

Etika podnikání zdravotnických zařízení pro nelékařské profese

doc. Ing. Zdenek Dytrt, CSc.
doc. Ing. et Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
doc. Ing. Pavel Duspiva, CSc.
Ing. Zdeněk Brodský, Ph.D.
Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA

Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správní

Etika podnikání zdravotnických zařízení pro nelékařské profese

Kolektiv autorů

Vydal Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Ruská 85, Praha 10

Technická redakce Alexandra Hurtová, IPVZ

Grafickou část zpracoval Jan Sochora, IPVZ

Vytiskla Tiskárna Bílý Slon s.r.o., Plzeň

První vydání, náklad 500 ks

Praha, 2013

978-80-87023-27-3

Předmluva

Rádi bychom čtenářům vysvětlili, proč se autorský kolektiv rozhodl pro následující obsah a strukturu předkládané publikace. Má připomenout, že uplatňování etiky v rámci managementu zdravotnictví je stejně důležité, jako v ostatních kapacitách vědních a produkčních oborů. Management se manifestuje rozhodováním, které by mělo mít charakter efektivních inovací tak, aby odpovídaly potřebám a zájmům společenského vývoje. Každé rozhodnutí je změna současného stavu, mělo by mít proto charakter inovace různého řádu, podle jeho významu pro řízený objekt. Management proto chápeme jako řízení inovačního procesu jednotlivých řízených objektů.

Zjednodušíme-li vývoj managementu a jeho vliv na světovou ekonomiku, pak můžeme uvést, že trpí absencí etiky, která se na venek projevuje poklesem efektivnosti a cestou k vytváření netransparentních situací. Klesá-li v procesu řízení míra uplatňování etiky, vytváří se prostor pro pronikání ne-etiky, jehož důsledkem je konzumní jednání a myšlení. To pak ve svých souvislostech ovlivňuje chování nejen řízeného objektu, ale i celé společnosti. Důsledkem je propad a retardace výsledků, nejenom ekonomických aktivit.

Dynamika vývoje technických oborů do značné míry vytváří předpoklad pro ulehčování a zjednodušování pracovních činností ve všech vědních a pracovních oborech. Jednou z významných příčin je skutečnost, že stimulace a motivace vedení pracovníků neodpovídá žádoucím požadavkům na adekvátní růst produktivity práce v jejich pracovních činnostech. Řekněme si, že teorie a filozofie managementu je v podstatě jen jedna. Avšak její realizace se diferencuje podle jedinečnosti pracovních oborů, ve kterých má být uplatňována.

Úspěchy technických věd ovlivnily vývoj podnikatelských aktivit, takže Milton Freedman mohl vystoupit se známou větou, že „*business for business is doing business only*“. V podnikatelském světě byla pochopena tak, že cílem podnikání je maximalizace zisku v relativně minimálním čase. Filozofie managementu, která se začala prosazovat již v době Adama Smithe, neodpovídá již současným představám na sociálně společenský vývoj.

Demokratický vývoj společnosti dospěl k požadavku na sociální a transparentní vývoj ekonomie, kterému se nezbytně musí přizpůsobit filozofie i praxe managementu. Podnikání není jenom věcí podnikatelů a jejich produkčních kapacit, protože ke své existenci potřebují spolupracovat se sociálním a ekonomickým okolím. Neboť se jedná o systémy otevřené, protože se neobejdou bez vstupů, výstupů a zpětné vazby, které jsou ekonomickým a sociálním okolím realizovány.

Vstupy nevýrobních i výrobních organizací tvoří pracovníci, potřebné suroviny s technologickým zařízením. Za jejich výstupy pak považujeme činnosti, kterými mají uspokojit potřeby i zájmy svého ekonomického a sociálního okolí. Zpětná vazba pak vypovídá o tom, jak ekonomicky a eticky se podařilo potřeby a požadavky svého okolí uspokojit.

Systematický management organizace chápeme jako řízení inovačního procesu, které respektuje vlastní pravidla. Pro uplatňování etiky v rámci managementu každé organizace je důležité respektovat zásadu, že každé rozhodnutí pracovníků je změna, tedy inovace, která mění současný stav podnikových jevů.

Víme, že efektivní rozhodnutí je vždy spojeno s kvalitou i kvantitou komplexního řešení problému. Jeho projekce i hodnocení je závislé na stimulaci a motivaci pracovníků, kteří jsou odpovědní jak za komplexní, tak i kreativní a transparentní řešení.

Je třeba připomenout, že teorie managementu má obecnou platnost, kterou je zapotřebí respektovat, avšak tvořivě implantovat do konkrétních a specifických podmínek řízeného objektu. Každá organizace i pracoviště má svoje specifické podmínky. Etika managementu spočívá i v tom, jak jsme se dokázali jejich jedinečností inspirovat. V konkurenčním, zejména globalizovaném prostředí, je výhodné jedinečnost jednotlivých organizací považovat za konkurenční výhodu.

Anotace

Struktura publikace vychází ze skutečnosti, že významná příčina současného stavu ekonomiky zdravotnictví i jeho řízení spočívá významně v nedostatečné úrovni manažerské praxe. Absentuje od dynamického vývoje medicínských, ale i technických poznatků, které byly úspěšně v rámci zdravotní péče prakticky realizovány. Tento vývoj však neprobíhal systémově, společně s adekvátními inovacemi, které by zvyšovaly úroveň manažerské praxe v rámci zdravotnických zařízení.

Publikace proto na tento stav svým obsahem reaguje a vysvětluje nezbytnost etiky, která v současné době významně v manažerské praxi absentuje. Stejně jako v ekonomickém řízení a hodnocení dosažených výsledků. Tento problém řeší nejenom medicínská část zdravotnictví, ale i servisní, která je nezastupitelně její součástí.

S tím samozřejmě souvisí problematika financování, které je vlastně cestou k etické ekonomice a managementu ve vnitřní struktuře zdravotnictví.

Nositelem úspěšnosti managementu jakéhokoliv pracovního oboru je lidský činitel. Světově uplatňovaný systém leadershipu je nezbytnou cestou k růstu efektivnosti celého zdravotnického oboru. Jde o stimulaci kreativity všech pracovníků a ke zvýšení jejich pracovní motivace.

Světově známá kreativita našich pracujících ve zdravotnictví se projevuje hlavně na vysokých vědeckých patrech, avšak nedosahuje do realizačních, kde má stejné důležité opodstatnění. To spočívá především v poznání tvořivosti, jako systému obsahu práce a jeho inovační aktivitě, jako nástroji efektivnosti realizace pracovních výsledků. Z toho vyplývá potřeba chápat management ve všech oblastech zdravotnictví, jako řízení inovačního procesu.

Abstrakt

Předkládaná publikace má připomenout, že uplatňování etiky v rámci managementu zdravotnictví je stejně důležité jako v ostatních vědních a produkčních oborech. Každá organizace i pracoviště má však svoje specifika. Etika managementu spočívá i v tom, jak se dokáže jejich jedinečností inspirovat...

Předmluva	3
Anotace	4
Abstrakt	5
Seznam použitých zkratk	9
Klíčová slova	10
1 Etika v řízení zdravotnických zařízení	13
1.1 Úvod	13
1.2 Etika transformuje management	14
1.3 Uplatnění manažerské etiky v manažerské praxi	15
1.4 Vedení lidí - leadership	18
1.5 Závěr	19
2 Ekonomika zdravotnictví	20
2.1 Úvod – základní pojmy	20
2.1.1 Zdraví a jeho ekonomické aspekty	20
2.1.1.1 Determinanty zdraví	21
2.1.2 Demografický vývoj	22
2.1.3 Zdravotní péče	22
2.1.4 Zdravotní služby	25
2.1.5 Zdravotní politika	25
2.1.5.1 Předpoklady realizace zdravotní problematiky	25
2.1.5.2 Cíle zdravotní politiky	26
2.2 Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii, státní zásahy ve zdravotnictví	27
2.2.1 Principy uplatňované v rámci sociální politiky	27
2.2.2 Trh zdravotních služeb	28
2.2.3 Státní zásahy v rámci ekonomické teorie – problematika zdravotního systému	29
3 Ekonomika zdravotnického zařízení	32
3.1 Úvod	32
3.1.1 Úloha účetnictví ve zdravotnickém zařízení	33
3.1.2 Produkční funkce ve zdravotnictví	34
3.2 Teritoriální síť zdravotnických zařízení, řízená péče	34
3.2.1 Teritoriální síť zdravotnických zařízení	34
3.2.1.1 Zařazení do sítě zdravotnických zařízení	35

3.3 Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování	36
3.3.1 Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování	36
3.3.1.1 Metody měření a kritéria kvality	37
3.3.1.2 Kvalita zdravotní péče v nemocnici	39
4 Základy finančního řízení ve zdravotnických zařízeních	41
4.1 Finanční analýza	42
4.1.1 Fundamentální a technická analýza	42
4.2 Metody a klasifikace ukazatelů finanční analýzy	45
4.2.1 Poměrové ukazatele	45
4.2.1.1 Ukazatele rentability (ziskovosti, výnosnosti)	46
4.2.1.2 Ukazatele aktivity	47
4.2.1.3 Ukazatele zadluženosti	47
4.2.1.4 Ukazatele likvidity	48
4.3 Soustavy ukazatelů a pyramidové rozklady	49
4.3.1 Ukazatele ve zdravotnictví	49
4.3.2 Benchmarking jako nástroj porovnávání	49
4.4 Finanční plánování	51
4.5 Etické principy ve finanční oblasti	51
4.6 Závěr	52
5 Lidské zdroje – leadership ve zdravotnictví	53
5.1 Právní předpisy k ŘLZ ve zdravotnictví	53
5.2 Strukturální členění pracovníků ve zdravotnictví	54
5.3 Výběr THP pracovníků pro zdravotnická zařízení	55
5.4 Vedení lidí	56
5.4.1 Motivace pracovníků	57
5.4.2 Leadership	58
6 Postavení zdravotnických zařízení v globální společnosti	59
6.1 Úvod	59
6.2 Etika v managementu zdravotnictví – součást globalizace	59
6.3 Corporate Culture – dobré jméno	61
7 Inovace ve zdravotnických zařízeních	63
7.1 Úvod	63
7.2 Inovační společnost	64
7.3 Pravidla inovačního procesu	64

7.3.1 Pravidlo soustavnosti	65
7.3.2 Pravidlo vhodného okamžiku	65
7.3.3 Pravidlo komplexnosti	66
7.3.4 Pravidlo důslednosti	67
7.4 Závěr	69
8 Financování zdravotnických zařízení	70
8.1 Financování provozu zdravotnických zařízení	71
8.2 Financování rozvoje zdravotnického zařízení	75
8.3 Ostatní formy financování	77
8.4 Závěr	78
Použitá literatura	79
Autorský kolektiv	

Seznam použitých zkratek

aj - a jiné
apod. - a podobně
a. s. - akciová společnost
CMU - Centrum mezistátních úhrad
CT - centrální tomograf
CV - Curriculum Vitea
ČB - České Budějovice
ČR - Česká republika
ČSU - Český statistický úřad
DRG - Diagnosis Related Group (úhrada dle diagnózy, skupiny vztažené k diagnóze)
HDP - hrubý domácí produkt
EDS - Evropský soudní dvůr
EHIC - Evropský průkaz zdravotního pojištění
EHS - Evropské hospodářské společenství
EKG - elektrokardiogram
EU - Evropská unie
IČ - Identifikační číslo
Kč - Koruna česká
LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných
MLD - miliarda
MRI - magnetická resonance
MZ - Ministerstvo zdravotnictví
MZ ČR - Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OLU - odborný léčebný ústav
OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná
PL - Praktický lékař
PLDD - Praktický lékař pro děti a dorost
PPP - Privat Public Partnership (Partnerství veřejného a soukromého sektoru)
ŘLZ - řízení lidských zdrojů
Sb. - Sbirka zákonů
SRN - Spolková republika Německo
s.r.o - společnost s ručením omezeným
SVČ - samostatná výdělečná činnost
THP - technicko-hospodářský pracovník
tzv. - tak zvané
USA - Spojené státy americké
UZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
UZV - ultrazvuk
VZP ČR - Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
WHO - Světová zdravotnická organizace
ZP - zdravotní pojišťovna
ZZ - zdravotnické zařízení

Klíčová slova

Corporate Culture, dobré jméno firmy, ekonomika podnikání, ekonomika zdravotnictví, etika, etické principy, financování zdravotní péče, financování zdravotnického zařízení, finanční analýza, finanční řízení, globální společnost, inovace, inovační proces, kompetence, leadership, management, manažerská etika, Maslowova hierarchie potřeb, morálka, motivace, poměrové ukazatele, právní předpisy, rozborové metody, řízení lidských zdrojů, strukturální členění pracovníků, styly vedení, vedení lidí, výběr pracovníků, zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotnické zařízení

1 Etika v řízení zdravotnických zařízení

*Stephen Covey:
Úspěšné vůdčí osobnosti zítřka si budou principů cenit
více než svých podniků.*

1.1 Úvod

Jenom odpovědný a eticky myslící člověk může být přínosem pro společnost a její udržitelný vývoj. Odměnou mu bude uspokojení z úspěchu, které přineslo jeho rozhodnutí a dobré jméno pracoviště. Svět se stává menším, vlivem rozvoje vědy a techniky¹. Z toho vyplývá, že informace o kultuře podnikání budou signalizovat dobré jméno korporace stále rychleji a do větší vzdálenosti, stejně tak jako netransparentní jednání.

Opakem tohoto názoru je prohlubování konzumního myšlení, které škodí jednotlivci i celé společnosti. Jde o konzum, který je lákavý. Projevuje se stálým požadavkem na růst zbytných potřeb člověka, protože právě ty přinášejí uspokojení a radost ze života. To se týká významné části společnosti, bohužel i u těch, kteří by měli být vzorem etického a odpovědného jednání.

Když míra konzumního chování ve společnosti přeroste, pak návrat k etickému myšlení a odpovědnému managementu může být drastický. Současný stav ekonomiky a řešení sociální situace nás o škodlivosti absence etiky v managementu přesvědčuje.

Příčinu lze hledat ve dvojí formě překonávání nežádoucího vývoje ekonomiky. Jedna dává přednost politickému řešení ekonomické situace, které nedostatečně respektuje odbornost a strategické řešení. Usiluje jen o plnění politických cílů, které neodpovídají možnostem příjmové stránky státního rozpočtu a nemotivují společnost k adekvátní spolupráci na realizaci slibovaných cílů.

Druhá příčina vypovídá o nevyjasněné prioritě opatření, která by měla individuálně a komplexně zajišťovat udržitelný vývoj ekonomiky státu. Orientace na prioritní cíl, za který je považován vyrovnaný státní rozpočet, by měla zajišťovat stimulace kreativních a dynamických inovací uplatňovaných v rámci managementu podnikatelské sféry a veřejné správy. Jejich společným cílem by mělo být prosazování efektivních a komplexních inovací, které by se kontinuálně prosazovaly ve vnitřní struktuře národního hospodářství.

Ve své závislosti by komplexně vytvářely zdroje pro strategii vyrovnaného státního rozpočtu:

- *Podniky i ostatní typy organizací budeme považovat za relativně otevřený systém. Systémový přístup k managementu se manifestuje chováním řízených organizací, když vidí svůj udržitelný vývoj v závislosti na svém okolí a v praxi to etickým úsilím dokazují.*
- *Management budeme považovat za řízení inovačního procesu. Překonáme rutinu a zvýšíme kvalitu rozhodování.*
- *V řízení lidských zdrojů se soustředíme na stimulaci tvořivého a etického myšlení. Zaměříme se na podporu růstu osobností a stabilizaci pracovníků. Především je žádoucí posilovat jejich vztah k organizaci a k zájmu na osobním růstu. Etickým působením managementu zajišťovat vyrovnaný vztah mezi stimulací a motivací a kreativně rozvíjet obsah jejich nehmotných složek.*

¹ James Harvey: *Business dilemmas and responsibilities in Kolektiv Manažerská etika-inspirace 21. stol.* WAMAK, Hradec Král., 2009.

1.2 Etika transformuje management

Dělat byznys neznamená jen produkovat, ale i svojí činností uspokojovat potřeby a zájmy společnosti a vytvářet firmě dobré jméno, aby jí ekonomické okolí důvěřovalo a chtělo s ní i nadále spolupracovat. Původní známá věta *Miltona Friedmana* „*Business for business is doing business only*“, byla autorem doplněna v tom smyslu, že se jedná o dilema managementu, které má sociální limity. Dvacáté století dramaticky změnilo jednání lidí. Celá staletí mělo působení lidí převážně lokální charakter. Od konce minulého století však mají firmy větší možnosti v komunikaci a globální rozsah. *Dnes totiž mají mnohé lokální problémy globální charakter a mnohé lokální či regionální problémy jsou mnohdy ovlivňovány globálním vývojem.*²

Prosperující a eticky podnikající organizace jednadvacátého století musí své aktivity založit na harmonizaci vztahů a vytvářet hodnoty nejen pro společnost, manažery i pro zaměstnance. Obě strany, manažeri i zaměstnanci se při plnění podnikové strategie potřebují, společně tvoří pracovní tým a nemohou se bez sebe obejít.

Uvědomit si naléhavost a efektivnost této změny v myšlení je nejlepším předpokladem pro úspěšné podnikání v 21. století. ***Již toto poznání je podnětnou inovací nejen pro naše osobní postoje, ale i pro každodenní pracovní a společenský život.***

Hovoříme-li o managementu, pak nemáme na mysli proces řízení jenom na vrcholové hladině společnosti či organizace, ale na všech stupních její řídicí vertikály. Platí zkušenost, že podle toho jak se chovají vrcholové stupně řídicí vertikály ke svým podřízeným, tak se podřízení chovají mezi sebou i k zákazníkům.

Etika byla v minulosti různě chápána a vysvětlována. V devadesátých letech minulého století, vlivem zájmu zvýšit transparentnost managementu ve vyspělých ekonomikách, i u nás vznikla snaha ovlivnit management a zmírnit tvrdé a často naivní a nelegální představy o podnikání.

Jak z uvedeného výzkumu (viz tabulka 1) vyplývá, jsme výrazně za vyspělými ekonomikami. Jde o komparaci aplikace etiky v podnikání v Evropě. Jde o názory na obsah etiky a potřebu jejího uplatňování v myšlení a rozhodování lidí, ve všech soukromých i podnikatelských oblastech.

Tabulka 1: Ekonomika podnikání v Evropě

(známka 7 - nejlepší, 1 - nejhorší)

1. Dánsko	6,7	24. Rumunsko	3,4
2. Švédsko	6,6	25. Slovensko	3,4
3. Finsko	6,6	26. Maďarsko	3,4
4. Švýcarsko	6,5	27. Česká republika	3,3
5. Nizozemsko	6,4	28. Řecko	3,1

Komentář:

Ze studie poměrně jasně vyplývá, že Evropa se z hlediska korupce dělí na několik různých oblastí.

Na nejméně korupční sever, méně korupční západ a korupční duo jižní a střední Evropa.

Zdroj: *Ekonom* 7 - 13. 6. 2012

² *James Harvey: Business dilemmas and responsibilities in Kolektiv Manažerská etika-inspirace 21. stol. WAMAK, Hradec Král., 2009.*

Uplatňování etiky v managementu má smysl jen tehdy, když její zásady jsou každodenně obsaženy v myšlení a činnostech všech pracovníků organizací. Úroveň etiky a etických postojů v managementu organizací závisí na každém pracovníkovi, bez ohledu na jeho funkční postavení.

Aplikace etiky v managementu překonává růst dynamiky rozvoje konzumních postojů a nároků společností. Začínají se projevovat požadavky na růst odměn za práci, aniž by byly spojeny se zvyšováním její produktivity. To odráží úsilí producentů maximalizovat rychlý zisk s cílem uspokojit vlastní ambice i požadavky některých spolupracovníků či partnerů. Když úsilí maximalizace a zrychlování zisku producentů a jejich pracovníků není spojováno s efektivitou pracovní produktivity, vzniká spirála nežádoucích vlivů a intenzity nežádoucích dopadů na podnikatelské i sociální klima společnosti.

Uplatňování etiky v managementu a podnikání brzdí:

- nedostatečné povědomí o obsahu a významu etiky v podnikání,
- neznalost významu etiky jako systému myšlení a práce. Obsah etiky je v praxi omezován, nejčastěji na morálku, která je spojována s náboženstvím,
- když rodiny, školy, ani sdělovací prostředky a legislativa nevedou dostatečně k etickému myšlení a tím programově vedou společnost k prohlubování konzumního myšlení a jednání, které je pro některé podnikatele zdrojem obohacování,
- když etika je spojována s etiketou,
- když podnikání není spojováno se strategickým myšlením a rozhodováním.

Etika zvyšuje náročnost managementu

- Poválečný vývoj ekonomiky se stále více orientuje na měřitelné hodnoty a kvantitativní hodnocení výsledků práce. Etický management vyžaduje naopak respektování nejen kvantitativních, ale i kvalitativních hodnot řízených jevů.
- Nevěří se, že etika se může vyplácet, když naopak neetika někomu přináší úspěch. Někteří dokonce obdivují a prosazují neetické metody v podnikání a společnost se proti tomu dostatečně nebrání.
- Nestabilita vnitřních a vnějších podmínek podnikání omezuje management na operativu a brání strategickému a taktickému rozhodování, které je zdrojem stability.
- Novelizace legislativy a uplatňování komplexních reforem neodpovídá tempu dynamiky rozvoje nových metod podnikatelských aktivit.
- Justice neřeší spory dostatečně rychle a snižuje tím výchovný účinek práva.

