatelskou péči, o kterou rok od roku zájem vzrůstá.

Měřeno počtem ošetrovacích dnů je 27,6 % nemocniční lůžkové péče poskytováno v zařízeních přímo řízených MZ, 15,9% v krajských nemocnicích, 7,1 % v nemocnicích měst a obcí a 47,5% v privátních zařízeních. Tomu odpovídá i objem lůžkového fondu v těchto skupinách zhruba ve stejném poměru jsou rozděleny i počty hospitalizovaných.

Příloha č. 7

Změny v síti lůžkových zařízení v roce 2007 a jejich současná právní forma¹⁴⁴

Nemocnice:

Ukončení činnosti jako samostatné zařízení: NATALIS, s.r.o. - sanatorium Tábor

Nové nemocnice akutní péče (změnou druhu zařízení): Psychiatrické centrum Praha (dříve řazeno do psychiatrických léčeben pro dospělé) a Kardiologie na Bulovce, s.r.o. (dříve zařazena do ostatních léčebných ústavů pro dospělé).

Převod krajských nemocnic na obchodní společnosti:

V Jihočeském kraji se jedná o tyto zařízení:

nemocnice Český Krumlov, a.s., nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., nemocnice Prachatice, a.s., nemocnice Strakonice, a.s., nemocnice Písek, a.s., nemocnice Tábor, a.s.

V Ústeckém kraji k 1.9.2007 vzniká Krajská zdravotní, a.s. sdružující nemocnice Děčín, Chomutov, Most, Teplice a Masarykovu nemocnici Ústí nad Labem. S platností od 29.6.2007 změnila název 1. Zdravotní Rumburk, a.s. na Lužická nemocnice s poliklinikou, a.s., aniž by došlo ke změně vlastníka či IČO.

V Libereckém kraji jsou akciovými společnostmi, kde jediným akcionářem je kraj: Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. a Krajská nemocnice Liberec, a.s..

V Pardubickém kraji proběhl také převod nemocnic na akciové společnosti. Jednalo se konkrétně o tyto nemocnice Chrudimská nemocnice, a.s., Pardubická krajská nemocnice, a.s., Svitavská nemocnice, a.s., Litomyšlská nemocnice, a.s., Orlickoústecká nemocnice, a.s.

V olomouckém kraji došlo k 1.7.2007 ke vzniku Středomoravské nemocniční, a.s., která sdružuje nemocnice Šternberk, Přerov a Prostějov, také u těchto nemocnic je jediným akcionářem kraj.

Transformace proběhla i v Nemocnicích Vsetín, p.o., nyní Vsetínská nemocnice, a.s.

¹⁴⁴ Zdravotnická statistika, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupný z : <http://www.uzis.cz>, s. 14-15.

Příloha č. 8

Vývoj platů lékařů ve státních nemocnicích¹⁴⁵

	2004	2005	2006	2007
Průměrný plat	37 093 Kč	38 634 Kč	42 390 Kč	43 442 Kč
Meziroční nárůst platu	+ 3,5 %	+ 4,2 %	+ 9,7 %	+ 2,5 %
Meziroční míra inflace	2,8 %	1,9 %	2,5 %	2,8 %
Vývoj reálného příjmu	+ 0,7 %	+ 2,3 %	+ 7,2 %	- 0,3 %

Plat podle tarifů, nebo smluvní mzda

Rok 2006	Plat tarifní tabulky	Mzda smluvní mzdy
Měsíční příjem lékaře včetně ÚSP	42 287 Kč	39 962 Kč
Měsíční příjem všeobecné zdravotní sestry	21 298 Kč	17 023 Kč

Průměrné platy lékařů v nemocnicích se snížily již loni. Průměrný tarifní plat lékaře v loňském roce 22 379 Kč. Průměrný příjem lékaře v nemocnici se meziročně zvýšil o 1052 Kč a dosáhl částky 43 442 Kč.

V roce 2008 nedošlo k žádné valorizaci tabulkových platů v nemocnicích, které odměňují zaměstnance podle pravidel o platu.

¹⁴⁵ Kubek, M. Usnesení ze zasedání představenstva ČLK 1.8.2008, zdroj : OECD Health Data 2008

Příloha č. 9

Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP ČR¹⁴⁶

	2003	2004	2005	2006	2007
Celkové výdaje	195 155	206 752	215 584	220 878	230 980
Podíl na HDP	7,6 %	7,3%	7,2 %	6,9%	6,5%

Ve vyspělých zemích naopak zdravotnické výdaje rostou rychleji než průměr ekonomiky, a tak zdravotnictví hraje stále významnější roli. Je to logické. Investice do zdravotnictví spolu s investicemi do vědy a školství patří mezi nejefektivnější.

Zatímco HDP států OECD ve stálých cenách zvýšil mezi roky 1990 a 2005 o 37%, tak výdaje na zdravotnictví za stejné období o 80%.

Problémem zůstává nespravedlnost v platbách zdravotního pojištění, stát platí za děti, důchodce, nezaměstnané, tedy za 57% obyvatel, kteří nikoliv vlastní vinou čerpají 80% zdravotní péče, příspěvek ve výši pouhých 24% příjmů zdravotních pojištěných. V současnosti jde o částku 677 Kč/měsíc. Vláda rozhodla, že po dobu dvou let nebude tato platba valorizována.

¹⁴⁶ Kubek, M. Usnesení ze zasedání představenstva ČLK, 1.8.2008. OECD Health Data, 2008.

Příloha č. 10

Zkušenosti z privatizace v následující tabulce.