1.3 Uplatnění manažerské etiky v manažerské praxi

Prosazovat podnikatelskou a pracovní solidnost může, zejména zpočátku, manažerskou práci komplikovat, protože ne všichni v organizaci se budou chtít chovat eticky a odpovědně. Nutno stimulovat a přesvědčovat spolupracovníky, že cílem etiky a odpovědného managementu v podniku je dospět ke stabilitě a dlouhodobé prosperitě firmy. Cílem odpovědného managementu není přece jen „podnikat pro radost z podnikání“, ale pro udržitelnou efektivní budoucnost firmy či pracoviště s cílem uspokojovat potřeby a zájmy společnosti. Současný vývoj finanční a ekonomické krize tento názor potvrzuje.

V dalším kroku by měl manažer při rozhodování zvážit, zda bude mít sílu etický a odpovědný management prosazovat. Měl by se rozhodovat na základě spektroanalýzy a hodnotit vlastní předpoklady a nedostatky překonávat. Jak bude takticky prosazovat strategii, kterou bude systém manažerské etiky realizovat v každodenní praxi. Jaké požadavky bude klást na své pracovníky a jakými metodami bude ve svém okolí zavedení manažerské etiky manifestovat jako konkurenční výhodu.

- *Co vše a jakými prostředky a v jakém časovém horizontu může zvládnout?*
- *Jak musí na sobě zapracovat, aby předpoklady splňoval?*
- *Je schopen stimulovat k tomuto cíli své spolupracovníky?*
- *Jak naloží s pracovníky, u nichž není předpoklad loajality s etickým programem managementu?*
- *Když je to tak náročné, lze se bez manažerské etiky obejít?*
- *Může požadavky a předpoklady pro zavedení manažerské etiky naplnit?*

Pro rozhodnutí má jen dvě možnosti, buď manažerskou etiku přijmout za svoji pracovní metodu - tedy jít cestou náročnější a pracnější, ale jistější. Ta vyžaduje vypořádat se s inovačním projektem inovace podnikání v rámci specifických podmínek řízeného objektu. Tou druhou možností je hledat jiné cesty, které by mohly být sice snadnější a rychlejší, ale určitě riskantnější. Současná situace v naší společnosti ukazuje, že tato cesta je sice atraktivní, ale krátkodobě spolehlivá.

Samozřejmě, že by měl uvažovat možnosti pro konfrontaci svých názorů se svými spolupracovníky a stavět stabilní pracovní tým s těmi, kteří si uvědomují žádoucí potřebu odpovědnosti a etiky v managementu a podnikání a chtěli by s ním za těchto podmínek spolupracovat.

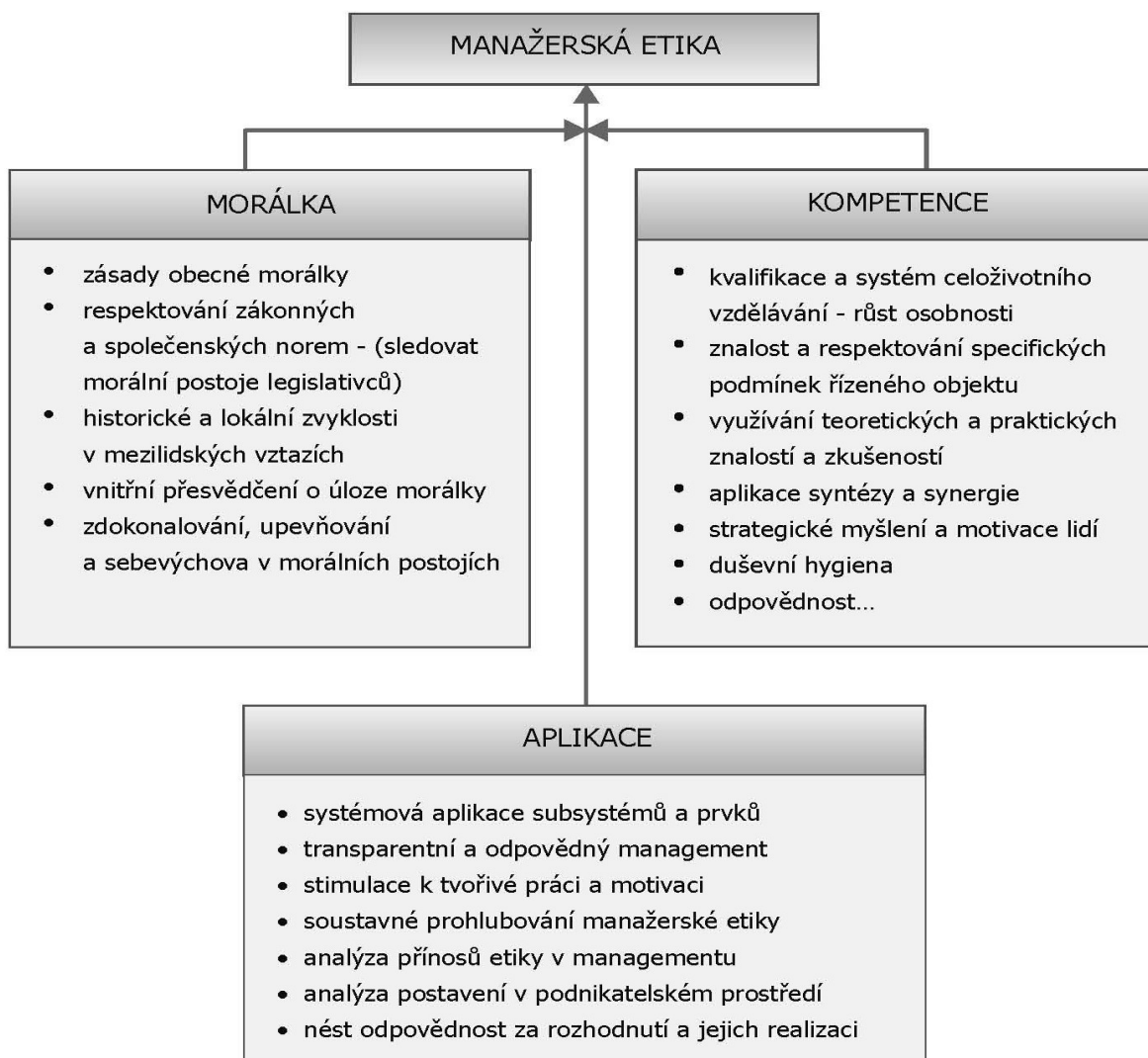
K vlastnímu rozhodovacímu procesu, zda manažerskou etiku ano anebo ne, lze doporučit následující postup:

- *Studovat pojem a obsah manažerské etiky. (S definováním pojmu se snažíme pomoci, aby případně nedošlo k nežádoucímu zjednodušení. Obsah definice je koncipován obecně a měl by sloužit jako podklad pro vlastní úvahy a aplikaci, viz obrázek 1).*
- *Objektivně analyzovat vlastní dispozice i dispozice svých spolupracovníků k naplnění a rozvíjení jednotlivých systémů a prvků manažerské etiky.*
- *Odpovědět si na otázku, zda má sílu a předpoklady bilá místa či nedostatky ve své dosavadní práci nalézt a napravit (Jak v kladném případě postupovat a kolik času by k tomu bylo asi potřeba a co všechno by k tomu bylo zapotřebí).*
- *Jak využít stávající rezervy v managementu, v čase, v plnění existujících úkolů, v kvalitě a motivaci spolupracovníků, aby respektoval při realizaci této inovace pravidlo vhodného okamžiku.*
- *Jakými metodami a prostředky bude sledovat, zda inovace etického a odpovědného systému řízení skutečně zvyšuje kulturu řízeného objektu, jeho ekonomickou efektivnost a dobré jméno (Corporate Culture).*

Manažerskou etiku považujeme za inspiraci pro vývoj budoucí kvality managementu, jak v oblasti řízení podnikové, tak i správní sféry. Manažerskou etiku chápeme jako podnětnou inovaci, která by měla vytvářet prostor pro uplatňování vyvolaných inovací ve všech oblastech řídicí práce³.

Z následujícího obrázku (obrázek 1) je zřejmé, že systém manažerské etiky je naplněn třemi na sobě závislými a vzájemně se ovlivňujícími subsystémy a jejich prvky.

³ *O inovacích podrobněji: Dytrt, Z, Stříteská, M.: Efektivní inovace, Computer Press, Brno, 2009.*

Obrázek 1: Systém manažerské etiky


Zdroj: vlastní archiv autorů

Manažerskou etiku považujeme za inspiraci pro vývoj a zvyšování kvality managementu, jak v oblasti řízení podnikání, tak i správní sféry, která vytváří prostor pro uplatňování vyvolaných inovací ve všech oblastech řídicí práce. **Vytváří normy, které nás vedou k tomu, abychom se chovali, mysleli a jednali eticky, i když nás nikdo nevidí a nepozoruje.** Mantinely norem nosíme v sobě od narození a nazýváme je svědomím.

Všichni máme v paměti, jaké ztráty v uplynulém desetiletí utrpěla naše ekonomika insuficiencí manažerské etiky v praxi. Uvědomme si, že opatření, která proti neetickému chování v podnikatelské a ve sféře veřejné správy dosud uplatňujeme, řeší spíše důsledek neetických postojů a překonávání ztrát. Ty se jen obtížně likvidují, obvykle v neprospěch společnosti. Je proto lépe jim předcházet.

Manažerská etika dává přednost prevenci, a proto upozorňujeme na nutnost předcházet důsledkům neetického chování a tím i ztrátám, které způsobuje nedostatek etiky v podnikání a managementu. Zdůrazňujeme proto potřebu rychlého řešení důsledků absence etiky v managementu, rychlý postih a náhradu ztrát. S tím souvisí i urychlené řešení legislativní oblasti. To konečně potvrdil i prof. Peter J. Boettke na Americké obchodní komoře již v červenci 2002 v Praze, když řekl, že „transformace ekonomiky je řešení především politických a legislativních problémů“.

1.4 Vedení lidí - leadership

Nejdůležitějším předpokladem k úspěchu firmy je jasná vize toho, co manažer chce dělat a čeho chce dosáhnout. Se svojí vizí pracovníky seznámit a současně vysvětlit změny současného stavu, které z ní vyplývají. Vysvětlit, jaký efekt změny přinesou organizaci, jaké nároky budou kladeny na pracovníky, ale i jaké přínosy mohou očekávat.

Předpokladem úspěchu pro realizaci změn je partnerství se zaměstnanci. K tomu přispívá uplatňovat metodu *win-win-win*. Její hlavní myšlenkou je vytvářet vzájemné kontakty na bázi *vítěz-vítěz-vítěz*, tedy na vysvětlení přínosu pro firmu, pro zaměstnance i pro prostředí⁴.

Vize a její formulace je invencí manažera, která se stane podnětnou inovací. Tedy změnou současného stavu, která bude řešit a překonávat problémy spojené s realizací. Pro motivaci zaměstnanců je nutno uplatňovat efektivní metody stimulace. V zásadě je třeba být se zaměstnanci v pracovním kontaktu, aby se vzájemně pochopili, správně si porozuměli. To vyžaduje, aby pro ně byl svým jednáním vzorem.

Delegování pravomoci posiluje postavení manažerů i tým, že vytváří prostor pro kreativní metody řízení. Lidé se nedokážou nadchnout pro vizi, která jim je bez vysvětlení vnucována. Moderní manažeři si nenechávají informace pro sebe, ale naopak je poskytují podřízeným. Tím je zapojují do řešení svých problémů a stimulují jejich tvořivost. Zaměstnanci pocítují a prakticky si ověřují, že jejich práce je důležitá, že se s nimi počítá a vykazují vyšší produktivitu. Cílem vedení lidí není uspokojení manažera z pocitu moci, ale z úspěchu a dobrých výsledků řízeného objektu.

Takový styl managementu podmiňuje vhodný výběr nejbližších spolupracovníků. Ideální je, když si jsou manažeři vědomi vlastních nedostatků a výběrem vhodných spolupracovníků chtějí své nedostatky kompenzovat. Je velikým uměním, aby vedoucí s vybranými spolupracovníky tvořil tým, ve kterém mohou být sice funkční rozdíly, ale ve kterém vzniká pevné spojení založené na zájmu udržitelného rozvoje firmy. Vytvořit takové klima je nesporný projev schopnosti manažera, jejímž výsledkem je vyrovnaný vztah mezi stimulací manažera a motivací pracovníků.

Řízení lidských zdrojů je filosofie řízení lidí, která vychází z přesvědčení, že pro trvalý úspěch podnikatelské činnosti se loajálním a stabilizovaným lidským zdrojům nemůže nic vyrovnat. Účinným řízením pracovníků a využíváním jejich odborných znalostí, důvtipu a tvořivosti při plnění jasně vymezených cílů, může organizace získat významnou konkurenční výhodu.

Cílem řízení lidských zdrojů je:

- *získávat schopné a flexibilní lidi se zaujetím pro věc,*
- *stimulovat a odměňovat jejich výkonnost a*
- *rozvíjet jejich pracovní způsobilost a sounáležitost s organizací na základě prohlubování partnerských vztahů, třeba prostřednictvím metody win-win-win.*

Podnikové útvary lidských zdrojů se v posledním desetiletí zaměřují více na přínos pro podnik, což má příznivý vliv na zvyšování výkonnosti celé organizace. Vývojové trendy managementu lidských zdrojů se orientují hlavně na:

- zvyšování významu a důležitosti útvaru lidských zdrojů v organizační struktuře,
- zvyšování jejich odpovědnosti za plnění strategických cílů podniku,
- plánování organizačních změn, programů kvality, zvyšování produktivity práce,
- strategické řízení lidských zdrojů,
- zvyšování přístupu pracovníků k informačnímu systému organizace,
- budování partnerských vztahů v organizacích.

⁴ Rad. Šerek: *Disertační práce, UTB Zlín.*

Peter Drucker tyto změny předpovídal ve Wall Street Journalu již před patnácti lety, když uváděl, že personální útvary musejí změnit nejen svůj název na útvar lidských zdrojů, ale také své chování. Vedoucí pracovníci se starají o výrobu, distribuci nebo prodej produktů organizace a sledují kapacitu, množství a cenu. Řadoví zaměstnanci tyto činnosti podporují a o ostatní věci se často nezajímají. „Personální útvary budou muset především změnit orientaci na sledování nákladů na zaměstnance a sledovat jejich přínos“ (Drucker, 1985).

Uplatnění etiky a inovační teorie v řízení lidských zdrojů má velký význam pro podnikatelské firmy i pro ostatní typy produkčních a servisních organizací. Řídící pracovníci útvarů lidských zdrojů se musí podílet na projektování budoucího vývoje organizace a rovněž se zaměřit na projekt vlastní konkrétní strategie a plně odpovídat za požadovanou kvalitu pracovníků. Důvodem je skutečnost, že vše záleží na lidech, jejich motivaci a identitě se zaměstnavatelskou organizací. Odpovědný management se vyplácí zaměstnavateli i zaměstnancům, protože jsou na společné lodi. Pakliže si to obě strany neuvědomí, loď se potopí.

1.5 Závěr

Pokud se týká respektování etiky ve zdravotnictví, etika je nejenom vyučována, ale i prakticky aplikována jako součást medicínské praxe. Součástí zdravotnictví však jsou i nemedicínská pracoviště, bez kterých se systém nemůže obejít. Jde o technická, administrativní a servisní pracoviště, která se řídí podle obecné teorie managementu. Je jistě specifické a náročné provozní management sblížovat s potřebami medicínské praxe, protože je zapotřebí, aby obě oblasti mohly plnit své úkoly a vzájemně si neztěžovaly svoji práci.

Příčinou jejich nesnází je z valné části retardace vývoje filozofie managementu za dynamickým vývojem medicíny jako vědy. Tato situace může do jisté míry komplikovat vztahy mezi nesourodými oblastmi na konkrétních pracovištích.

Řešení je často obtížné, avšak spočívá v týmové spolupráci obou oblastí, které respektují zásady medicínské i manažerské etiky. Jejich sblížení by pomohlo, kdyby považovaly management za řízení inovačního procesu. Jejich strategie a taktika by vycházela z relativně stabilnějších premis. Platí zásada, že nekomplexní inovace ztrácí na kvalitě, pokud vůbec nepřináší záporný efekt.

Je však třeba podotknout, že komplexní přístup k managementu zdravotnictví by měl respektovat i vrcholový management, který vzhledem k politickým a dílčím změnám, potřebné úsilí nižších hladin řízení komplikuje.

2 Ekonomika zdravotnictví

2.1 Úvod – základní pojmy

2.1.1 Zdraví a jeho ekonomické aspekty

Zdraví je pro každého specifickou hodnotou. Zdraví nemá povahu hmotného statku. Problematika zdraví a jeho udržení začala velice výrazně nabývat na svém významu po druhé světové válce, kdy se začaly rozvíjet koncepty „welfarestate – sociální stát“.

Definice pojmu Zdraví se v rámci posledních 50 let výrazným způsobem měnila. Vliv na to má především vývoj společnosti, rozvoj ekonomických vztahů a změna životního stylu ve vyspělých zemích.

Pojem „zdraví“ je možné vymezení negativním a pozitivním způsobem.

Zdraví – negativní vymezení

Jedná se o stav organismu bez přítomnosti choroby. Organismus není vystavován účinkům choroby (onemocnění). Jedná se o statickou definici zdraví. Zdraví je vymezeno negativním způsobem.

Zdraví – pozitivní vymezení

V rámci tohoto vymezení jsou vymezeny pozitivní znaky tohoto stavu.

Statické pojetí – chápe zdraví jako stav organismu, kdy je schopen snášet zvýšené tělesné a duševní zatížení. Toto pojetí se stalo východiskem pro WHO, která v roce 1948 definovala zdraví tímto způsobem:

„**Zdraví člověka** je stav dokonalého tělesného, duševního a sociálního uspokojení a nejen nepřítomnost nemoci nebo nějaké fyzické nebo duševní poruchy či vady“.

V současné teorii sociální politiky a pohledu na problematiku zdraví je této definici především vytýkáno:

- Pouze úzké pojetí zdraví – zdraví nemůže být chápáno pouze jako individuální hodnota. Jedná se také o společenskou hodnotu, která se odráží do úspěšnosti společnosti,
- Východisko pouze ze subjektivního vnímání zdraví, toto vnímání nemusí odpovídat objektivnímu pohledu, skutečné realitě.

Dynamické pojetí – chápe zdraví jako proces, který je především ovlivňován vnějším a vnitřním prostředím. Na základě tohoto poznatku je **zdraví vymezeno jako soubor schopností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.**

Následně je možné definovat chorobu jako poruchu zdraví. **Choroba** je soubor vlastností organismu, které zmenšují jeho možnost vyrovnat se v průběhu života s určitými nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.

Na základě výše uvedeného lze dovodit, že zdraví není čistý ekonomický statek. Jedná se o těžko měřitelnou hodnotu, která v sobě zahrnuje nejen aspekty ekonomické, ale také aspekty kulturní, politické, sociální a etické.

Zdraví se tedy výrazným způsobem podílí na kvalitě jednotlivce, společnosti a následně také na tvorbě ekonomického produktu společnosti a podobě produkční funkce dané společnosti.

Na základě tohoto opětovně vzniká otázka, zda hospodářská politika je prostředkem tvorby financí pro potřeby sociální, resp. zdravotní politiky či sociální politika, resp. zdravotní politika vytváří podmínky pro úspěšnou hospodářskou politiku dané země a následně její ekonomickou situaci.

Zdraví jedince je výrazným způsobem ovlivněno následujícími determinanty.

2.1.1.1 Determinanty zdraví

Jak již bylo řečeno, ovlivňuje zdraví člověka a tedy i zdravotní stav obyvatelstva řada faktorů. Základní členění je na:

- faktory zdravotnické (endogenní),
- faktory nezdravotnické (exogenní).

Tyto faktory působí na zdraví člověka ve vzájemné interakci. V závislosti na dlouhodobém pozorování těchto komponent je deklarováno, že faktory nezdravotnické ovlivňuje zdravotní stav člověka okolo 80 % a faktory zdravotnické ve výši 15 – 20 %.

Faktory zdravotnické – jedná se především o:

- kvalitu poskytované zdravotní péče,
- dostupnost zdravotní péče – regionální a časová dostupnost,
- spoluúčast pacienta, možnost vstupu do systému zdravotního pojištění apod.

Tyto faktory sehrávají také svoji roli. V současné době především vývoj v oblasti medicíny a značný objem finančních prostředků, které se dostávají do oblasti zdravotnictví ve vyspělých zemích, znamenají řadu nových postupů v rámci léčby nádorových onemocnění, kardiovaskulárních onemocnění apod. Novým milníkem se stává genetické inženýrství, které bude hrát do budoucna především svůj preventivní význam. Takto vkládané finanční prostředky do zdravotnictví však nemají za následek hromadné zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva a zvyšování kvality života.

V rámci zdravotní politiky je nezbytné se zaměřovat na faktory nezdravotnické, které výrazným způsobem ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva a jejich ovlivnění či případná změna znamená nižší finanční náročnost.

Faktory nezdravotnické – tyto faktory výrazným způsobem ovlivňují zdravotní stav jednice. Přesto jsou populací mnohdy výrazně pomíjeny, což má za následek zvyšující se incidenci civilizačních onemocnění a tím tlak na růst výdajů na zdravotní péči.

V rámci nezdravotnických faktorů jsou rozlišovány tyto determinanty:

- faktory vnějšího prostředí,
- kvalita životního prostředí,
- způsob života a kvalita sociálního prostředí (pracovní prostředí apod.).

Faktory vnitřního prostředí – jedná se především o dědičné dispozice – náchylnost k některým onemocněním, imunologické nedostatečnosti organismu – mnohdy je nezbytné příčiny hledat právě ve faktorech vnějšího prostředí – jedná se o znečištěné životní prostředí apod.

Zhoršená či zhoršující se úroveň těchto faktorů se na zdraví obyvatelstva projevuje většinou s mnohaletým zpožděním. Přičemž zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva je především negativním společenským efektem.

Zde sehrává svoji roli významným způsobem především zdravotní politika. Ochrana, podpora a zachování zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb lidstva. Zdravý jedinec se podílí na tvorbě produktu společnosti a tím podporuje ekonomický a sociální základ společnosti.

Zde musí významnou roli sehrávat především stát. Je nezbytné zajistit v nejvyšší možné míře především vzdělání v oblastech jako je doprava, zemědělství, kultura, výživa apod.

Role státu je výrazně ovlivněna:

- společenským uspořádáním,
- ekonomickou úrovní země,
- tradičními vlivy,
- kulturními vlivy,
- etnikem společnosti,
- návyky a zvyklostmi.

Zdravotní problematiku bude do budoucna výrazným způsobem také ovlivňovat demografický vývoj české společnosti.

2.1.2 Demografický vývoj

Demografický vývoj je jedním z rozhodujících faktorů ovlivňujících jak obecný charakter národní sociální politiky, tak potřebu zabezpečení konkrétních sociálních a zdravotních služeb.

V souvislosti s obecným demografickým vývojem celého evropského prostoru lze také v České republice vysledovat trendy, které mají přímý i nepřímý dopad na systém zdravotních služeb. Mezi nejvýraznější patří:

- snižování porodnosti (odkládání porodů do vyššího věku, přičemž některé zůstávají nerealizované; souvislost se změnou hodnotových postojů, zhoršenou ekonomickou situací, problematikou bydlení; v posledních 5 letech však porodnost roste, otázkou je, zdali jde pouze o lokální výkyv způsobený prostým vlivem demografické vlny 70. let či o změnu samotného trendu);
- stárnutí společnosti (návaznost na razantně nižší porodnost v minulém období, současně se ale zvyšuje postupně i naděje dožití, roste průměrný věk);
- zvyšování počtu rozvodů, neúplných rodin a domácností jednotlivců;
- zvyšující se riziko nezaměstnanosti (spíše než s demografickými je tento jev spojen se socioekonomickými procesy);
- zvětšují se rozdíly mezi nejbohatšími a nejchudšími obyvateli (hrozba sociálního vyloučení, marginalizace sociálně slabých skupin obyvatel).

Věková struktura obyvatel je významnou demografickou charakteristikou, která má svůj dopad prakticky ve všech oblastech společenského, politického a ekonomického života. Je dána dlouhodobým vývojem porodnosti, úmrtnosti a migrace.

Věková struktura obyvatelstva České republiky je konzistentní (na úrovni jednotlivých krajů ČR se příliš neliší) – v celorepublikovém měřítku dochází od počátku 90. let minulého století ke stárnutí populace (podíl nejmladší věkové skupiny 0-14 let se snižuje, naopak vzrůstá zastoupení obyvatel ve věku 65 a více let). Jediným regionem, který se výrazně odlišuje, je hlavní město Praha. Ve srovnání s ostatními regiony ČR je obyvatelstvo Prahy výrazně starší.

Na základě předpokládaného demografického vývoje v rámci České republiky lze odvodit, že otázky zdravotní politiky, přístupu ke zdravotní péči a zajištění zdravotních služeb budou aktuální nejen v České republice, ale také na území celé Evropské unie.

2.1.3 Zdravotní péče

V rámci zdravotní péče převažují především aktivity směřující k léčení a také aktivity preventivní, které jsou zdravotním systémem zajišťovány.

V rámci zdravotní politiky je možné rozlišit zdravotní péči dle těchto kritérií:

- Základní zdravotní péče,
- Specializovaná zdravotní péče.

Podle typu zařízení a specializace dělíme tuto zdravotní péči na:

- **Primární** zdravotní péči,
- **Sekundární** zdravotní péči,
- **Terciární** zdravotní péči.

Primární péče je pacientovi dostupná v rámci jeho bydliště. Tato zdravotní péče je pacientovi poskytována:

- ambulantně:
 - péče praktických lékařů pro dospělé,
 - péče praktických lékařů pro děti a dorost,
 - péče prováděná registrujícím stomatologem,
 - péče prováděná registrujícím gynekologem.
- v domácím prostředí.

Pacient by měl z důvodu hospodárného využívání finančních prostředků vždy projít vstupní branou primární péče na případná specializovaná pracoviště.

Sekundární zdravotní péči se rozumí poskytování standardních specializovaných služeb:

- ambulantní formou – chirurgie, ortopedie, urologie, oftalmologie apod.,
- stacionární formou – v rámci hospitalizace v nemocnicích či OLU.

Terciární zdravotní péče zahrnuje nejdražší a vysoce specializované diagnostické a léčebné zákroky ve velkých nemocnicích (nejčastěji fakultní nemocnice). Jedná se o unikátní zákroky, které není možné provádět v jiných zařízeních.

V následující tabulce (tabulka 2) jsou uvedeny poměry mezi výdaji na jednotlivé kategorie zdravotní péče a poměry osob, kterým byla tato zdravotní péče v rámci jednotlivých skupin poskytnuta.

Tabulka 2: Podíly nákladů na kategorie péče a počet osob péči využívajících

Typ péče	Služby využívá % obyvatel	Podíl nákladů v % z celku
Primární	80	15
Sekundární	15	45
Terciární	5	40
Celkem	100	100

Pramen: Durdisová J., Ekonomika Zdraví, Praha 2005

Z výše uvedeného vyplývá, že 80 % obyvatel čerpá primární zdravotní péči a výdaje na tuto zdravotní péči činí přibližně 15 %. Pouze 5 % obyvatel čerpá nejnáročnější zdravotní péči (transplantace orgánů, dialýza, umělé oplodnění apod.), výdaje za tuto zdravotní péči však činí přibližně 40 %. Vztah mezi touto ekonomickou náročností a potřebou zdravotní péče, je velkým problémem.

Zdravotní péče je možné rozlišovat na:

- **Ambulantní zdravotní péči** – je poskytována v jednotlivých ordinacích a ambulancích,
- **Ústavní zdravotní péči** – poskytována v nemocnicích či OLU v případě, že to zdravotní stav pacienta vyžaduje.

V rámci nemocnic je poskytována také ambulantní zdravotní péče. V zásadě platí, že ambulantní zdravotní péče je levnější než zdravotní péče ústavní.

Dalším členěním zdravotní péče je:

- **Zdravotní péče standardní** – jedná se o souhrn výkonů a služeb, které odpovídají indikaci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu, které musí odpovídat nárokům postupů *lege artis* a musí směřovat k návratu nebo uchování zdraví,
- **Zdravotní péče nadstandardní** – jedná se o zdravotní péči, kdy jsou pacientovi na jeho přání poskytovány služby a výhody za úhradu. Pacient může tuto péči hradit v hotovosti či případným připojištěním pro tyto případy. Jedná se především o zajištění pobytových služeb v nemocnici na vyšším standardu, případně zvolení jiných léčebných metod apod.

V rámci společnosti neustále probíhají diskuse o stanovení standardu. Toto je velice problematickou záležitostí a úroveň standardu v jednotlivých zemích se značně liší. Lze však konstatovat, že díky technologickému vývoji a výzkumu došlo v minulosti ke značnému rozšiřování standardu.

Existence nadstandardní zdravotní péče by neměla omezit přístup a poskytování standardní zdravotní péče.

Dalším možným členěním zdravotní péče je členění na:

- **Komplexní zdravotní péči** – je dostupná pojištěnci na území ČR dle nejnovějších poznatků, v naprosté většině případů se jedná o zdravotní péči plně hrazenou ze zdravotního pojištění,
- **Nutnou a neodkladnou zdravotní péči** – jedná se o takový rozsah zdravotní péče, který má zabránit ohrožení zdraví či života jedince.

Zdravotní péči je také možné rozlišit na:

- **Plně hrazenou** ze zdravotního pojištění,
- **Částečně hrazenou** ze zdravotního pojištění,
- Zdravotní péči **nehrazenou** – např. vybrané stomatologické výkony apod.

Zvláštní skupinou je **lázeňská péče**, která se rozlišuje na:

- Komplexní lázeňskou péči,
- Příspěvkovou lázeňskou péči,
- Lázeňskou péči hrazenou samoplátcem.

Zdravotní péče se stává potřebnou v případě, že jsou splněna tato kritéria:

- Včasnost a rychlost poskytnutí,
- Optimalita zdravotní péče,
- Prevence vedlejších účinků a komplikací,
- Dosažení co nejlepšího výsledku.

2.1.4 Zdravotní služby

Jedná se z pohledu teorie o velmi úzký pojem. Zdravotní služby mají charakter nemateriálních činností vykonávaných výhradně zdravotnickými pracovníky převážně ve zdravotnických zařízeních.

Pro zdravotní služby jsou typické tyto rysy:

- velmi omezená kvantifikace výkonů,
- velmi omezené vyhodnocování efektivnosti,
- omezené možnosti hodnocení kvantifikace a kvality, dostupnosti a přiměřenosti poskytovaných služeb.

Z odborného hlediska jsou zdravotnické služby:

a) lékařskou péčí o organismus člověka – léčebně preventivní část zdravotní péče

Jedná se především o prevenci, diagnostiku, terapii a péči. Nejvýznamnější část tvoří terapie. Správné stanovení diagnózy je předpoklad pro úspěšně prováděnou terapii a efektivní vynaložení finančních prostředků na léčení.

b) lékařskou kontrolou zdravotní nezávadnosti prostředím (hygienická a protiepidemiologická služba)

Jedná se především o tvorbu, úpravu a ochranu prostředí za tím účelem, aby nedocházelo k narušování lidského zdraví. Prudký rozvoj urbanizace, rozvoj dopravy apod. znamená pro tuto oblast nové úkoly.

c) ovlivňování zdravotního stavu obyvatelstva (výchova, osvěta)

Spočívá v osvojení si základních vědomostí zdravého způsobu života, ve znalostech rizik a nebezpečí, která ohrožují zdraví jedince.

2.1.5 Zdravotní politika

V rámci ekonomické teorie je možné sledovat několik přístupů k hodnotě zdraví. Zvolený přístup se také odráží na prosazování určité zdravotní politiky.

Liberální pojetí – každý má individuální odpovědnost za své zdraví. Princip solidarity je uznáván pouze jako dobrovolný. V rámci tohoto systému převažuje soukromý sektor. Zdravotní péče je zbožím a má svoji tržní cenu. Zdravotní péče se rozděluje na základě svobodné směny a dle principu „každému dle jeho možností“.

Toto pojetí je charakteristické pro Spojené státy americké.

Egalitární pojetí – Jedinec má právo na zdraví a je zde státem vynucená solidarita. V rámci tohoto systému převažuje veřejný sektor. Přístup ke zdravotní péči je založen na rovném přístupu a příležitosti. Zdravotní péče je sociální službou a základním občanským právem bez ohledu na sociální postavení.

Česká republika se blíží spíše tomuto pojetí, zanedbatelná výše soukromých zdrojů v rámci zdravotního systému.

Utilitární pojetí – zdravotní péče je chápána jako individuální i veřejný zájem. Zdravotní péče je distribuována dle principu „každému podle jeho zásluh“. V rámci tohoto systému jsou uplatňovány standardní a nadstandardní výkony. Zdravotní péče se poskytuje ve veřejném i soukromém sektoru. Na financování se podílí stát i soukromé zdroje.

Toto je typické pro některé západní země, jako je Německo, Rakousko atd.

2.1.5.1 Předpoklady realizace zdravotní problematiky

Zdravotní politika státu může být realizována za předpokladu, že:

- existuje politická vůle takovou politiku realizovat – právo na zdraví je chápáno jako politická vůle, zdraví je chápáno jako veřejný zájem,

- cíle zdravotní politiky jsou nastaveny reálným způsobem v návaznosti na ekonomické zdroje společnosti,
- snaha o prosazování veřejného zájmu s co možná nejvyšším efektem,
- snaha o sladování veřejných a soukromých cílů,
- existence sociálně-ekonomického prostředí,
- snaha o naplňování sociálních práv.

Zdravotní politika může být realizována za předpokladu, že společnost je na určitém ekonomickém a společenském stupni rozvoje. Pro realizaci zdravotní politiky musí být vybudována síť zdravotnických zařízení a institucionální struktura.

Definice zdravotní politiky:

Zdravotní politika je cílevědomou činností státu, ale i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky (obce, kraje, nadace apod.) v prostoru státem vymezeném, zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatel.

Můžeme tedy tvrdit, že zdravotní politika je výrazem zájmu státu na zdravotním stavu obyvatel. Zdravotní politika vždy vystupuje z určitých hodnot (toho, čeho si vážíme) a priorit konkrétní společnosti.

V rámci zdravotní politiky vyvíjejí své aktivity subjekty:

- v oblasti zdravotnictví: zdravotní pojišťovny, komory, asociace, ZZ, nadace,
- mimo oblast zdravotnictví: podnikatelé, zaměstnavatelé, politické strany, zájmové skupiny.

Jednotlivé subjekty se mnohdy snaží prosazovat své individuální zájmy. Je proto nezbytné, aby zdravotní politika sladila zájmy veřejné a soukromé sféry zdravotní politiky.

V rámci zdravotní politiky musí být zajištěn soulad mezi pravomocí a odpovědností. Stát by měl zajistit minimalizaci případných rizik a zamezit případným ztrátám.

Příklad: V rámci teorie můžeme např. sledovat nesoulad, kdy ZZ je hrazena poskytnutá zdravotní péče výkonovou platbou. Veřejným zájmem je zdraví obyvatel. ZZ však bude sledovat pouze svoji úhradu a počet provedených výkonů z důvodu maximální úhrady zdravotnickému zařízení.

2.1.5.2 Cíle zdravotní politiky

Cíle zdravotní politiky můžeme v rámci teorie rozdělit na cíle:

- primární,
- sekundární.

Primárním cílem zdravotní politiky je uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

Sekundárním cílem zdravotní politiky je efektivní alokace zdrojů:

- využití kvalifikovaných pracovních sil,
- rozvoj technologií,
- rozvoj léčiv,
- využití již vzniklých zdrojů, kapacit apod.

Primárním cílem by tedy nemělo být nikdy dosažení maximálního zisku či rentability zdravotního zařízení. Vždy by se mělo jednat o uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. V solidárních systémech by měla být vždy zachována síť ZZ, která zaručí jedinci právo na zdraví. ZZ nemusí být také v tomto případě ekonomicky efektivní.

Zdravotní politika se také musí zaměřit na zlepšování přírodních a sociálních podmínek života. V tržních ekonomikách zdravotní politika řeší pouze přístup rizikových skupin občanů ke zdravotní péči. V sociálních systémech je zdraví chápáno jako veřejná hodnota.

Zdravotní politika by měla do budoucna být především nepřetržitým procesem ovlivňování fyzikálně–biologických a sociálních příčin chorob, zvyšování kvality života a prosazování čisté společenské rentability založené na poměřování společenských (nikoliv soukromých) užitků a nákladů.

Náklady na zdravotnictví ve vyspělých evropských zemích neustále rostou. Faktory tohoto vývoje jsou především:

- stárnutí evropské populace,
- vyšší výskyt některých onemocnění v důsledku životního prostředí, stresu apod.,
- zvyšující se dostupnost nových léčiv – roste očekávání veřejnosti v tato léčiva a náklady na tato léčiva,
- ekonomické vlivy – inflace, nesprávně nastavené úhradové mechanismy,
- komercializace zdravotnictví.

V rámci vyspělých zemí se však jednoznačně prokazuje, že:

- zvyšování standardu a dostupnosti špičkových výkonů je neufinancovatelné a současně, že
- neustálý růst výdajů na zdravotnictví neznamená odpovídající zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

2.2 Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii, státní zásahy ve zdravotnictví

2.2.1 Principy uplatňované v rámci sociální politiky

Jak již bylo zmíněno, je zdravotní politika státu součástí sociální politiky. Zdravotní, resp. sociální politika má různé funkce a využívá různé nástroje. Sociální politika a její naplňování vůči občanům je dáno především dle zvoleného principu sociální politiky.

Základní principy sociální politiky:

- princip sociální spravedlnosti,
- princip sociální solidarity,
- princip subsidiarity,
- princip participace.

Princip sociální spravedlnosti

Sociální spravedlnost musí být vytvářena především systémem právních předpisů. Ve společnosti je nezbytné vytvářet především pravidla, podle kterých se rozdělují ve společnosti příjmy, bohatství a životní šance. Je nezbytná jakási volba kritéria, podle kterého se určuje, kdo má co dostávat a za co. Toto je závislé především na převažující ideologii ve společnosti, aktérech zdravotní politiky a sociální politiky, na ekonomické síle společnosti, kultuře, tradicích apod.

Po roce 1989 je v České republice silně sledováno pouze výkonové hledisko. Každý dostane pouze to, co si zaslouží. V rámci zdravotní politiky však musí být také naplňován princip sociální potřebnosti. Společnost se musí postarat také o ty, kteří toto nedokážou – lidé nemocní, chudí apod.

Princip sociální solidarity

Tento princip by měl vždy vyjadřovat jakési porozumění občanů. Člověk je společenská bytost. Každý z nás je v určité míře závislý na druhých. Sociální solidarita by měla být výsledkem svobodné vůle občanů sdílet rizika druhých. Každý z nás nese jakousi odpovědnost za druhé. V jednotlivých společnostech existuje v různých mírách solidarita mezi zdravými a nemocnými apod.

Princip subsidiarity

V rámci tohoto principu je zdůrazňována především role jedince a jeho odpovědnost za své životní podmínky. Každý z nás by si měl zajistit takové podmínky, které povedou např. ke zdravému životnímu stylu. Jedinec by si měl své potřeby zajistit především v rámci své rodiny. Pokud není tyto potřeby schopen takto zajistit, nastupují obce, nadace, charity, stát apod.

Princip participace

Jedinec by se měl aktivně podílet na realizaci sociální, resp. zdravotní politiky. Své názory vyjadřovat a promítat do tváření těchto politik.

V rámci zdravotní politiky je nezbytné tyto principy uplatňovat. Velkou úlohu sehrává především stát nastavením příslušných právních norem – rozdělení finančních prostředků v rámci systému zdravotnictví, formy vlastnictví subjektů poskytujících zdravotní péči, zapojení soukromého systému do systému poskytování a úhrady zdravotní péče apod.

Role státu je v rámci uplatňování zdravotní politiky nezastupitelnou. Trh zdravotních služeb není možné chápat pouze jako volný trh. Dochází zde k mnohým efektům, které vyplývají ze specifík poskytování služby, kterou je zdravotní péče.

2.2.2 Trh zdravotních služeb

V rámci liberálních ekonomických teorií je zdraví chápáno jako soukromý statek. Ekonomické teorie kladoucí důraz na realizaci sociální politiky chápou zdraví jako veřejný statek a veřejný zájem.

V rámci ekonomické teorie není možné chápat trh zdravotní péče (zdravotních služeb) jako trh, na kterém se vyskytuje dokonalá konkurence. V rámci tohoto trhu dochází k řadě tržních selhání. Z tohoto důvodu je v rámci tohoto trhu nezbytné zajišťovat řadu státních zásahů tak, aby docházelo k narovnání v rámci alokací zdrojů trhu zdravotní péče.

Příčiny tržních selhání na trhu zdravotních služeb (zdravotní péče):

- Nedokonalá konkurence na trhu zdravotních služeb,
- Informační převaha poskytovatele zdravotní péče nad pacientem,
- Faktor nejistoty na trhu zdravotnických služeb a nekomplexnost tohoto trhu,
- Zdravotnické služby jsou smíšené kolektivní statky,
- Externality vyplývající ze spotřeby zdravotnických služeb,
- Některé zdravotnické služby jsou tzv. statky pod ochranou.

Nedokonalá konkurence na trhu zdravotních služeb

Na trhu zdravotních služeb nejsou naplněny podmínky dokonalé konkurence:

- Není zajištěn volný vstup firem do odvětví – poskytovatelé zdravotní péče musí splnit kvalifikační předpoklady k tomu, aby mohli poskytovat zdravotní péči,
- Jednotlivé subjekty nejsou v optimu a nemaximalizují svůj zisk – existence externalit apod.,
- Nedokonalé informace – Informační asymetrie – zdravotnické zařízení má informační převahu nad pacientem,
- Existuje cenová kontrola na trhu,
- Zdravotní péče není homogenním statkem.

Informační převaha poskytovatele zdravotní péče nad pacientem

Pacient nemá dostatek informací o svém zdravotním stavu, o možnostech léčby v konkrétním případě apod. Pacient není tedy schopen vybrat optimální variantu a realizovat maximální užitek.

Faktor nejistoty na trhu zdravotnických služeb a nekomplexnost tohoto trhu

Spotřebitel (pacient) není schopen odhadnout svoji budoucí potřebu na trhu zdravotních služeb v budoucnosti. Není schopen říci, kdy a jak bude nemocen a nezná tedy ani náklady spojené s jeho léčením a obnovením zdraví v budoucnosti.