POZITIVNÍ ZKUŠENOST	NEGATIVNÍ ZKUŠENOST
Cesta ke snížení rizika velkých výdajů se snahou zabránit plýtvání při hospodaření zdravotnických zařízení.	Neřeší nedostatek zdravotnického personálu ve většině nemocnic.
Byly posíleny zdroje nutné na zkvalitnění a modernizaci zdravotnické techniky.	Nedostatečná motivace zdravotnického personálu ¹⁴⁷ .
Citlivě přistupováno ke změně odměňování zdravotnického personálu, k jeho stabilizaci na bázi specializace nemocnic.	Odchod kvalitních a perspektivních odborníků do zahraničí ¹⁴⁸ .
Průběžné hodnocení provedených výkonů zdravotnického zařízení ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami.	Nedostatečná stabilizace zdravotnického personálu.
Důsledně je prověřován z pohledu výkonnosti zařízení a hlavně s ohledem na uspokojování služeb pro pacienty.	
Sledována spokojenost, ale i plnění oprávněných potřeb zdravot. personálu. posouzení a respektování názorů odborné organizace ¹⁴⁹ .	

¹⁴⁷ Tomu se ale není třeba divit. Za obětavou práci nebyli dostatečně zdravotníci odměňováni nikdy. Jejich lepší či významnější odměňování se kolikrát docílovalo na úkor většího množství jejich práce nad rámec běžných povinností, nahrazování nedostatečného počtu odborného personálu se často řešilo i na úkor délky jejich pracovní doby..., jejich služeb. Proto se nemůžeme divit, že mladí, perspektivní lidé utíkají do zahraničí, ale i do jiných oborů.

¹⁴⁸ A to je další nedostatek,, jelikož personálně, ani předpisově nebyly rezortem zdravotnictví tyto záležitosti sledovány.

¹⁴⁹ Rozbor spokojenosti pacientů na základě šetření po privatizaci provedla formou ankety a zpracovala agentury STEM Mark. S kompletní péčí po privatizaci je spokojeno pře 80% oslovených v MF Dnes.

Příloha č.11

Základní schéma jiného pojetí věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích¹⁵⁰

1 Právní forma

Univerzitní nemocnice se zřizuje podle toho zákona jako právnická osoba.

Tím je zřizována na základě zákona, který určí její základní náležitosti, se jí dostane povahy specifické právnické osoby veřejnoprávního typu. Zákon bude upravovat zejména její organizační formu, způsob řízení, orgány a majetkové poměry.

Zákon zároveň upraví její vztah (relaci) k univerzitě, právě tak jako k ústředním orgánům státní správy, jmenovitě k Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy.

Zákon nebude obsahovat taxativní výčet univerzitních nemocnic. V tomto směru ponechá dostatečný prostor pro případný vznik dalších těchto zařízení, popř. pro slučování či rozdělování těch z nich, která již existují.

2 Zřízení a vznik univerzitních nemocnic jako právnických osob

Univerzitní nemocnici může zřídit pouze ta veřejnoprávní univerzity, jejíž součástí je lékařská fakulta. Ke zřízení se vyžaduje vydání zřizovací listiny. Zřizovací listina se vydává jménem zřizovací univerzity, a to na základě schválení její vědeckou radou.

Zřizovací listina musí obsahovat:

- a) určení názvu a sídla,
- b) předmět činnosti a zvláštní specializace,
- c) určení povinných náležitostí statutu,
- d) určení základního jmění,
- e) jmenování prvního ředitele,

Zřizovaná univerzitní nemocnice vzniká dnem registrace v Rejstříku univerzitních nemocnic.

¹⁵⁰ GLADKIJ., I. Management ve zdravotnictví. Computer Press, 2003, s. 127.

3 Orgány

Nejvyšším orgánem je správní rada univerzitní nemocnice jako kolektivní orgán.

Členy správní rady jsou čtyři zástupci zakládající univerzity, kteří jsou voleni její vědeckou radou. Další tři členy správní rady jmenuje ministr zdravotnictví a dva členy ministr školství, mládeže a tělovýchov. Každému členu správní rady náleží jeden hlas.

Statutárním orgánem je ředitel, který je jmenován a odvoláván rektorem na návrh děkana lékařské fakulty.

Dalším obligatorním orgánem je vědecké (lékařské) kolegium, jehož členy volí správní rada (počet členů vědeckého kolegia určuje statut).

Statut může určit i další odborné orgány a stanovit jejich kompetenci.

4 Statut

Každá univerzitní nemocnice má svůj vlastní statut, který upravuje podrobněji její vnitřní poměry, vztahy k zakládající univerzitě, Ministerstvu zdravotnictví i Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy, popř. jiným orgánům veřejné správy. Statut zároveň upravuje vztahy univerzitní nemocnice k veřejnosti.

Statut musí obsahovat:

- a) určení výlučné kompetence správní rady,
- b) způsob svolávání a rozhodování správní rady,
- c) vznik a kompetence jiných orgánů
- d) způsob jednání, podepisování a zastupování ředitele jako statutárního orgánu navenek, jakož i vymezení jeho výlučné kompetence v rámci vnitřního řízení,

Statut tvoří přílohu zápisu do rejstříku a v jeho rámci je veřejně přístupný.

5 Majetkové poměry

Univerzitní nemocnice jako právnické osoby jsou vlastníky základního jmění, s nímž samostatně hospodaří, přičemž výsledky tohoto hospodaření zároveň nesou vlastní majetkovou odpovědnost,