V případě, že by si pacient nevytvořil dostatečné množství finančních zdrojů, nebyl by schopen v budoucnu uhradit případně drahé léčení své choroby.

Na trhu zdravotní péče také neexistuje rovný vztah mezi nabídkou a poptávkou. Zdravotnická zařízení nabízející své služby vždy vytvoří dostatečnou poptávku po těchto službách.

Zdravotnické služby jsou smíšené kolektivní statky

Zdraví je hodnotou nejen individuální, ale také hodnotou společenskou. Zdraví je důležitým faktorem ekonomické stability, sociálního smíru a ekonomického růstu. Velice těžko se odhaduje budoucí spotřeba zdravotních služeb. V případě, např. neexistence státních zásahů, by při poklesu poptávky po určité zdravotní službě mohlo docházet ke snižování počtu poskytovatelů, kteří tuto službu nabízejí. V případě prudkého nárůstu zájmu o tuto službu by mohlo docházet ke krizovým situacím (nedostupnost příslušné služby). Stát by měl tedy garantovat např. síť poskytovatelů zdravotní péče.

Externality vyplývající ze spotřeby zdravotnických služeb

Spotřeba zdravotnických služeb může být spojena se vznikem pozitivních i negativních externalit.

Pozitivní externalita v rámci ekonomické teorie vzniká v případě, že subjekt profituje z opatření, na kterém nenesl náklady. V rámci zdravotní péče je možné uvést, že zaměstnavatelé získávají užitek z nízké nemocnosti svých pracovníků z důvodu jejich očkovaní, na které nevynaložili své náklady (povinná očkovaní).

Negativní externalita vzniká v případě, že subjekt nese náklady na řešení určitého stavu, aniž by byl viníkem tohoto stavu. Zdravotní pojišťovna hradí léčení svého pojištěnce z důvodu jeho pobytu v dlouhodobě znečištěném životním prostředí i v tom případě, že se nepodílela na znečištění tohoto prostředí.

Některé zdravotnické služby jsou tzv. statky pod ochranou

Stát v některých případech nařizuje spotřebu určitých služeb. Jedná se např. o povinná očkovaní, povinné kontroly a např. restrikce v rámci preskripce léčiv. Toto narušuje podmínky na trhu – někteří spotřebitelé (pacienti) by tyto služby nečerпали.

2.2.3 Státní zásahy v rámci ekonomické teorie – problematika zdravotního systému

Po mnoho staletí byl systém zdravotní péče chápán pouze jako vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče (lékařem). Zdravotní péče byla vždy hrazena hotovostní formou přímo pacientem. Velká část obyvatel byla vyloučena ze spotřeby zdravotní péče v případě její potřeby.

V minulém století se začínají objevovat nové subjekty v rámci těchto vztahů a systému poskytování a úhrady zdravotní péče se začíná výrazným způsobem měnit. Zejména v 60. letech minulého století začalo docházet ve vyspělých státech ke zrychleným nárůstům výdajů do zdravotnictví vzhledem k HDP. Začaly být analyzovány důvody růstu těchto výdajů. Snahou bylo také zajištění efektivního financování zdravotnictví v případě hospodářských krizí.

Na růstu výdajů za zdravotní péči se po tomto období podílí především:

- Negativní vývoj v demografické struktuře obyvatel - postupné stárnutí obyvatel a tím zvyšující se poptávka po zdravotní péči,
- Mnohdy docházelo k neuváženému rozvoji sítě zdravotnických zařízení, která si vytvářela poptávku po svých službách,
- Výrazným způsobem se měnily technologie medicíny,
- Výrazným způsobem se objevují nové zdravotní problémy spjaté s rozvojem civilizačních chorob atd.

Z těchto důvodů se neustále zvyšovala potřeba aktivní role státu v oblasti zdravotní problematiky.

V rámci ekonomiky zdraví rozeznáváme dvě koncepce teorie státu:

- a) sociální stát,
- b) liberální stát.

Tyto dvě teorie výrazným způsobem odlišují postavení státu a existenci státních intervencí.

Liberalismus je systém politických, ekonomických, sociálních hodnot a zásad založený na preferování politické a ekonomické svobody, respektování individua a soukromého vlastnictví, vnímá velký společenský význam zdraví, avšak zdraví je chápáno pouze jako zboží.

Liberalismus je charakteristický především vytvářením rovných podmínek pro jednotlivé subjekty na trhu. Trh musí využívat své samoregulační mechanismy. Stát vystupuje pouze v případě, že trh skutečně selhal či selhává. Největší důraz je kladen především na efektivní hospodaření poskytovatelů zdravotní péče. Stát v tomto případě zajistí pouze např. přístup ke zdravotní péči nejchudším skupinám obyvatel (jedná se o programy Medicare a Medicaid v USA). Ostatní skupiny obyvatel nesou plnou odpovědnost za přístup ke zdravotní péči v případě negativní sociální situace (onemocnění).

V rámci pojetí **sociálního státu** má však stát ve zdravotní politice svoji nenahraditelnou roli. Jak bylo již uvedeno dříve, existuje na trhu zdravotní péče řada faktorů, které implikují to, že se trh nemůže chovat racionálním způsobem.

Postavení státu je upraveno především v rámci právní úpravy zdravotních systémů jednotlivých zemí. Stát coby regulátor trhu zdravotních služeb by měl především zajistit:

- definici zdravotní politiky v rámci své působnosti,
- stanovení cílů zdravotní politiky,
- nastavení fungování zdravotního systému,
- nastavení právního rámce realizace zdravotní politiky a poskytování zdravotní péče,
- realizaci jednotlivých funkcí zdravotní politiky,
- nastavení pravidel pro poskytovatele zdravotních služeb,
- nastavení pravidel pro vzdělávání lékařů, středního zdravotního personálu apod.,
 - zajištění profesních zkoušek,
 - zajištění celoživotního vzdělávání,
- vytváření institucí zajišťujících toto vzdělávání odborných pracovníků,
- vytvoření institucí vykonávajících metodickou a kontrolní činnost v oblasti zdravotnictví,
- stanovení pravidel pro tvorbu sítě zdravotnických zařízení,
- vytvoření páteří sítě zdravotnických zařízení garantovaných státem či veřejnou samosprávou,
- nastavení pravidel pro financování systému:
 - systém národní služby – úhrada pouze z daní poplatníků,
 - systém zdravotního pojištění – založení zdravotních pojišťoven v rámci veřejného sektoru,
 - systém pouze soukromého financování – soukromé zdravotní pojišťovny,
 - stanovení případných pravidel pro spoluúčast pacientů,
 - zajištění kontroly nad těmito institucemi,

- nastavení pravidel a realizace lékové politiky:
 - vstup léčiv na trh,
 - cenotvorba léčiv,
 - stanovení pravidel pro preskripci léčiv,
 - stanovení pravidel pro zacházení s léčivem,
 - vytvoření instituce dohlížející na dodržování stanovených pravidel,
- zapojení jednotlivých subjektů do realizace zdravotní politiky:
 - stanovení pravomoci a odpovědnosti financujících subjektů,
 - stanovení pravomoci a odpovědnosti zdravotnických zařízení,
 - stanovení pravomoci a odpovědnosti veřejné samosprávy,
 - stanovení odpovědnosti a pravomoci ostatních subjektů – nadace, církve apod.
- vzdělávání obyvatelstva v oblasti zdravotní problematiky – ochrana zdraví, prevence před nemocemi a úrazy apod.,
- zajištění přístupu ke zdravotní péči obyvatel,
- stanovení podmínek úhrady zdravotní péče,
- seznámení obyvatel se svým právem na zdravotní péči a podmínkami přístupu k ní a její úhrady,
- zajištění návaznosti sociální péče pro vybrané skupiny obyvatel v případě potřeby,
- zajištění spolupráce s mezinárodními institucemi v oblasti zdravotnictví – WHO,
- tvorba statistik v rámci resortu zdravotnictví – výskyt určitých diagnóz, náklady na zdravotní péči apod.,
- zajištění aktivit v rámci epidemiologie a hygieny aj.

3 Ekonomika zdravotnického zařízení

3.1 Úvod

Každé zdravotnické zařízení, každý vlastník či zřizovatel zdravotnického zařízení by měl mít zájem na efektivním hospodaření svého zařízení.

V České republice existuje v oblasti zdravotní politiky značná nejednotnost. To se projevuje také v oblasti ekonomiky zdravotnických zařízení. Jaké jsou příčiny tohoto stavu:

- benevolentní přístup státu k problematice zdravotní problematiky – nejasné nastavení pravidel apod.,
- rozdílný přístup ke zdravotní politice v rámci jednotlivých regionů,
- neexistence poptávky ze strany státu po důkladných analýzách hospodaření jednotlivých subjektů ve zdravotnictví a vyvození nápravných či preventivních opatření na základě těchto analýz,
- časté změny úhradových mechanismů – tvorba úhradových Vyhlášek,
- nedostatečné využívání nástrojů účetnictví pro potřeby zdravotnických zařízení a zřizovatelů.

Jedním z nedostatečně využívaných nástrojů pro realizaci zdravotní politiky je samotné účetnictví. S rychlým rozvojem nástrojů účetnictví je možné v rámci zdravotnických zařízení využít účetnictví mimo jiné k:

- řízení nákladů,
- vedení manažerského účetnictví,
- tvorbě finančních analýz pro potřeby zřizovatelů a managementu.

Světová banka v současné době spíše preferuje způsob větší autonomie zdravotnických zařízení.

Problematika účetnictví pro zdravotnická zařízení je upravena v rámci těchto právních předpisů:

- Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví,
- Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů,
- Zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole,
- Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech.

Cílem těchto právních norem je zajištění efektivního hospodaření v rámci rozhodovacích procesů.

V minulosti prováděná transformace nemocnic na kraje měla za následek:

- zvýšení jejich autonomie,
- zvýšení vyjednávací síly na krajské úrovni vůči zdravotním pojišťovněm,
- zvýšení vyjednávací síly na krajské úrovni vůči dodavatelům léčiv a materiálu,
- vztah s veřejným sektorem je vykonáván pouze ve vztahu ke zdravotní pojišťovně,
- možnost „špatných“ rozhodnutí na úrovni kraje – značná benevolence, náhled na zdravotní politiku jako volná soutěž na trhu apod.

Veškeré kroky prováděné na úrovni krajských samospráv v oblasti zdravotnictví by měly být prováděny s ohledem na veřejný zájem a v souladu se Zákonem č. 129/2000 Sb., o krajích.

3.1.1 Úloha účetnictví ve zdravotnickém zařízení

Každé zdravotnické zařízení má povinnost jako hospodářský subjekt vést účetnictví. Účetnictví zajišťuje pro zdravotnické zařízení především tyto funkce:

- podklady pro vyměření daní,
- evidenci majetku, nákladů, výnosů ve stanoveném členění,
- podklady pro zjištění ekonomické situace,
- zjištění míry zhodnocení vložených vstupů.

Zdravotnické zařízení na konci účetního období vytváří:

- rozvahu – účetní výkaz k určitému dni porovnávající majetek zdravotnického zařízení se způsoby jeho financování,
- výkaz zisků a ztrát – účetní výkaz s přehledem nákladů, výnosů a hospodářského výsledku zdravotnického zařízení,
- přílohu – podrobné vysvětlení k jednotlivým výkazům.

Zdravotnické zařízení může tyto výkazy pro svoji potřebu vytvářet kdykoliv v průběhu účetního období.

Účetnictví se stává podkladem pro tvorbu finanční analýzy zdravotnického zařízení.

Předmětem finanční analýzy zdravotnického zařízení je především:

- zjištění rentability zdravotnického zařízení,
- zjištění rychlosti obratu prostředků,
- zjištění platební schopnosti zdravotnického zařízení,
- zjištění hospodářské a finanční spolehlivosti zdravotnického zařízení.

Zdravotnické zařízení, případně jeho zřizovatel, může na základě zjištěných údajů stanovit silné a slabé stránky v oblasti jeho hospodaření a přijímat opatření vedoucí k nápravě.

Hospodářský výsledek ZZ = výnosy ZZ – náklady ZZ

Jedná se o korunové vyjádření. Pro potřeby finanční analýzy se využívá řada poměrových ukazatelů, které lze vhodně využít u zdravotnických zařízení. Pro úplnost jsou uvedeny nejčastěji užívané:

- ukazatele rentability – poměří zisk k různým základnám – vyjadřují schopnost zdravotnického zařízení dosahovat zisku pomocí vložených prostředků (např. nákladová rentabilita = zisk/náklady),
- ukazatele rychlosti obratu prostředků – vyjadřují, jak zdravotnické zařízení efektivně hospodaří se svým majetkem (majetek/tržby). Ukazatel může prokázat nevyužití a zbytečný majetek zdravotnického zařízení,
- ukazatele platební schopnosti – vyjadřují schopnost podniku hradit své finanční závazky v době jejich splatnosti,
- ukazatele likvidity – zdravotnické zařízení musí dostát svým závazkům.

Velkou úlohu může pro potřeby zdravotnického zařízení sehrávat manažerské účetnictví. Snahou manažerského účetnictví je především vyhodnocení ekonomické činnosti jednotlivých útvarů – hodnocení minulosti, současného stavu a využití pro plánování dalšího vývoje. Tato metoda je vhodná zejména ve velkých zdravotnických zařízeních.

Pro zdravotnická zařízení je důležitá především:

- včasná úhrada od zdravotních pojišťoven – díky přijatým opatřením a v minulých letech dobré hospodářské situaci nedochází v současné době k růstu závazků po lhůtě splatnosti ze strany zdravotních pojišťoven,
- výsledky dohadovacích řízení se zdravotními pojišťovnami o výši úhrad,

- nastavení konkrétních pravidel úhrad prostřednictvím úhradových mechanismů a platné právní úpravy,
- využití regulačních mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven,
- legislativní úpravy systému zdravotního pojištění – výše pojistného apod. – ovlivňuje zdravotní pojišťovny a následně schopnost hradit závazky vůči zdravotnickým zařízením apod.,
- jednotnost postupu ve zdravotnickém zařízení při vykazování zdravotní péče,
- stanovení odpovědnosti za správnost vykazované zdravotní péče,
- optimalizace nákladové složky,
- provádění finanční kontroly v rámci zdravotnického zařízení.

3.1.2 Produkční funkce ve zdravotnictví

Často je dnes vedle finanční analýzy zdravotnických zařízení diskutována problematika tzv. produkční funkce. Produkční funkcí se rozumí veškeré činnosti, které přímo či nepřímo souvisí s poskytováním zdravotnických služeb.

Vstupy produkční funkce tvoří především:

- lidské zdroje,
- léčiva,
- zdravotnický materiál, přístroje.

Výstupy jsou obvykle zachyceny jako:

- zdravotní výkony,
- počty návštěv pacientů,
- počty ošetrovacích dnů.

Produkce zdravotnického zařízení je transformací vstupů na výstupy a výsledky. Zde je nezbytné především stanovit s jakými náklady je dosaženo stanovených efektů. Není možné tedy využít pouze finanční analýzu. Zdravotnické zařízení poskytuje především službu ve veřejném zájmu, a proto je tato situace složitější.

3.2 Teritoriální síť zdravotnických zařízení, řízená péče

3.2.1 Teritoriální síť zdravotnických zařízení

Jak již bylo sděleno, je zdravotní péče poskytována ve zdravotnických zařízeních. Tato zařízení tvoří jakousi síť – síť zdravotnických zařízení.

Síť zdravotnických zařízení by měla především pacientům zajišťovat:

- Dostupnost zdravotní péče:
 - časovou dostupnost – krátké objednací lhůty,
 - geografickou dostupnost.
- Kvalitu poskytovaných služeb v daném regionu prostřednictvím zdravotnického zařízení.
- Poskytnutí garantovaných služeb z veřejného zdravotního pojištění.
- Podmínky účelné a efektivní léčby.

Základním parametrem pro dělení sítě zdravotnických zařízení může být druh poskytované služby:

- Hygienické služby,
- Zařízení léčebně – preventivní péče:
 - Ambulantní péče a ústavní péče (nemocnice),

- Zařízení závodní preventivní péče,
- Odborné léčebné ústavy,
- Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků,
- Ozdravovny.

V rámci teorie může být konstatováno, že pro chování sítě zdravotnických zařízení existují určitá pravidla:

- snaha o koncentraci zdravotnických zařízení do velkých aglomerací,
- zdravotnická zařízení si vytvářejí poptávku po svých službách – nezbytné zajistit efektivní vynakládání finančních prostředků na léčení,
- nutné stanovit pravidla pro zařazení zdravotnického zařízení do sítě,
- nutné vyhodnocovat fungování zdravotnické sítě,
- tvorba sítě musí být v souladu s přijatou koncepcí zdravotní politiky na národní úrovni a v souladu se zájmy daného regionu – pravomoc krajů v rámci tvorby sítě zdravotnických zařízení,
- rozsah sítě zdravotnických zařízení odráží množství prostředků vkládaných do systému zdravotnictví.

Problematika tvorby sítě zdravotnických zařízení je upravena v rámci Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Dle tohoto zákona je zdravotní pojišťovna povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřela smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří síť smluvních zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny.

3.2.1.1 Zařazení do sítě zdravotnických zařízení

Před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením se koná výběrové řízení.

Výběrové řízení se nekoná:

- pro zdravotnická zařízení lékařské péče,
- pro zdravotnická zařízení Vězeňské služby České republiky,
- v případech rozšíření sítě již smluvního zdravotnického zařízení zdravotnické záchranné služby,
- při uzavírání nové smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče, pokud se jedná o smluvní vztah se stejným subjektem a současně nedochází k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

V případě změny právní formy zdravotnického zařízení se výběrové řízení koná pouze tehdy, dochází-li k rozšíření rozsahu poskytované zdravotní péče.

Konání výběrového řízení mohou navrhnout zdravotní pojišťovna nebo zdravotnické zařízení oprávněné poskytovat zdravotní péči v příslušném oboru.

Výběrové řízení vyhlašuje krajský úřad, v hlavním městě Praze Magistrát hlavního města Prahy. Místní příslušnost krajského úřadu se řídí místem provozování zdravotnického zařízení. Výběrové řízení na poskytování ústavní a lázeňské zdravotní péče vyhlašuje Ministerstvo zdravotnictví.

Vyhlášení výběrového řízení musí obsahovat:

- rozsah zdravotní péče a území, pro které má být poskytována, a označení zdravotní pojišťovny, je-li zdravotní pojišťovna návrhatelem výběrového řízení,
- lhůtu, ve které lze podat nabídku; tato lhůta nesmí být kratší než 30 pracovních dnů,
- místo pro podání přihlášky.

V rámci prováděného výběrového řízení je přihlíženo především k:

- dobré pověsti zdravotnického zařízení (k dodržování postupu lege artis),
- disciplinárním opatřením uloženým v minulosti,
- etickému přístupu k pacientům,
- přístupu zdravotnického zařízení v oblasti zvyšování bezpečí pacienta a kvality péče,
- stížnostem na poskytování zdravotní péče,
- zjištěným nedostatkům v hospodaření zdravotnického zařízení, včetně daňových nedoplatků apod.

Zdravotní pojišťovna přihlíží k výsledkům výběrového řízení při uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče. Výsledek výběrového řízení nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

V případě, že zdravotní pojišťovna uzavře smlouvu o úhradě zdravotní péče se zdravotnickým zařízením, stává se toto zdravotnické zařízení součástí zdravotní sítě dané zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovna s příslušným zdravotnickým zařízením smluvně upraví:

- rozsah poskytované zdravotní péče pojištěncům,
- podmínky poskytování zdravotní péče – vybavení zdravotnického zařízení, ordinační hodiny apod.,
- druh a podmínky úhrady za poskytovanou zdravotní péči apod.

Zdravotní pojišťovna při uzavírání smluvního vztahu se zdravotnickým zařízením především přihlíží k:

- dostupnosti zdravotní péče pojištěnců v daném regionu,
- výsledkům výběrového řízení krajského úřadu,
- potřebě zdravotní péče v daném regionu,
- ekonomickým možnostem s ohledem na financování nového zdravotnického zařízení,
- údajům stanoveným zdravotně pojistným plánem dané zdravotní pojišťovny pro příslušný kalendářní rok,
- doporučením vydaným orgány státní správy na centrální či regionální úrovni.

3.3 Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování

3.3.1 Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování

Jak již bylo zmíněno, prošel zdravotnický systém v České republice za posledních dvacet let výraznými změnami. Zejména v počátku období změn byl výrazně potlačován princip kvality poskytovaných služeb. Po roce 1989 byly zrušeny normy a vnitřní předpisy upravující postupy poskytování zdravotní péče. Kvalita začala být individuální záležitostí každého zdravotnického zařízení, nastavení úhradových mechanismů zdravotních pojišťoven neřeší problematiku kvality poskytovaných služeb.

Po vstupu České republiky do Evropské unie si mnozí zřizovatelé zdravotnických zařízení a také samotní poskytovatelé zdravotnických služeb začali výrazně uvědomovat nezbytnost poskytování kvalitních zdravotnických služeb.

Prostřednictvím kvalitních služeb může být:

- zvyšován zájem o konkrétní zdravotnické zařízení,
- díky správnému nastavení postupů a procesů může dojít ke zvýšení efektivity provozu zdravotnického zařízení.

Definice kvality pro potřeby realizace zdravotní politiky:

Světová zdravotnická organizace v roce 1966 definovala kvalitu jako souhrn výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe.

Může však být použita také jednoduchá definice, kdy kvalitou je rozuměno dělat správné věci správným způsobem.

Jedná se tedy o proces, který hledá a analyzuje metody, které vedly k nejlepším výsledkům a snaží se je aplikovat do široké medicínské praxe.

Kvalita zdravotní péče a její dosahování začalo být aktuální v USA v 70. letech minulého století a v západní Evropě v 80. letech minulého století. Důvodem byla především snaha o zpomalení růstu výdajů na zdravotnictví.

V oblasti kvality zdravotní péče vyvstávají otázky:

- ekonomické efektivity,
- medicínské účelnosti, dostupnosti,
- bezpečnosti a v neposlední řadě přijatelnosti péče pro pacienty a společnost.

Kvalita zdravotní péče, která byla dříve prosazována a prováděna pouze subjektivním přístupem zdravotnických pracovníků, nyní je formalizována. Formalizace znamená zavádění definovaných cílů a kvantitativních metod do jejího měření.

V České republice se začíná výrazně hovořit o kvalitě zdravotní péče především po roce 2000, a to především z důvodu:

- stanovení standardů jednotlivých komor poskytovatelů,
- stanovení právního rámce,
- neustále se zvyšujícím nákladům na zdravotní péči,
- zvyšující se informovanosti pacientů.

Kvalitní zdravotní péče by měla splňovat tato kritéria:

- vysoká odborná úroveň,
- efektivnost léčby,
- minimalizace rizika pro pacienty,
- zlepšuje zdravotní stav pacienta či ho uzdravuje,
- uspokojuje potřeby pacienta.

V rámci zdravotnického zařízení můžeme rozlišit tyto tři stupně kvality:

- kvalita z hlediska klienta (pacienta) – čekací lhůty, přístup personálu k pacientovi,
- kvalita služeb z hlediska profesionálního – využívání nejnovějších poznatků a postupů při léčbě,
- kvalita z hlediska řízení – nastavení jednotných procesů v rámci celé instituce.

Kvalita zdravotní péče je chápána jako relativní hodnota, nikoliv hodnota absolutní.

Zajištění kvality zdravotní péče je procesem, který se skládá z definování kvality, určení indikátorů, či kritérií struktury, procesu a výsledku péče, specifikace standardizovaných metod pro měření indikátorů a kritérií, institucionalizace a ustanovení programů zajištění kvality, monitorování činností, plánování a implementace intervencí k řešení problémů, vyhodnocení intervencí.

3.3.1.1 Metody měření a kritéria kvality

Základní metody měření kvality jsou:

- statistický přístup,
- sledování jednotlivých případů – probíhající proces léčby apod.

Kritéria stanovená pro měření kvality musí být:

- validní,
- jednoduchá,
- přesně měřitelná,
- opakovatelná,
- musí mít vztah ke kvalitní péči,
- musí popisovat strukturu, proces nebo výsledek.

Kritériem může být např.:

- sledování mortality ve ZZ,
- sledování mortality při určité diagnóze,
- počty komplikací,
- počty reoperací,
- sledování chyb v medikaci,
- sledování délky hospitalizace ve ZZ,
- sledování délky hospitalizace při určité diagnóze apod.

Tato kritéria jsou zpracovávána do celých soustav. Jenom v USA existuje asi 60 soustav sledování kvality. Nejznámějšími soustavami jsou:

- Agency for Healthcare Research and Quality,
- Healthcare Costs and Utility Project.

V České republice je možné data získat především v Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Pro potřeby sledování kvality zdravotní péče můžeme rozdělit jednotlivé ukazatele takto:

- *Strukturální ukazatele:*
 - Kapacitní údaje zařízení – počet lůžek, počet odléčených pacientů, počty zdravotnických pracovníků apod.,
 - Spektrum odborností – zda ve zdravotnickém zařízení je možné poskytovat navazující zdravotní péče na základní lékařské obory,
 - Ekonomické údaje – hospodaření zdravotnického zařízení, náklady na jednoho pacienta, náklady na jedno lůžko apod.,
 - Informace o kvalifikaci odborníků – vzdělanostní struktura pracovníků, počty lékařů s jednotlivými atestacemi apod.
- *Procesní ukazatele:*
 - Časové údaje – počty dnů hospitalizace, čekací lhůty na jednotlivé zákroky apod.,
 - „Nadužívání“ či „Podužívání“ zdravotní péče – jedná se především o stanovení nákladů v rámci jedné odbornosti, v rámci jedné diagnózy apod.
- *Výsledkové ukazatele:*
 - Nemocniční mortalita:
 - Mortalita dle diagnózy,
 - Novorozenecká či kojenecká mortalita,
 - Pooperační mortalita,
 - Pooperační komplikace,
 - Jiné komplikace,
 - Zbytečné hospitalizace,
 - Rehospitalizace v daném časovém období,
 - Míra dvouletého, pětiletého či desetiletého přežití po stanovení dané diagnózy apod.
- *Ukazatele sledování lidského faktoru – výsledek tohoto faktoru je naprosto nežádoucí a neomluvitelný:*
 - Chyba v medikaci – záměna léku, záměna dávky,

- Operační výkon na nesprávné straně,
- Dehydratace vzniklá v nemocnici,
- Podání léku i přes známost vzniku alergické reakce,
- Cizí těleso ponechané v ráně apod.

Jednotliví účastníci systému poskytování zdravotní péče by se měli zabývat vytvořením plnohodnotných standardů. **Standardem** rozumíme přesně učenou kvantitativní úroveň, která je v dané době považována za výraz dobré kvality péče.

Stanovení standardů a sledování kvality musí probíhat na všech úrovních realizace zdravotní politiky:

- Stát, kraj, komory – např. posuzování stížností pacientů,
- Spojená akreditační komise – stanovení např. kvality ošetrovatelské péče,
- Ministerstvo zdravotnictví – v minulosti vytvořena Komise pro kvalitu zdravotní péče,
- Národní referenční centrum – instituce založená zdravotními pojišťovnami, shromažďující údaje o léčení pojištěnců, nákladech na toto léčení, délky léčení apod.,
- Centrum pro kvalitu a akreditaci v rámci Státního zdravotního ústavu,
- Na úrovni zdravotnického zařízení – komise pro kvalitu péče, styčný pracovník pro vytvoření systému dodržování a vyhodnocování kvality.

Kvalita zdravotnických služeb bude nabývat na významu, jestliže:

- se bude zvyšovat zájem institucí o tuto problematiku – komory, Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny,
- se bude zvyšovat zájem poučených pacientů,
- se bude zvyšovat počet stížností a počty soudních sporů.

3.3.1.2 Kvalita zdravotní péče v nemocnici

Ministerstvo zdravotnictví věnuje mimořádnou pozornost přípravě opatření, která efektivně podporují růst kvality zdravotní péče. Jedním z nich je systematické měření kvality prostřednictvím spokojenosti pacientů ve fakultních nemocnicích na celém území České republiky. Tato metodika je výsledkem projektu Kvalita Očima Pacientů, v rámci kterého byly mj. zpracovány výsledky výzkumu, ve kterém odpovídalo více než 30 tisíc pacientů takřka ve všech velkých nemocnicích řízených ministerstvem.

Metodika je založena na měření spokojenosti pacientů metodou sociologického výzkumu na reprezentativních (statisticky dostatečně velkých) vzorcích hospitalizovaných pacientů. Dotazník je výsledkem dlouhodobého vývoje a ve všech zdravotnických zařízeních se používají stejné otázky. Pacient se v nich vyjadřuje k následujícím osmi oblastem důležitým pro jeho spokojenost a pro hodnocení kvality zdravotní péče. Proto se této metodě někdy říká také „metoda osmi dimenzí“. Osm dimenzí kvality zdravotní péče:

- Přijetí pacienta do nemocnice,
- Respekt, ohled, úcta k pacientovi,
- Koordinace a integrace péče o pacienta,
- Informace, komunikace a edukace (poučení pacienta),
- Tělesné pohodlí pacienta v nemocnici,
- Citová opora a zmírnění strachu a úzkosti pacienta,
- Zapojení rodiny a přátel do léčby pacienta,
- Propuštění z nemocnice a následná péče o pacienta.

Každé výše uvedené hodnocení spokojenosti se vyhodnocuje za různě velkou oblast hodnocených organizačních jednotek:

- hodnocení každé jednotlivé stanice nemocnice,
- hodnocení kliniky nebo oddělení, které zahrnuje hodnocení všech stanic,
- hodnocení celé nemocnice, které sdružuje hodnocení všech stanic, oddělení a klinik,
- hodnocení vyšší skupiny (např. celého kraje nebo všech nemocnic řízených ministerstvem zdravotnictví), která sdružuje hodnocení všech nemocnic, které do dané skupiny patří.

4 Základy finančního řízení ve zdravotnických zařízeních

Každá nemocnice, ústav nebo ordinace lékaře potřebuje pro svůj provoz určitý kapitál, který má při správném využití schopnost produkovat více, než byla počáteční hodnota vkladu. Záleží proto na managementu, zda efektivně využívá veškeré zdroje, provádí diagnózu stavu ekonomického subjektu a zaměřuje se na obnovu resp. rozvoj aktiv.

Finanční řízení se v minulých desetiletích soustředilo na nástroje sloužící manažerům k řešení problémů řízení pohybu pracovního kapitálu a finanční analýzu spočívající v rozboru obsahu a vazeb v rámci finančních výkazů. V současné době zahrnuje i oblast rozpočetnictví a plánování zdrojů. Základním cílem ekonomických aktivit je obvykle zvýšení tržní hodnoty ekonomického subjektu, což se posuzuje za delší časové období. Úkolem zdravotnických zařízení je především poskytovat zdravotní péči, ovšem ekonomická kritéria jsou sledována podobně jako v podnikatelských subjektech.

Management se zaměřuje na přijetí správných investičních rozhodnutí v rámci jednotlivých investičních záměrů nebo na posouzení a optimální využití položek aktiv. Pro tato rozhodování je charakteristické, že mohou zahrnovat řadu variant, u kterých je potřebné vyhodnocovat jejich efekty. Další sledovanou oblastí je např. poměr mezi vlastním a cizím financováním.

Při posuzování efektu ekonomických činností vycházíme z účetnictví. Základní informace pro finanční analýzu čerpá každá účetní jednotka ze svých účetních výkazů, které jsou podle ustanovení § 18 odst. 1 zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, tvořeny rozvahou, výkazem zisku a ztráty a přílohou. Příloha může obsahovat výkaz o změnách vlastního kapitálu nebo výkaz o peněžních tocích (cash-flow). Struktura těchto výkazů je dána příslušnou prováděcí vyhláškou (podle typu účetní jednotky – např. a. s., s. r. o., příspěvková organizace).

Zdravotnická zařízení jsou členěna podle ÚZIS a skupiny zdravotnických zařízení zahrnují: nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, hospice, další lůžková zařízení, vybraná zařízení ambulantní péče, střediska záchranné služby, zařízení hygienické služby. Skupina Ostatní zařízení sdružuje vybrané skupiny druhů zdravotnických zařízení (kojenecké ústavy, dětské domovy, účelové instituce MZ - ÚZIS ČR, SZÚ apod.). Nejvýznamnější skupinou jsou nemocnice, které se člení podle zřizovatele a dále podle velikosti určené počtem lůžek.

Podle zřizovatele byly v roce 2011 nemocnice rozděleny do 5 základních skupin:

- I. řízené Ministerstvem zdravotnictví (MZ),
- II. krajské (zahrnující pouze příspěvkové organizace),
- III. obecní a městské (s formou hospodaření typu příspěvkové organizace),
- IV. řízené jinou právnickou osobou a církevní (v jejím rámci je zvláště vyčleněna skupina nemocnic ve 100% vlastnictví krajských či městských úřadů),
- V. nemocnice ostatních centrálních orgánů.

Budou-li v nemocnici začleněna zařízení stejného nebo jiného druhu (léčebna dlouhodobě nemocných, kojenecký ústav, apod.), údaje se budou promítat do účetní závěrky za celý subjekt.

Kromě účetní závěrky mají zdravotnická zařízení povinnost vykazovat další údaje, a to z ekonomické oblasti např. ty, které jsou obsaženy v Pololetním výkazu o ekonomice zdravotního zařízení⁵ nebo v Ročním výkazu o ekonomice nestátního ambulantního zařízení. To v důsledku vede k nutnosti

⁵ Tento výkaz respektuje možnost některých subjektů vést daňovou evidenci nebo účetnictví, v dalším textu předpokládáme, že se jedná o účetní jednotku podle §1 odst. 2 zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.

rozlišovat náklady a výnosy v odpovídajícím druhovém členění (např. rozlišit náklady na léčiva a náklady na zdravotnické prostředky nebo na straně výnosů rozlišovat výnosy mimo zdravotní pojištění (plynoucí od tuzemců i cizinců). Náklady a výnosy se zařazují podle druhů na základě platné metodiky (např. metodiky Všeobecné zdravotní pojišťovny).

4.1 Finanční analýza

Manažeři využívají finanční analýzu nejen pro krátkodobé, ale především pro dlouhodobé finanční řízení, protože posouzení současného stavu finančního postavení organizace je důležité pro prognózu dalšího vývoje. Kromě údajů z finančního účetnictví prostřednictvím finančních výkazů (rozvahy, výkazu zisku a ztráty a přehledu o peněžních tocích - cash-flow). Dále lze využít další údaje, např. z vnitropodnikového účetnictví nebo ze statistik Českého statistického úřadu, ÚZIS a dalších.

Uspokojivá finanční situace bývá často označována pojmem „**finanční zdraví**“ (organizace, podniku). Účelem finanční analýzy je celkově vyjádřit a posoudit finanční situaci a hospodaření ekonomického subjektu, případně při podrobnější analýze zhodnotit některou ze složek finančního hospodaření. Finanční zdraví podniku lze posuzovat např. na základě likvidity, tedy schopnosti organizace hradit včas své závazky, nebo také podle schopnosti podniku naplňovat smysl své existence, což u podniků znamená dosahovat trvale takové míry zhodnocení vloženého kapitálu (míry zisku), která je požadována investory vzhledem k výši rizika, s jakým je příslušný druh podnikání spojen. U zdravotnických zařízení vzhledem k jejich poslání by druhé kritérium nemělo být prioritní.

Finanční analýza se využívá ve dvou oblastech:

1. **vnitřní**, která slouží k:

- zjištění likvidity organizace,
- zevrubnému zhodnocení minulých výsledků,
- zjištění, zda organizace je schopna využít a splatit nové cizí zdroje (úvěr, půjčku),
- posouzení, zda zatížení organizace dodatečnými náklady bude přiměřené,

2. **vnější**, která slouží k:

- určení a vyhodnocení kredibility organizace (pro banku),
- určení a vyhodnocení investičního potenciálu (pro investora).

Finanční analýza je pro finanční řízení organizace velmi důležitá, ovšem je otázkou, zda mají vypočtené hodnoty finančních ukazatelů vždy dostatečnou vypovídací schopnost a zda jsou správně interpretovány. Někdy není při samotné analýze dostatek údajů potřebných k provedení relevantních výpočtů, někdy chybí informace potřebné ke správnému výkladu zjištěných výsledků. Ke zkreslení může docházet ze strany analytika i ze strany hodnoceného subjektu.

4.1.1 Fundamentální a technická analýza

K hodnocení hospodářských jevů existují v oblasti analýzy dva přístupy – fundamentální a technická analýza.

Fundamentální analýza ve výrazně větší míře používá kvalitativní údaje, je založena na zkušenostech a subjektivních odhadech expertů-analytiků a vyžaduje rozsáhlé znalosti vzájemných souvislostí mezi ekonomickými a mimoekonomickými jevy. Pokud se využívají kvantitativní informace, jsou závěry zpravidla odvozovány bez použití algoritmizovaných postupů.

Technická analýza naopak používá především matematických, statistických a dalších algoritmizovaných metod ke kvantitativnímu zpracování ekonomických dat s následným (kvalitativním) ekonomickým posouzením výsledků.

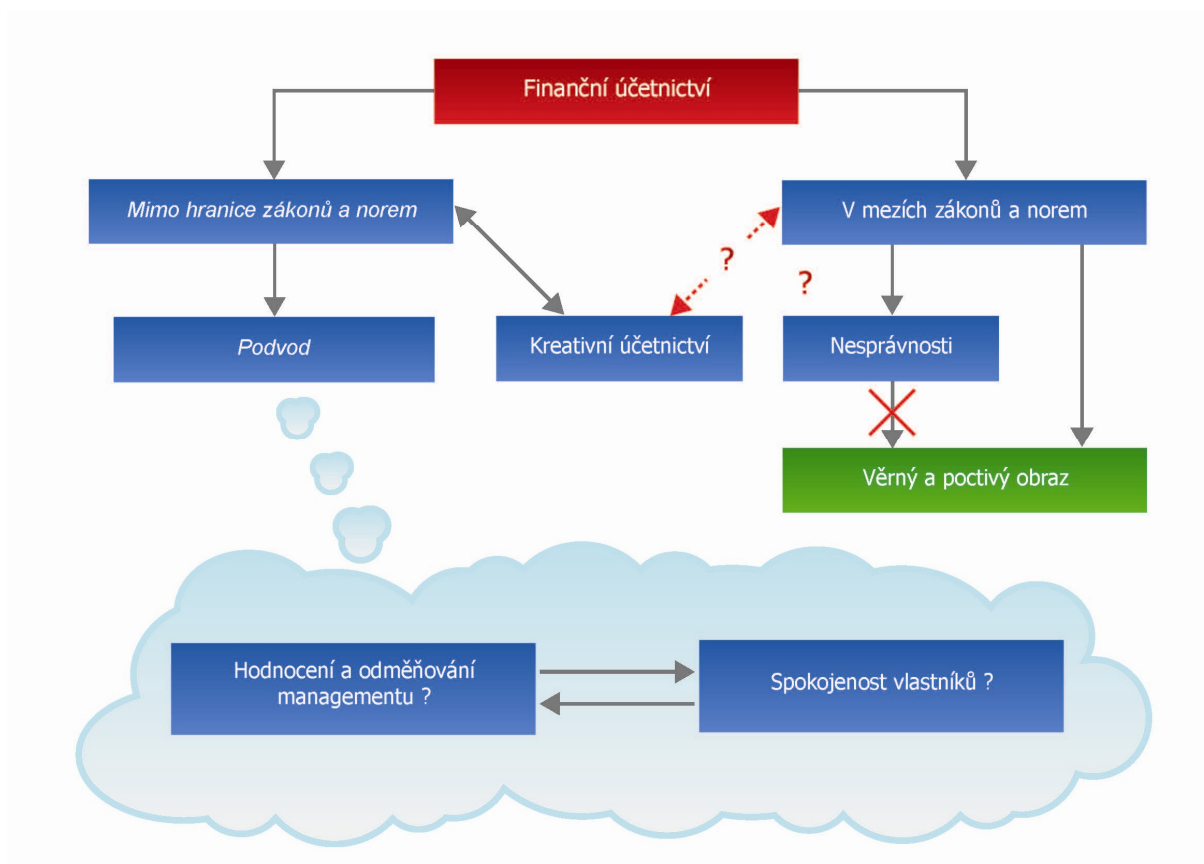
Postup finanční technické analýzy je rozložen do následujících etap:

- a) Výpočet ukazatelů – volba typu a struktury ukazatelů je závislá na cíli finanční analýzy, tato etapa také zahrnuje přípravu dat a ukazatelů, jejich výpočet a posouzení dosažené hodnoty vzhledem k požadované.
- b) Srovnání hodnot s odvětvovými průměry nebo jinými benchmarky.
- c) Výběr metody pro hodnocení ukazatelů a výpočet relativní pozice organizace (komparativní analýza).
- d) Analýza časových trendů – hodnocení poměrových ukazatelů v čase.
- e) Analýza vztahů mezi ukazateli pomocí pyramidové soustavy.
- f) Návrh na opatření ve finančním plánování a řízení.

K interpretaci a vysvětlení získaných údajů používáme:

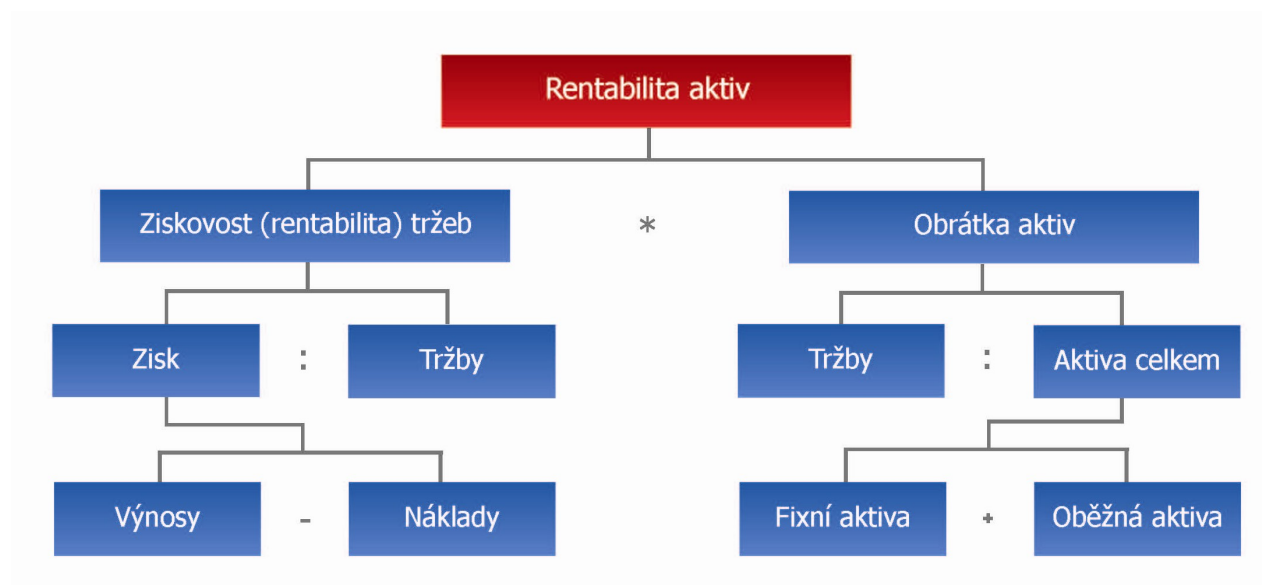
- **trendovou analýzu** – ukazatel se posuzuje pomocí časové řady (sestavíme časovou řadu a popisujeme vývoj v minulosti, resp. predikujeme budoucí vývoj),
- **procentní analýzu** – udává poměr ukazatele na celkové hodnotě,
- **komparaci získaného ukazatele** s jiným údajem (z organizace se stejným předmětem činnosti, s odvětvovým průměrem nebo s jinou průměrnou hodnotou, která je považována za dobrou).

Obrázek 3: Zkreslování účetních informací



Zdroj: vlastní archiv autorů

Obrázek 2: Rozklad ukazatele ROA



Zdroj: vlastní archiv autorů

4.2 Metody a klasifikace ukazatelů finanční analýzy

Metody finanční analýzy lze rozdělit do dvou základních skupin, a to na metody elementární a vyšší. Mezi elementární metody finanční analýzy patří:

- **analýza absolutních ukazatelů** (vycházíme přímo z údajů finančních výkazů – např. aktiva celkem, vlastní kapitál, výše pohledávek, výše závazků, tržby, náklady apod.),
- **analýza rozdílových ukazatelů** (jsou rozdílem dvou absolutních ukazatelů – např. zisk = výnosy – náklady, čistý pracovní kapitál = oběžná aktiva – krátkodobé cizí zdroje),
- **analýza poměrových ukazatelů** (jsou vyjádřeny poměrem dvou ukazatelů) – tato analýza je základním metodickým nástrojem, je nejčastěji využívána a poměrových ukazatelů existuje velké množství – proto se sdružují do skupin, přičemž každá skupina se váže k některému aspektu finančního stavu podniku. Jedná se obvykle o tyto skupiny ukazatelů: ukazatele rentability (ziskovosti), ukazatele aktivity, ukazatele zadluženosti, ukazatele likvidity, ukazatele kapitálového trhu.
- **analýza soustav ukazatelů** – jedná se o pyramidové rozklady nebo o indikátory budoucí finanční tísně.

Mezi vyšší metody finanční analýzy patří např. **matematicko-statistické metody** (bodové odhady, statistické testy odlehklých dat, empirické distribuční funkce, korelační koeficienty, regresní modelování, autoregresní modelování, analýza rozptylu, faktorová analýza, robustní matematicko-statistické postupy), **nestatistické metody** (metody založené na teorii matných „fuzzy“ množin, metody formální matematické logiky, expertní systémy, neuronové sítě a další).

V tomto textu se zaměříme pouze na elementární metody finanční analýzy, a to zejména na poměrové ukazatele.

4.2.1 Poměrové ukazatele

Poměrové ukazatele jsou definovány jako poměr dvou ukazatelů (nebo dvou skupin ukazatelů), mezi nimiž existují, co do obsahu, určité souvislosti. Vyhodnocují se porovnáváním s údaji konkurenčních organizací, s odvětvovými průměry vybraných poměrových ukazatelů nebo samostatně.

Základní skupiny lze charakterizovat takto:

- **ukazatele rentability** (profitability ratios) – poměřují zisk s jinými veličinami,
- **ukazatele aktivity** (asset utilization ratios) – jedná se o ukazatele relativní vázanosti kapitálu v jednotlivých formách aktiv, např. ukazatele doby obratu zásob, pohledávek, vázanosti dlouhodobého majetku aj.,
- **ukazatele zadluženosti** (debt ratios) – posuzují finanční strukturu ekonomického subjektu z dlouhodobého hlediska (vyjadřují míru rizika používání kapitálu, ale i schopnost organizace znásobit své zisky využitím cizího kapitálu),
- **ukazatele likvidity** (liquidity ratios) – vyjadřují schopnost organizace hradit promptně své splatné závazky (krátkodobé závazky),
- **ukazatele kapitálového trhu** (investment ratios) – zabývají se hodnocením činnosti z hlediska zájmů současných a budoucích akcionářů.

4.2.1.1 Ukazatele rentability (ziskovosti, výnosnosti)

Obecně se rentabilita označuje jako **ukazatel rentability vloženého kapitálu** (Return on Investment – ROI).

$$\text{ROI} = \frac{\text{Zisk}}{\text{Vložený kapitál}}$$

Rentabilitu (výnosnost) vloženého kapitálu je možné charakterizovat jako měřítko schopnosti organizace vytvářet nové zdroje a dosahovat zisku použitím investovaného kapitálu.

Vložený kapitál (jmenovatel zlomku) lze definovat různě, čímž dostáváme další ukazatele:

rentabilita celkového vloženého kapitálu (Return on Assets – ROA):

$$\text{ROA} = \frac{\text{Zisk}}{\text{Celková aktiva}}$$

rentabilita vlastního kapitálu (Return on Equity – ROE):

$$\text{ROE} = \frac{\text{Zisk}}{\text{Vlastní kapitál}}$$

rentabilita vloženého kapitálu

$$\text{ROCE} = \frac{\text{Zisk}}{\text{Dlouhodobý kapitál}}$$

Čitatelem zlomku může být:

- zisk před odečtením úroků a daně z příjmů (Earnings before Interest and Taxes – EBIT),
- zisk před zdaněním (Earnings before Tax – EBT),
- čistý zisk po zdanění,
- zisk po zdanění zvýšený o nákladové úroky, respektive o zdaněné úroky.

Ukazatele rentability však zahrnují i takové, u kterých je ve jmenovateli jiný ukazatel než kapitál – např. **rentabilita tržeb** (Return of Sales) je dána poměrem:

$$\text{ROS} = \frac{\text{Zisk}}{\text{Tržby}}$$

a vyjadřuje ziskovou marži. Zisk v ukazateli je nejčastěji v podobě zisku po zdanění nebo EBIT a ukazatel by měl mít v časové řadě rostoucí trend.

Doplňkovým ukazatelem k rentabilitě tržeb je **ukazatel nákladovosti**:

$$\text{Nákladovost} = \frac{\text{Náklady}}{\text{Tržby}}$$

Můžeme rozlišovat i několik dílčích nákladovostí podle druhů nákladů.

4.2.1.2 Ukazatele aktivity

Ukazatele aktivity měří schopnost organizace využívat vložených prostředků (hodnota těchto ukazatelů se vyjadřuje v jednotkách času den, měsíc, rok). Tyto ukazatele zahrnují vlastně dvě skupiny ukazatelů, které můžeme charakterizovat jako obrat nebo doba obratu. Mezi základní ukazatele aktivity patří následující:

Doba obratu zásob (Inventory Turnover) vyjadřuje počet dnů, po které je kapitál vázán v určité formě zásob, tedy za jakou dobu se peněžní fondy transformují přes formu zásob zpět na peněžní.

$$\text{Doba obratu zásob} = \frac{\text{Průměrné zásoby}}{\text{Tržby}/360}$$

Doba obratu (splatnosti) pohledávek (Average Collection Period) vyjadřuje dobu existence kapitálu ve formě pohledávek, což je vlastně prodej na obchodní úvěr, protože organizace čeká na platbu od svých odběratelů. Do ukazatele se dosazují průměrný stav pohledávek a průměrné denní tržby. Prodloužení doby inkasa pohledávek představuje možné zvýšení nákladů v případě, kdy by organizace byla nucena vzít si úvěr.

$$\text{Doba obratu pohledávek} = \frac{\text{Průměrný stav pohledávek}}{\text{Tržby}/360}$$

Podobně můžeme vyhodnotit ukazatel **doba obratu závazků** – vyjadřuje dobu od vzniku závazku do doby jeho zániku (úhrady). Tento ukazatel by měl dosahovat stejné nebo vyšší hodnoty než doba obratu pohledávek a ve zdravotnických zařízeních je tato podmínka dodržována.

$$\text{Doba obratu závazků} = \frac{\text{Průměrný stav (krátkodobých) závazků}}{\text{Tržby}/360}$$

Je-li součet doby obratu zásob a doby obratu pohledávek menší než doba obratu závazků, znamená to, že dodavatelské úvěry pohledávky i zásoby financují a navíc jsou krátkodobé závazky levným zdrojem financování. Na druhé straně, pokud financují dlouhodobý majetek, vzrůstá riziko platební neschopnosti.

4.2.1.3 Ukazatele zadluženosti

Ukazatele zadluženosti se využívají pro posouzení struktury kapitálu vůči struktuře majetku, protože analýza zadluženosti pomáhá zjistit, pomocí jakých zdrojů a v jaké výši financuje organizace svá aktiva. Zadluženost je tedy vyjádřením skutečnosti, že organizace používá k financování svých aktiv a činnosti cizí zdroje (dluh). Základní ukazatele se vyjadřují následovně:

Míra zadluženosti (nazývaná také finanční páka) působí pozitivně, pokud cena úročených cizích zdrojů je menší než výnosnost vloženého kapitálu (ROCE).

$$\text{Míra zadluženosti} = \frac{\text{Cizí zdroje}}{\text{Vlastní kapitál}}$$

Celková zadluženost by neměla přesáhnout hodnotu 0,60 (což představuje 60 % dluhů z celkového kapitálu), ovšem záleží na situaci v oblasti ekonomických aktivit (ve zdravotnictví se situace nevyvíjí příliš příznivě). Čím vyšší je celková zadluženost, tím vyšší je riziko věřitelů a akcionářů.

$$\text{Celková zadluženost} = \frac{\text{Cizí zdroje}}{\text{Aktiva celkem}}$$

Ukazatele zadluženosti bývají kritizovány, že opomíjí úroky placené z dlouhodobých úvěrů (protože úroky jsou zahrnovány do nákladů, nikoli do cizích zdrojů). Tento nedostatek odstraňuje **ukazatel úrokového krytí**, který vyjadřuje, kolikrát zisk převyšuje placené úroky (doporučená hodnota: minimálně 6 krát). V čitateli se uvádí pouze provozní hospodářský výsledek, nikoli celkový (který je součtem provozního, finančního a mimořádného hospodářského výsledku), protože úvěr by měl být splacen právě z výsledku provozních aktivit.

$$\text{Ukazatel úrokového krytí} = \frac{\text{Provozní hospodářský výsledek}}{\text{Nákladové úroky}}$$

4.2.1.4 Ukazatele likvidity

Likvidita je spojena se schopností organizace hradit své závazky, a to v návaznosti na druhy majetku, kterými může být dluh zaplacen. Také se uvádí, že likvidita je schopnost podniku získat prostředky pro úhradu závazků přeměnou složek majetku do hotovostní formy, ovšem s různou mírou obtížnosti (a tu vyjadřuje likvidnost). Zmiňme ještě jeden pojem, který se často objevuje, a to solventnost. Organizace je solventní, pokud je schopna hradit dluhy v okamžiku jejich splatnosti hotově. Podmínkou solventnosti je tedy likvidita. Rozlišuje se běžná likvidita, pohotová likvidita a okamžitá likvidita.

Běžná likvidita (Current Ratio) udává, kolikrát je organizace schopna uspokojit své věřitele v okamžiku, kdy promění svá veškerá oběžná aktiva v hotovost.

$$\text{Běžná likvidita (likvidita III. stupně)} = \frac{\text{Oběžná aktiva}}{\text{Krátkodobé cizí zdroje}}$$

Platí, že čím vyšší je hodnota ukazatele, tím je obecně pravděpodobnější zachování platební schopnosti organizace, doporučená hodnota běžné likvidity je v rozmezí 1,5 až 2,5.

Pohotová likvidita (Quick Asset Ratio) – v čitateli jsou z oběžných aktiv vyloučeny zásoby, jedná se tedy o součet krátkodobých pohledávek a krátkodobého finančního majetku:

$$\text{Pohotová likvidita (likvidita II. stupně)} = \frac{\text{Oběžná aktiva - zásoby}}{\text{Krátkodobé cizí zdroje}}$$

Doporučená hodnota ukazatele je v rozmezí 1 až 1,5.

Okamžitá (momentální, hotovostní) likvidita (Cash – position Ratio) využívá v čitateli pouze krátkodobý finanční majetek (zahrnující především peníze v pokladně a na bankovních účtech, případně jiné formy krátkodobého finančního majetku).

$$\text{Okamžitá likvidita (I. stupně)} = \frac{\text{Krátkodobý finanční majetek}}{\text{Krátkodobé cizí zdroje}}$$

Tento ukazatel měří nejpřísněji schopnost organizace hradit právě splatné závazky, doporučená hodnota je 0,5.

Ukazatele kapitálového trhu nejsou pro zdravotnické organizace významné, protože se vztahují k subjektům, jejichž akcie jsou obchodovány na kapitálovém trhu. Pro zajímavost a úplnost můžeme zmínit alespoň jeden ukazatel, a to P/E ratio (Price/Earning ratio).

$$\text{P/E ratio} = \frac{\text{Tržní cena (hodnota) akcie}}{\text{Zisk na akcii}}$$

Tento ukazatel vyjadřuje rizikovost akcie nebo malý růstový potenciál akciové společnosti, je-li jeho hodnota nízká. Uvádí se v burzovních zprávách.

4.3 Soustavy ukazatelů a pyramidové rozklady

Jednotlivé poměrové ukazatele je nutné třídít, vzájemně propojovat a vyhodnocovat nejen jednotlivě, ale i společně – vytvářejí se systémy ukazatelů. Může se jednat o vytvoření tzv. syntetického ukazatele, který posuzuje organizaci pomocí dílčích (analytických) ukazatelů nebo se může jednat o rozklad jednoho (tzv. vrcholového) ukazatele do více úrovní (potom hovoříme o pyramidových soustavách ukazatelů). Společným základem většiny těchto přístupů je použití určitého počtu poměrových ukazatelů a agregace hodnot těchto ukazatelů do jediné číselné veličiny, charakterizující souhrnně finanční situaci podniku.

Velmi často používanými jsou pyramidové rozklady ROE nebo ROA. Ukazatel ROE je rozložen pomocí součinu tří dílčích ukazatelů: ziskové marže, obratu celkových aktiv a finanční páky.

$$\text{ROE} = (\text{čistý zisk} / \text{tržby}) * (\text{tržby} / \text{celková aktiva}) * (\text{celková aktiva} / \text{vlastní kapitál})$$

Vynásobením ziskové marže a obratu celkových aktiv vlastně získáváme ukazatel ROA, jehož rozklad je patný z obrázku 2, který je součástí obrazové přílohy na straně 44. Následně můžeme na další, nižší úrovni sledovat, jak k celkové hodnotě ukazatele ROE přispívají zisk, tržby a celková aktiva. Půjdeme-li ještě o úroveň níže, můžeme hodnotit výši výnosů a nákladů nebo strukturu celkových aktiv. Počet úrovní pro analýzu není určen, takže lze pokračovat klíčováním jednotlivých nákladů, výnosů, majetku i zdrojů.

4.3.1 Ukazatele ve zdravotnictví

Rámec hospodaření nemocnic tvoří úhradové vyhlášky. Pro rok 2011 se jednalo o vyhlášku MZ ČR č. 396/2010 Sb., která v ustanoveních § 1 a návazně v § 3, odst. 1 a v přílohách č. 1 a 9 určila způsob úhrady nemocniční péče. Paušální úhrada byla stanovena ve výši 98 % úhrady referenčního období, kterým je rok 2009, pokud nemocnice splnily vyhláškou stanovené podmínky. Nad rámec paušální úhrady poskytovaly jednotlivé zdravotní pojišťovny platby vymezené jejich vnitřními předpisy.

Pro zdravotnictví je typické odlišné sledování druhů nákladů a výnosů (viz tabulky 1 a 2), a to v návaznosti na Pololetní výkaz o ekonomice zdravotnického zařízení nebo na Roční výkaz o ekonomice nestátního ambulantního zařízení.

4.3.2 Benchmarking jako nástroj porovnávání

Benchmarking lze popsat jako systematický a nepřetržitý proces měření a porovnávání produktů, procesů a metod vlastní organizace s těmi, které dosahují takových výsledků, že pomohou ke zlepšování vlastních aktivit. Není přísně uzavřeným procesem či metodikou, která by měla jednoznačně definovaná pravidla a postupy.

Metodika benchmarkingu je tedy založena na srovnávání vlastní organizace se špičkovou organizací v daném oboru. Není-li možné srovnání se špičkovou organizací v daném oboru, lze srovnávat na základě průměrných hodnot ukazatelů v daném oboru.

Informace potřebné pro porovnávání stavu vlastní organizace ve vztahu k jiným lze nalézt např. v publikaci Ekonomické výsledky nemocnic 2011 (ÚZIS), kde jsou z příslušného výkazu použity údaje o nákladech, výnosech, hospodářském výsledku, nákladové rentabilitě, o závazcích a pohledávkách

z obchodního styku, úvěrovém zatížení a dlouhodobém majetku. Data jsou uvedena v absolutních hodnotách i ve strukturním procentním vyjádření. Ukazatele jsou prezentovány za aktuální období (tj. od počátku roku k 31. 12. 2011) nebo ve víceletém vývoji či meziročním srovnání. ÚZIS ČR navíc využil další informační zdroje, a to: Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva financí ČR, Českého statistického úřadu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv, Všeobecné zdravotní pojišťovny a ostatních zdravotních pojišťoven a mezinárodního srovnání databáze OECD Health Data a Eurostatu.

V tabulkách 3 a 4 jsou jako příklad uvedeny náklady a výnosy nemocnic a lze např. porovnat (pomocí procentní analýzy), zda konkrétní nemocnice dosahuje stejnou strukturu nákladů a výnosů nebo zda se odlišují pozitivně či negativně.

Tabulka 3: Vývoj nákladů nemocnic v letech 2008 – 2011

	2008	2009	2010	2011
Náklady celkem v mil. Kč	112 089	123 235	126 750	130 005
Léčiva (v %)	11,9	12,0	12,4	23,3
Zdravotnické prostředky (v %)	13,9	14,0	13,9	13,1
Krev a krevní výrobky (v %)	1,2	1,2	1,2	1,1
Osobní náklady (v %)	43,2	43,1	44,6	45,8
Potraviny (v %)	1,0	0,9	0,9	0,8
Spotřeba energie (v %)	3,1	3,0	3,0	2,9
Služby (v %)	7,9	7,9	7,9	7,3
Odpisy (v %)	4,6	4,6	4,5	4,9
Prodané zboží (v %)	-	7,2	6,5	6,1
Ostatní náklady (v %)	13,3	6,1	5,3	5,7

Zdroj: ÚZIS (2011)

Tabulka 4: Vývoj výnosů nemocnic v letech 2008 – 2011

	2008	2009	2010	2011
Výnosy celkem v mil. Kč	112 276	123 845	126 989	130 292
Výnosy od ZP (v %)	81,9	80,7	81,7	81,8
Výnosy od státních orgánů (v %)	0,1	0,1	0,1	0,1
Výnosy mimo zdravotní pojištění - tuzemci (v %)	2,2	1,8	1,8	1,7
Výnosy mimo zdravotní pojištění - cizinci (v %)	0,4	0,3	0,3	0,3
Výnosy z prodaného zboží (v %)	-	7,8	7,1	7,1
Provozní dotace od zřizovatele (v %)	2,0	1,9	2,0	1,7
Ostatní výnosy (v %)	13,5	7,2	7,1	7,4

Zdroj: ÚZIS (2011)

4.4 Finanční plánování

Finanční řízení je také velmi úzce spjata s finančním plánováním, které se zaměřuje na budoucí vývoj organizace, do kterého se promítají také její cíle. Pro správné plánování je nutná nejen znalost současné (výchozí) finanční situace, ale také znalost prostředí a odpovědnost spojená s důsledky učiněných rozhodnutí. V této souvislosti je plánování spojeno s odhalováním a řízením rizik (spočívajících např. v možné změně hodnoty peněžních prostředků v průběhu času nebo změn v oblasti daní, souvisejících s průběhem hospodářského cyklu nebo s odvětvovými vlivy) – není snahou minimalizovat rizika, ale nalézt opatření k jejich řízení nebo k jejich eliminaci. Ve zdravotnictví je toto vzhledem k často se měnícím podmínkám a ke způsobu financování poměrně složité.

Ze strategického hlediska jsou významné informace obsažené v dlouhodobém finančním plánu, který by měl obsahovat:

- analýzu finanční situace,
- plánovou rozvahu a plánovou výsledovku,
- plán peněžních toků,
- plán tržeb vycházející z prognózy a plánu prodeje,
- rozpočet dlouhodobého externího financování a rozpočet investičních výdajů.

Při aktualizaci dlouhodobého plánu v návaznosti na dosažené výsledky za ukončený rok plánovaného období je účelné uplatnit tzv. posuvný způsob sestavování plánu.

Krátkodobý finanční plán musí respektovat dlouhodobé finanční cíle, ovšem musí být především přizpůsoben disponibilním prostředkům organizace. Finanční plány je nutné doplnit detailními propočty, a to dlouhodobý finanční plán rozpočtem investičních výdajů, dlouhodobého finančního investování (případně rozpočtem nákladů na výzkum a vývoj, jedná-li se o specializovaná pracoviště). Krátkodobý plán musí být rozpracován ve více operativních rozpočtech, neboť operativní finanční rozpočet je globálním vyjádřením dílčích operativních rozpočtů v oblasti majetku, finančních zdrojů, cash-flow a investic.

4.5 Etické principy ve finanční oblasti

Etické principy by měly být zakotveny ve všech činnostech a to platí i pro finanční řízení a finanční účetnictví. Ve finančním účetnictví se odrážejí v jeho cíli, kterým je věrné zobrazení reality, vytvoření věrného a poctivého obrazu o účetní jednotce. Informace obsažené v účetních výkazech mohou být zkreslené – ať již neúmyslně nebo s určitým záměrem. Určité zkreslení umožňují legislativní předpisy, navíc může docházet k dalšímu „přizpůsobení“, jak ukazuje obrázek 3, který je součástí obrazové přílohy na straně 44.

Může se jednat o chybně vykázané rezervy, špatně nastavené odpisy, volbu způsobů oceňování zásob při výdeji do spotřeby a další. Taková zkreslení vzniklá v účetnictví se promítají do účetních výkazů. Další chyby mohou vznikat při finanční analýze, kdy se poměrují některé údaje z rozvahy (aktiva a pasiva) s údaji z výkazu zisku a ztráty (výnosy a náklady). V rozvaze jsou však veličiny stavové (vyjádřené k určitému datu), zatímco ve výkazu zisku a ztráty jsou tzv. tokové veličiny, které vyjadřují výsledek dosažený za určitý časový interval (náklady za období, výnosy za období) – a proto se pro lepší vypovídací hodnotu ukazatelů finanční analýzy stavové veličiny průměrují (např. zásoby, výše pohledávek a další).

Úmyslné zkreslování účetnictví bývá spojováno s pojmem kreativní účetnictví. Vždy se jedná o účelovou manipulaci s údaji a takové zneužívání účetnictví má své charakteristické znaky:

- manipulace s účetními údaji s cílem vytvořit účetní výkazy v podobě, která neodpovídá skutečnosti, ale splňuje předem vymezené požadavky tvůrců tohoto procesu,
- uskutečňované ekonomické transakce mají za cíl dosažení příznivých výsledků v účetnictví.

Bohužel techniky kreativního účetnictví mohou být poměrně zřetelné, ale také velmi obtížně odhalitelné.

4.6 Závěr

Výsledky finanční analýzy je proto dobré posuzovat obezřetně. Je nutno eliminovat zkreslující vlivy, důležitá je znalost finančního účetnictví a správná interpretace výsledků a objektivita posuzovatele. Ve všech manažerských analýzách i při všech rozhodováních je nutné uplatňovat podnikatelskou etiku (Business Ethics), jejímž účelem je zavést etické principy do veškerých činností organizace – uplatňováním individuálních, korporativních i společenských norem a hodnot. Úkol podnikatelské etiky spočívá v uvědomění si návazností mezi rozhodnutím, jednáním a odpovědností – proto předmětem zájmu na úrovni organizace je hodnocení cílů, struktury, strategie, podnikové kultury a mikroklimatu nejen z finančního hlediska, ale také z hlediska etických zásad.

5 Lidské zdroje – leadership ve zdravotnictví

Tato kapitola se bude zabývat řízením lidským zdrojů (ŘLZ) ve zdravotnictví, a to v následujících aspektech, jako jsou právní předpisy k problematice ŘLZ ve zdravotnictví, výběr technicko-hospodářských pracovníků (THP) pro zdravotnická zařízení, vedení lidí ve zdravotnických zařízeních, respektive stimulací pracovního výkonu a leadershipem ve zdravotnictví.

5.1 Právní předpisy k ŘLZ ve zdravotnictví

Je potřeba si uvědomit, že asi neexistuje jiná oblast lidské činnosti, která je svázána platnou legislativou, jako je řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. A to jak z hlediska potřebných kompetencí pracovníků ve zdravotnictví, jejich vzdělávání, přijímání, mobility, jejich strukturálního členění atd.

Které právní předpisy z hlediska tématu řízení lidských zdrojů upravují tuto sledovanou oblast? První zmínka by měla v tomto ohledu patřit předpisu č. 2/1992 Sb. o vyhlášení **LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky**, kde se v čl. 28 praví: *„Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky. Podrobnosti stanoví zákon.“*

Dále tak jako v jiných oblastech lidské činnosti zde platí **Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce**, který mimo jiné definuje pracovní poměr, rozvržení pracovní doby, dobu odpočinku, práci přesčas, noční práci, bezpečnost a ochranu zdraví při práci, plat, mzdu, odměnu z dohod, náhrady, dovolenou, péči o zaměstnance, stravování zaměstnanců aj.

Další právní normy týkající se ŘLZ jsou například **Zákon č. 100/1988 o sociálním zabezpečení**, **Zákon č. 2/1991 Sb., o kolektivním vyjednávání**, **Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti**, **Zákon č. 251/2005 Sb. o inspekci práce**, **Zákon č. 187/2006 Sb. o nemocenském pojištění**, **Zákon č. 309/2006 Sb. o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci**, **Nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci**.

Zatím byly zmíněny právní normy platící všeobecně i pro jiné oblasti lidské činnosti než je zdravotnictví. Jaká je však „profesní“ legislativa týkající se ŘLZ ve zdravotnictví? Mezi nejdůležitější takové právní předpisy patří následující:

- **Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře,**
- **Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta,**
- **Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů,**
- **Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydávání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků,**
- **Vyhláška č. 39/2005 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání,**

- Sdělení Ministerstva zdravotnictví č. 275/2007 Sb. o vyhlášení dokladů osvědčujících práva o dosažené kvalifikaci lékaře, farmaceuta, všeobecné sestry a porodní asistentky udělovaných na území členských států Evropské unie,
- Nařízení vlády č. 184/2009 Sb. o stanovení výše úhrad za zkoušky,
- Vyhláška č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů,
- Vyhláška č. 186/2009 Sb. o stanovení postupu při vyhlášení výběrového řízení na rezidenční místo, průběhu výběrového řízení na rezidenční místo a základních kritériích výběru rezidenta,
- Vyhláška č. 187/2009 Sb. o minimálních požadavcích na studijní programy všeobecného lékařství, zubního lékařství, farmacie a na vzdělávací program všeobecné praktické lékařství,
- Vyhláška č. 188/2009 Sb. o atestační zkoušce, aprobační zkoušce a závěrečné zkoušce certifikovaného kurzu a postupu ověření znalosti českého jazyka pohovorem lékařů, zubních lékařů a farmaceutů (o zkouškách lékařů, zubních lékařů a farmaceutů),
- Vyhláška č. 189/2009 Sb. (o zkouškách podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních),
- Nařízení vlády č. 31/2019 Sb. o oborech specializačního vzdělávání a označování odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí,
- Vyhláška č. 255/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků,
- Vyhláška č. 217/2012 Sb. o stanovení seznamu nemocí, stavů a vad, které vylučují nebo omezují způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku.

5.2 Strukturální členění pracovníků ve zdravotnictví

Cílem řízení lidských zdrojů je efektivně naplňovat a udržovat organizační strukturu organizace, tak aby byly naplňovány strategické cíle dané organizace. Nejinak tomu je také ve zdravotnických zařízeních. K tomu, aby bylo možné naplnit výše zmíněný cíl, je nutné lidské zdroje plánovat, neboli najít soulad mezi budoucími potřebami organizace a jejími budoucími disponibilními zdroji.

Personalisté se snaží najít odpovědi na následující otázky typu:

- Kolik pracovníků a s jakou profesí budu potřebovat k naplnění cílů organizace? – tzv. **profesní dimenze**,
- Jakou budou potřebovat jednotlivé profese kvalifikaci? – tzv. **kvalifikační dimenze**,
- Kdy budu tyto pracovníky s danou profesí a kvalifikací potřebovat? – tzv. **časová dimenze**,
- Kde tito pracovníci budou potřeba, na jaké pracovní pozici? – tzv. **organizačně místní dimenze**.

Odpovědi na otázky je možno považovat, viz předešlý text, za čtyři dimenze tzv. strukturálního členění pracovníků. Zde je nutno si opětovně připomenout atypičnost zdravotnických zařízení a právní předpisy zmíněné v předešlé subkapitole tohoto textu. Především zákony č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb., které nám vyhraničují první dvě dimenze strukturálního členění. Defínují u profesní dimenze zdravotnická povolání a podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti (z hlediska ŘLZ kvalifikační dimenze).

Z výše zmíněného vyplývá, že pracovníky zdravotnických zařízení je možno rozdělit podle profesní dimenze například následujícím způsobem:

- lékař, zubní lékař, farmaceut,
- nelékařský zdravotnický personál, a to všeobecná sestra, porodní asistentka, ergoterapeut, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně-sociální pracovník, optometrista, ortoptista, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, nutriční terapeut, ortotik-protetik, zubní technik, dentální hygienistka, zdravotnický záchranář, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, biotechnický asistent, radiologický technik, adiktolog, psycholog ve zdravotnictví, zrakový terapeut, fyzioterapeut, radiologický fyzik, odborný pracovník v odborných metodách, biomedicínský inženýr, odborný pracovník v ochraně a podpoře veřejného zdraví, zdravotnický asistent, laboratorní asistent, ortoticko-protetický technik, asistent zubního technika, dezinfektor, řidič vozidla zdravotnické záchranné služby, ošetřovatel, laboratorní pracovník, masér, zubní instrumentářka, řidič dopravy nemocných a raněných, sanitář a autoptický laborant,
- jiní odborní pracovníci s odbornou způsobilostí – psycholog, logoped, oftalmoped, arteterapeut, pracovní terapeut, sociální pracovník atd.,
- technicko-hospodářští pracovníci – např. účetní, personalista, sekretářka, interní auditor, právník, ekonom atd.,
- dělnické profese zabezpečující provozní chod zdravotnického zařízení – např. elektrikář, kuchař, uklízečka, skladník atd.
- a management – např. manažer kvality, manažer marketingu atd.

Jak již bylo zmíněno na začátku této kapitoly, je personální plánování ve zdravotnických zařízeních odvislé od platných právních předpisů týkajících se této oblasti lidské činnosti. Z důvodu této atypičnosti pro časovou a organizační místní dimenzi si vyberme jen jednu část pracovníků ve zdravotnictví, a to ošetřovatelské pracovníky.

Výše zmíněné dvě dimenze dobře charakterizuje Karla Pochylá, Otakar Pochylý a jejich „**Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.**“

V případě zájmu je možnost ji najít na stránkách České asociace sester na následujícím linku http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf.

5.3 Výběr THP pracovníků pro zdravotnická zařízení

Z hlediska personálního plánování porovnáváme budoucí disponibilní zdroje a budoucí potřeby na pracovní síly pro zdravotnická zařízení. Může vzniknout situace, že máme v určité profesi nedostatek pracovníků. V tu chvíli zdravotnické zařízení má na výběr ze dvou možností. Buď může hledat daného pracovníka ze svých současných pracovníků (tzv. **z vnitřních zdrojů**), nebo na trhu práce (tzv. **z vnějších zdrojů**).

V případě hledání z vnitřních zdrojů může například organizace využít možnosti dalšího **vzdělávání pracovníků** a podle své potřeby pracovníky requalifikovat nebo jim zvyšovat kvalifikaci. Také je zde možnost tzv. **horizontální mobility pracovníků**, což je přesun z jedné organizační jednotky zdravotnického zařízení do druhé organizační jednotky atd. Při těchto možnostech je nutné brát na zřetel platné právní předpisy pro zdravotnický personál. Z tohoto důvodu a pro zjednodušení bude popsán přijímání pracovníků z vnějších zdrojů platné především u THP.

Prvním krokem přijímání nových pracovníků z vnějších zdrojů je tzv. **nábor**, který má za úkol oslovit co největší počet možných uchazečů. Děje se tak pomocí **inzerátu pracovního místa**, který obvykle obsahuje následující údaje, jako je název a adresa zdravotnického zařízení, název pozice (včetně

přechýlení), požadovaná kvalifikace, dovednosti a zkušenosti, popis hlavních povinností, orientační platové podmínky a výhody, příležitosti, výzvy a informace jak, do kdy a kde se na inzerát přihlásit.

Zdravotnické zařízení pro inzerát pracovního místa může využít následující **informační kanály**, jako jsou noviny, časopisy, lokální televizi či rádio, specializované internetové servery, vlastní „www stránky“, burzy práce či oddělení na středních a vysokých školách podporující hledání práce pro absolventy.

Potencionální uchazeči se identifikují nejčastěji pomocí zaslání **vlastního životopisu (CV – Curriculum Vitea) a motivačním dopisem**. Mají také často možnost **vyplnění přihlášek či osobního pohovoru** na oddělení zabývajícím se přijímáním pracovníků.

V této fázi přichází selekce kandidátů o pracovní pozici tzv. **předvýběr**, kde dochází často k **analýze životopisů**, přihlášek a motivačních dopisů. Bývají vyřazeni především ti zájemci o dané pracovní místo, kteří nesplňují očekávané požadavky na kvalifikaci, dovednosti a zkušenosti. Doporučuje se vyřadit všechny, kteří nesplňují alespoň 80 % z očekávaných požadavků.

Po předvýběru přichází již samotná fáze **výběru** mezi uchazeči (**výběrové řízení**). Toto řízení může využít následující **metody výběru**, jako jsou **pohovory (interview)**, **psychologické testy**, **dovedností a technické testy**, **jazykové testy**, **fyzické testy**, **assessment centra („hodnotící střediska“)**, **ověření referencí atd.** **Výběrové řízení v současné době bývá vícekolové a na jeho konci je vybrán obvykle jeden uchazeč o pracovní pozici.** V některých případech je vybráno více uchazečů a daná organizace se rozhoduje, kdo z uchazečů bude pro ni pracovat v tzv. **zkušební době**.

Na základě výsledků výběrového řízení je nejlepší kandidát osloven a je mu nabídnut pracovní poměr. Je na jeho zvážení, zda ho přijme či ne. **Pracovní poměr** je obvykle založen na základě **uzavření pracovní smlouvy** nebo u **vedoucích funkcí jmenováním**.

Po přijetí nového pracovníka a jeho nástupem do zdravotnického zařízení nastává tzv. **adaptace zaměstnance** neboli jeho zapracování. Adaptaci je možno rozlišit na **pracovní** a **sociální**. Adaptace zaměstnanců často probíhá **adaptačním programem** či pomocí tzv. **patronů** (zkušení pracovníci, kteří mají „nováčka na starosti“).

5.4 Vedení lidí

V poslední subkapitole věnované lidským zdrojům se budeme věnovat **vedení lidí**. Jedná se o manažerskou funkci, kterou lze chápat jako **proces, při kterém manažer ovlivňuje své podřízené takovým způsobem, aby byly naplněny cíle zdravotnického zařízení a jeho jednotlivých součástí**.

Vedení lidí je spojováno se stimulací pracovního výkonu, s motivačními teoriemi, leadershipem a také s jednotlivými styly vedení. Jak přistupují tedy vedoucí pracovníci k vedení lidí? Jednotlivé přístupy jsou označovány jako styly vedení lidí a existují jejich následující okruhy:

- **autokratický okruh** – tento okruh je charakteristický uplatňováním vůle vedoucího pracovníka bez ohledu na názory a postoje jeho podřízených, má tři styly vedení lidí, a to **autokratický styl, autoritativní styl, diktátorský styl**,
- **demokratický okruh** – je charakteristický oboustrannou komunikací mezi vedoucím pracovníkem a jeho podřízenými, vytvářením prostoru pro samostatné rozhodování podřízených při dodržení předem stanovených pravidel, okruh má následující styly vedení lidí, a to **demokratický styl, participační styl**,
- **liberální okruh** – je charakteristický slabým postavením vedoucího pracovníka vůči jeho podřízeným, může hraničit na pracovištích i s možnou formou anarchie, okruh má tři styly vedení lidí, a to **liberální (liberalistický) styl, pasivní styl, laissez - faire (styl)**.

Z hlediska vedení lidí ve zdravotnickém zařízení je nutné si uvědomit, že zde existuje tzv. **„vícekolejnost vedení“**. Ta je dána podle Vlčka vysokou mírou specializace zdravotnických profesí. Tento autor dále uvádí, že ve zdravotnických zařízeních **„je obvyklé, že každý zdravotník je veden jiným pracovníkem po stránce organizační a jiným po stránce odborné (například sestra na klinickém**

oddělení je podřízena primáři, ale metodicky je vedena hlavní sestrou, přímý dohled nad ní vykonává vrchní nebo staniční sestra).“

5.4.1 Motivace pracovníků

Jak již bylo výše uvedeno, je vedení lidí ovlivňováním podřízených pracovníků takovým způsobem, aby byly naplněny cíle zdravotnického zařízení a jeho jednotlivých součástí. Ovlivňování je možno v tomto případě pochopit prostřednictvím jejich samotné motivace.

Bedrnová a Nový charakterizují motivaci jako „**skutečnost, že v lidské psychice působí specifické, ne vždy zcela uvědomované vnitřní hybné síly – pohnutky, motivy. Ty činnost člověka určitým způsobem orientují, v daném směru ho aktivizují a vzbuzenou aktivitu udržují. Navenek se pak působení těchto sil projevuje v podobě motivované činnosti, motivovaného jednání.**“

Jak probíhá však samotná motivace? Lze ji rozdělit do následujících několika pomyslných kroků, a to:

- **zjištění potřeby**, kde potřebu lze podle Bedrnové a Nového charakterizovat „**jako určitý stav napětí, který spouští snahu o jeho odstranění, tedy k uspokojení potřeby**“,
- **stanovení cílů**, tak aby byly potřeby naplněny,
- **podniknutí úkonů**, tak aby byly naplněny takto stanovené cíle
- a **naplnění cílů** – uspokojení potřeby.

Samotnou motivaci lze rozdělit podle Arnolda na tři složky, a to:

- **směr** – o co se daný člověk snaží, co se snaží dělat,
- **úsilí** – s jakou intenzitou to činí,
- **vytrvalost** – v jak dlouhém časovém úseku to činí.

Na to, jak motivovat pracovníky, existuje celá řada teorií. Podle Armstronga je možno rozdělit nejvýznamnější teorie týkající se motivace do následujících tří skupin, a to:

- **teorie instrumentality** – politika „cukru a biče“ sloužící k zabezpečení žádoucího chování,
- **teorie zaměřené na obsah** – motivace se týká uspokojování potřeb a identifikuje hlavní potřeby k jejich uspokojení – například teorie Maslowova a Herzbergova atd.,
- **teorie zaměřené na proces** – týkající se psychologických procesů ovlivňujících motivaci a souvisejících s očekáváním.

Asi nejvíce známá a využívaná je tzv. Maslowova hierarchie potřeb. Potřeby jsou zde uspořádány do pěti úrovní do tzv. pyramidy. Uspokojování těchto potřeb je motiv k práci. Potřeby jsou v této teorii hierarchicky uspořádány od základních fyziologických (základna pyramidy) až po nejvyšší, potřebu seberealizace (vrchol pyramidy).

Podle této teorie člověk vždy uspokojuje potřeby od základny k vrcholu. V případě neuspokojení potřeb z nižší části pyramidy nemůže uspokojovat potřeby z vyššího patra. Jaké jsou potřeby v této hierarchii:

- **fyziologické potřeby** – např. potrava, oděv, bydlení atd.,
- **potřeby jistoty a bezpečí** - ochrana a stabilita materiálního prostředí a mezilidských vztahů,
- **sociální potřeby** - láska, náklonnost, přátelství, pocit příslušnosti k nějaké skupině,
- **potřeby uznání** - respekt, sebeúcta, náklonnost, uznání, spokojenost s vlastní profesionalitou a pravomocí
- a **potřeby seberealizace** - formovat sama sebe, rozvíjet a využívat schopnosti co nejplněji.

Jak je tedy možno využít tuto teorii ve zdravotnickém zařízení? Jaká je poté úloha peněz a motivace? Peníze mohou v mnohém uspokojovat lidské potřeby, za předpokladu, že přicházejí v určité výši a periodicitě.

Z hlediska Maslowovy hierarchie potřeb je možno peníze označit jako prostředek k uspokojování (jako prostředník pro uspokojení) především potřeby fyziologické, potřeby jistoty a bezpečí. Mohou však také do jisté míry uspokojit i vyšší potřeby této hierarchie.

Z hlediska řízení lidských zdrojů je pro mnoho lidí největším motivem k jejich práci právě finanční odměna, například prostřednictvím platu či mzdy. Ovšem ne pro všechny. Pro některé pracovníky bývá motivem k práci například možnost odborného růstu, zdolávání specifických cílů atd.

Je tedy možno shrnout předešlé teze podle odborné literatury, že *„peníze mohou mít pozitivní vliv na pracovní výkonnost. Ale pouze za předpokladu, že je správně nastaven systém odměňování pracovníků, který je založen na spravedlivém ohodnocení všech zaměstnanců. V opačném případě mají peníze demotivující úlohu.“*

5.4.2 Leadership

Součástí vedení lidí je tzv. **leadership** neboli v českém překladu **vůdcovství**, nebo také **tvůrčí vedení lidí**. Je potřeba si uvědomit rozdíl mezi manažerem a vůdcem. Tento rozdíl tkví v následujícím, manažer řídí, ale na rozdíl od něho je vůdce charakteristický tvůrčím vedením. Manažerem se rozumí určitá funkční pozice v dané organizaci. Lídrem naopak člověk s určitými specifickými vlastnostmi. Podle odborné literatury je vůdcovství charakterizováno následnými schopnostmi, kterými vůdce – lídr disponuje, jako jsou:

- *„efektivní využívání moci,*
- *motivací podřízených v daném čase a dané situaci,*
- *inspirováním svých následovatelů*
- *a vytvářením pozitivního pracovního klimatu pro vysokou výkonnost pracovníků daného pracoviště“.*

Vlastnosti, které se poté vůdcům přisuzují, jsou následující, jako je schopnost splnit vytýčený cíl - cílevědomost, charisma, sebedůvěra, empatie, schopnost celoživotního poznávání a učení se, sebekontrola a dominance nad ostatními.

Tysona a Jackson určili **podmínky pro vůdcovství**, a to následně:

- *„vůdce musí prokázat, že skutečně dokázal, aby se něco událo,*
- *vztah mezi vůdcovým chováním a jeho výsledky je zjevný*
- *a musí existovat podstatné změny v chování členů organizace a z nich vyplývající výsledky, jako produkty činnosti vůdce.“*

Z této teze vyplývá, že vůdce je schopen vycítit, co jeho podřízené motivuje k práci, jakým způsobem a v jakém čase je správně motivovat. Tím dochází často k sladění cílů jak organizačních, tak i cílů osobních.

Výše zmíněné principy vůdcovství platí celoplošně ve většině oborů lidské činnosti a zdravotnictví v tomto není podle názoru autora tohoto textu výjimkou.

6 Postavení zdravotnických zařízení v globální společnosti

6.1 Úvod

Připomeňme si názory pana Ramíro Cibriána, velvyslance Evropské unie v Praze z roku 2002. Bylo to období, kdy se u nás jednalo, zda se zúčastníme procesu globalizace⁶:

O tom, na jakých principech Evropská unie stojí, nejlépe vypovídají kritéria, jež musí každý členský stát splnit. Jak známo, do Evropské unie může vstoupit pouze demokratický stát, který prokáže stabilitu svých institucí, nadvládu práva a schopnost dodržovat lidská práva a práva menšin. Evropská unie je také celkem sdružujícím prosperující ekonomiky založené na existenci fungujícího hospodářství a také na nezbytném společném právním základě, který musejí všechny členské státy dodržovat. Tato tři kritéria nejsou jen vyjádřením základní společenské orientace Evropské unie.

Ukazují také, že evropské sjednocení stojí na společných hodnotách, jako jsou respektování lidských práv, názorové i ekonomické svobody jednotlivce, nadvláda demokraticky vytvořeného právního rámce a solidarita. Společným jmenovatelem těchto hodnot bezpochyby je dodržování společných morálních a etických principů, jejichž původ bychom museli hledat v samotných základech evropského myšlení. O tom, že výše zmíněných cílů demokracie a ekonomické prosperity neleže úspěšně dosáhnout bez existence určitého subjektivního i objektivního etického standardu, se česká společnost za poslední desítky let sama nejednou přesvědčila.

6.2 Etika v managementu zdravotnictví – součást globalizace

Nikdo jistě nepochybuje, že rozhodování lékaře v medicínských záležitostech a postupech není vždy snadné, protože vedle složitosti a velké míry rizika při poskytování zdravotní péče stojí často před lidmi, o kterých ví, že jim nelze zachránit život, že potřebují více blízkého člověka než lékařský zákrok, a nebo, že jsou v podstatě zdraví a z nejrůznějších lidských, ale i třeba ekonomických pohnutek hledají útočiště v nemoci. To je obsahem mnoha učebnic lékařské etiky a budeme se toho dotýkat jen okrajově a hledat spíše přesah zdravotnické problematiky do dalších sfér života.

Problémové situace, vznikající v manažerském konání, velmi často nemají teoreticky ideální či prakticky absolutně správná řešení. Ne vždy se mohou rozhodování, jak při jejich řešení postupovat, opřít o jasná legislativní pravidla či o obecně akceptované zvyklosti. Jen výjimečně jsou k dispozici komplexní a objektivní informace a ne vždy lze pro analýzu situace či oddálení řešení získat dostatek časového prostoru. Přes to všechno se ale musí každý manažer většího systému sám nebo spolu s týmem nejbližších spolupracovníků ve sporných situacích rozhodovat neustále. Jeho pozice tak není úplně vzdálená situaci lékaře, který díky časovému stresu, ne pokaždé dostupným optimálním diagnostickým metodám, neurčitosti řady příznaků, velké individuální variabilitě mezi pacienty a v neposlední řadě i ne úplně objasněné podstatě mnoha onemocnění musí s nemocným pacientem pracovat a rozhodovat o dalších postupech vždy s jistou mírou nejistoty. Snahou moderního managementu i medicíny je samozřejmě postupovat vědecky a co nejvíce standardizovaně, ale přesto bude vždy existovat velké množství stavů, které jsou atypické, obtížně analyzovatelné nebo urgentní, a u kterých není možné se přitom rozhodování vyhýbat.

⁶ Ramíro Cibrián, velvyslanec Evropské unie in *Manažerská etika-inspirace 21. stol., Economia, Praha, 2002.*

Zajištění správnosti rozhodování v popsanych situacích je jednoznačně obtížné. Aby byl ale problém ještě složitější, je navíc správnost takovýchto rozhodnutí v praktickém životě následně ověřována jen někdy a standardní mechanismy zpětné vazby nejsou často vůbec vytvořeny. A pokud ano, tak zdaleka ne ve všech případech exaktně, pomoci jasně měřitelných výsledků, jako jsou například počty vyléčených, přesně popsaná kvalita péče, zjednodušené toky zákazníků či transparentní hospodářské údaje. Často existuje zpětná vazba jen subjektivního charakteru, kde následné posuzování rozhodnutí závisí na směsici protichůdných názorů, a kdy dokonce ani názor většinový nemusí být vždy správný. Některé výsledky se projeví až po dlouhém čase, některé krátkodobé výsledky se mohou v delším období obracet z pozitivních na negativní a naopak, a na některé situace nejsou praktické posuzovací nástroje vytvořené vůbec.

Rozhodnutí, jejichž ex post vyhodnocení patří vůbec k nejobtížnějším, vznikají obvykle v situacích, kdy je třeba zabránit málo častým a neopakovatelným jevům a stavům, jako je v oblasti politiky riziko válečného konfliktu, v oblasti ekonomiky vzniku hospodářské krize, v medicíně vypuknutí vzácné epidemie nebo v podnikovém managementu neobvyklé technické havárie. Popsané problémy mohou z obavy před chybnými rozhodnutími vést k jejich oddalování nebo k alibistickému manévrování a příliš opatrným a konzervativním postupům, kde se rizika chybného rozhodnutí (alespoň aktuálně) snižují. Zdánlivě výhodná strategie má však dobré výsledky často jen krátkodobě a z pohledu delší perspektivy naopak vede ke stagnaci rozvoje, ať podniku, státu či individuální úrovni například lékaře, manažera nebo politika.

Je popsáno a systematicky se učí samozřejmě mnoho manažerských technik, postupů a nástrojů, jak analyzovat situace a jakými mechanismy přijímat rozhodnutí tak, aby byla správná, vedla k úspěchům v rozvoji lidských společenstev, podniků či individuů, zvyšovala produktivitu práce, kvalitu výrobků a služeb, efektivitu systémů, flexibilitu na trhu, bránila nežádoucím jevům, zachovávala udržitelnost života, podnikání, rozvoje, atd. atd. Podstatně méně jsou však k dispozici standardní nástroje na řešení situací, kdy ke špatnému rozhodnutí skutečně dojde. To se stává mnohem častěji, než jsou manažeři, ale zrovna tak politici, lékaři a zejména pak jejich kritici a soudci, ochotni připouštět.

Medicínu zmítají spory o kmenové buňky, potraty, klonování, omezování marné péče, řešení dilematu všemocné medicíny a nezvratného konce života, eutanázii, práva na nejvyšší péči s její neufinancovatelností, rizika zneužití moci lékaře nad pacientem, agresivity pacientů vůči zdravotníkům, obavy lékařů ze soudů za věci, za které může vyšší moc, obavy pacientů ze špatných lékařů a desítky jiných. Mnoho těchto problémů nemá t. č. žádná řešení a některé řešení mají, ale všechna špatná. Některá řešení jsou skutečně k dispozici, ale jak je nalézt. A až se najdou, objeví se problémy další a lidé budou stále hříšní a chybující. Jen některé vyšší principy zatím našťestí zůstávají. Jaké je z toho poučení? Když se ve Fakultní nemocnici Hradec Králové před pár lety začaly dělat restructurační kroky a sjednocovaly se silné duplicitní obory jako např. kardiologie, odehrál se téměř bratrovražedný boj, zakončený odchody mnoha kvalitních lidí jen proto, že jejich představy o tom, co je správné, byly narušeny. Dodnes to lze pokládat za velkou škodu. Vedení nemocnice si bylo vědomo, jaká je prestiž a snaha bojovat za svůj tým ve sféře, kde neexistuje soukromé vlastnictví, mocné motivační mechanismy pro podávání špičkových lidských, lékařských a akademických výkonů. V mimořádně vypjaté situaci, kdy pro racionalizaci provozu, sjednocení postupů a budoucí prosperitu nemocnice nebylo přes veškeré snahy možné nalézt kompromis a jedna důležitá oblast se s velkým rizikem musela obětovat pro druhou. Teď po letech, kdy vývoj věcí snad prokázal správnost tehdejšího rozhodnutí, si lze jen oddechnout, že přímý a otevřený postup, absence jakýchkoliv postranních úmyslů a oproštění se od hledání osobních výhod manažerů ústavu umožnily situaci ustát a na pochroumané scéně znovu pomoci budování nového rozkvětu.

Bylo by krásné, kdyby se manažeři častěji mohli spolehnout na uvědomělost těch, kdo se dovolávají demokracie a někdy i při ryze demokratickém rozhodnutí se ocitnou na straně, která nezískala to, oč usilovala. Unést prohru a dále zůstat pozitivní, a nehrouřit se nebo nedestruovat vše kvůli prosazení svého názoru za každou cenu, se většinou nevidá. Pokud se však manažer chová eticky a snaží se o obecné blaho, dává mu to nejen sílu na zvládnutí svých protivníků, ale hlavně na jejich přesvědčování, že život jednou prohrou nekončí, protože ta nakonec buď prokáže správnost nové cesty, a nebo se situace časem změní tak, jak si nejprve poražený původně přál. A co na to manažer? Ani ten nesmí jen drtit své okolí, ale také občas přiznat, že se rozhodl špatně, pokud k tomu, a to se stává, opravdu dojde.

Co říci závěrem. Medicínou zmítají spory o kmenové buňky, potraty, klonování, omezování marné péče, řešení dilematu všemocné medicíny a nezvratného konce života, eutanázii, práva na nejvyšší péči s její neufinancovatelností, rizika zneužití moci lékaře nad pacientem, agresivity pacientů vůči zdravotníkům, obavy lékařů ze soudů za věci, za které může vyšší moc, obavy pacientů ze špatných lékařů a desítky jiných. Mnoho těchto problémů nemá t. č. žádná řešení a některé řešení mají, ale všechna špatná. Některá řešení jsou skutečně k dispozici, ale jak je nalézt. A až se najdou, objeví se problémy další a lidé budou stále hříšníci a chybní. Jen některé vyšší principy zatím našťastí zůstávají⁷.

6.3 Corporate Culture – dobré jméno

Globalizace klade požadavky na změnu mezilidských vztahů, zejména na:

- rostoucí požadavky na inteligenci vlastní práce,
- zvyšování rizika ve všech našich činnostech.

Obě tyto vlastnosti by měly být v rovnováze respektováním následujících faktorů:

- otevřené a rostoucí národní hospodářství,
- celoživotní vzdělávání,
- sociální zabezpečení všech členů společnosti.

Globalizace není heslem. Označuje v současné době probíhající celosvětovou revoluci, kterou vyvolaly vůdčí technologie elektronického zpracování dat, telekomunikace, biotechniky a genové inženýrství. Vzniká celosvětové propojení lidí a států, které umožňuje komunikovat ve vědě i v běžném pracovním a soukromém životě. Zkracují se vzdálenosti, které dříve tento vývoj omezovaly. Úspěchy nebo neúspěchy byznysu, ekonomiky, medicíny a ostatních oblastí života se rychle šíří, sledují se a ověřují. Vytváří pro jednotlivce, organizace, ale i státy dobré jméno, či špatnou pověst. Mohou přinášet konkurenční úspěch, stejně jako nedůvěru.

Protože globalizace přináší neomezenou komunikaci, bude hierarchie postupně v organizacích odbourávána a nahrazována týmovou prací. Např. v německém automobilovém průmyslu se ověřilo, že chytrý management, má-li zabránit krizi, by měl převést rozhodovací kompetence do rukou pracovního týmu. Dochází se k poznání, že management je před skokem, kterým by přivřel nůžky, které vytváří rozdíl mezi dynamickým vývojem managementu technických i ostatních vědních oblastí. Zdá se, že takovým příkladem může být i medicína.

Na jedné straně špičkový rozvoj vlastní lékařské vědy a na druhé straně komplikace v managementu nelékařských zařízení, bez jejichž tvůrčí aktivní spolupráce nelze výsledky vědy realizovat ani prakticky, ani včas. Příčinou může být nepřipravená pracovní síla, nedostatek kvalitní pracovní síly, nedostatek pracovní motivace, byrokracie, nedostatek finančních prostředků, rozbujelá administrativa, atd.

Významnou brzdou etického managementu je především překonaná filozofie managementu, která se negativně projevuje v manažerské práci řízených objektů. Doposud platné marketingové pojetí filozofie managementu, které existuje již od doby Adama Smítne, považuje za cíl managementu rychlou maximalizaci zisku, při minimalizaci námahy a nákladů. Tento názor je překonáván vývojem společnosti za poslední století. Do popředí vystupuje požadavek inovovat překonanou filozofii managementu a komplexně řešit problémy strategického řízení společnosti a jejich vnitřních struktur na bázi etiky, sociální a politické odpovědnosti.

Nový názor na filozofii managementu se prosazuje na základě systémového chápání řízeného objektu, který nemůže existovat bez aktivní spolupráce se svým ekonomickým, sociálním a politickým okolím. Systémový přístup ke změně filozofie spočívá v chápání organizací jako systému, který ke své existenci potřebuje vstupy, výstupy a zpětnou vazbu. Systematické respektování těchto vazeb spolu s realizací etiky

⁷ doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.: *Manažerská etika (nejen) ve zdravotnictví, aneb chvála slušnosti, in Manažerská etika-inspirace 21. stol., Economia, Praha, 2002.*

a odpovědnosti do řídicí práce je žádoucím předpokladem k relativnímu a strategickému stabilizování. K vyšší efektivitě managementu přispěje, když bude považován za řízení inovačního procesu a bude dodržovat jeho pravidla.

Jedna z příčin spočívá v tom, že podnik chápeme sice jako systém, avšak dovolujeme mu, aby se choval jako by byl uzavřen, na svém okolí nezávislý. To mu umožňuje abstrahovat od své závislosti a chovat se jako izolovaný systém.

Pracovní úspěchy jedné vědní oblasti nemohou garantovat dobré jméno jednotlivci ani společnosti, protože existuje-li ne-etika v ostatních oblastech, snižuje úroveň úspěchu a zvyšuje pochybnost a nedůvěru k tomu jakým způsobem byl dosažen. Jediným receptem takové situace je prevence, kterou je nepochybně etika myšlení a transparentnost v jednání každého z nás.

Kreativita a inovace jsou v současné praxi managementu nezbytným předpokladem růstu ekonomické efektivnosti.

7 Inovace ve zdravotnických zařízeních

7.1 Úvod

Vnější projevem managementu je jeho výstup, kterým je rozhodování jako proces a soustava jeho dílčích rozhodnutí. Rozhodujeme, když potřebujeme z různých důvodů změnit současný stav vývoje podnikových jevů v rámci výrobního nebo pracovního procesu, motivace a odpovědnosti pracovníků, dodavatele a odběratelských vztahů, apod. Rozhodnutí je změna současného stavu a má proto charakter inovace. Kdyby nebylo třeba měnit současný stav, nebylo by třeba managementu a pak by nebylo třeba ani rozhodovat, protože by se jednalo o uzavřený, virtuální systém.

Řízení organizace či rozhodování jednotlivce je třeba považovat za řízení inovačního procesu. To se týká každé organizace, která má vlastní charakter a vnitřní, strategicky vymezené cíle. Ty pak tvoří její filozofii, která je ovlivněna vnitřními produkčními možnostmi a externími vlivy, jako třeba legislativou. Nevyjasněné názory na obsah etiky hodnot vnitřních i vnějších vlivů, pak rozhodují o sociálním, ekonomickém a politickém klimatu společnosti.

Významná příčina současného stavu ekonomiky, politiky a sociální úrovně společnosti spočívá ve stagnaci dosud platného obsahu filozofie managementu. Uznávaná filozofie managementu již překonala dvě století dosavadní existence a neodpovídá dynamickému vývoji a kvalitě potřeb současné společnosti. Jedním z důsledků je skutečnost, že se management orientuje na vývoj měřitelných, kvantitativních hodnot podnikových jevů, než na jejich obsah a transparentnost jejich dosažení. Jedná se o kvantitativní směr managementu, který preferuje vývoj měřitelných vlastností podnikových jevů před jejich etickým a transparentním obsahem, či kvalitou. Preference měřitelných vlastností podnikových jevů do značné míry vyplývá z poválečné akcelerace vývoje elektroniky a informační technologie, která nedokáže zobrazit jejich kvalitativní vlastnosti.

Nevyrovnaný vztah vývoje techniky a teorie managementu dává možnost různého výkladu. Podnik je sice chápán jako systém, avšak dovolujeme mu, aby se choval jako na svém okolí nezávislý, tedy jako izolovaný systém. Nerespektovat při tom závislost na svém okolí znamená riskovat udržitelný rozvoj.

Dalším nedostatkem současné manažerské práce je rutina. Nejčastěji se s ní setkáváme v malých a středních podnicích, které nejsou ovlivňovány managementem zahraničních firem. Aplikace rutiny v managementu je spojena s nedostatky. Podmínky, za kterých jsme v minulosti třeba mohli dobře rozhodovat, dynamický vývoj vědy a techniky zcela změnil. Rutina v managementu proto přináší třeba i dobrou zkušenost v minulosti, která je však spojena se všemi tehdejšími nedostatky.

Dynamický vývoj společnosti vyžaduje kreativitu, odpovídající současné úrovni vědeckotechnického a společenského vývoje. Management řízeného objektu by proto měl být považován za nástroj řízení inovačního procesu, který vyžaduje respektování inovačních pravidel. Každé rozhodnutí manažera by tedy mělo být považováno za podnětnou inovaci, jejímž řádem je význam jejího dopadu na řízený objekt.

Uvědomujeme si, že výsledky manažerské praxe jsou v každé organizaci ovlivňovány nejen vlastním managementem, ale i vlivy z ekonomického, sociálního a politického okolí. Absence etiky a odpovědnosti v managementu je spojována se snižující se transparentností a odpovědností managementu, která se manifestuje prohlubováním nejen konzumního myšlení zaměstnanců, ale i nežádoucím vlivem nejen na jejich pracovní, ale i společenské okolí.

Protože nositelem, tvůrcem i realizátorem všech změn je člověk, je zapotřebí věnovat jeho vedení zvýšenou pozornost. Úloha člověka má na vývoj společnosti dominantní vliv. Musíme stimulovat kreativitu a týmovou práci a dbát, aby rozhodnutí manažerů měla charakter pozitivních inovací. Negativní inovace, jako důsledek neetického myšlení, akcelerují konzumní myšlení společnosti.

Z reality vývoje společnosti vyplývá, že by se měla zdůrazňovat větší spolupráce mezi jednotlivými vědními obory, aby znaly vzájemnou strategii svých činností, aby i podnikatelská a podniková sféra mohla strategicky řešit svůj strategický rozvoj. Šlo by o podnětnou inovaci, která by vyvolávala tvořivé klima podnikatelských subjektů i veřejné správy.

7.2 Inovační společnost

Dynamika vývoje vědeckotechnického rozvoje vyžaduje, aby manažeři zvyšovali konkurenční schopnost tím, že budou sledovat jeho dynamiku a rychle a kreativně reagovat. Aby překonali nejen rutinu své práce, respektovali specifické podmínky své organizace, ale i věnovali pozornost zvyšování úrovně obsahu a formě své manažerské práce (řízení-řízení). Jde o vedení zaměstnanců ke zvyšování etiky, odpovědnosti, odbornosti a transparentnosti v rozvoji teorie i praxe managementu.

Především záleží na zvyšování úrovně etických inovačních postojů v rámci procesu vedení lidí. Na stimulaci jejich pracovní motivace a loajalitu k organizaci, k rychlé a kreativní reakci na vývoj společenského, sociálního a politického vývoje. S tím souvisí i připravenost pracovního kolektivu na včasné, komplexní, strategické a etické podpoře udržitelného vývoje organizace, ve které pracují.

Jde o to, abychom si uvědomovali nejen existenci inovační společnosti, ale i všeho, čím jsme jí povinni k tomu, aby přispívala k vytvoření takového společenského klimatu, ve kterém bychom rádi a spokojeně žili.

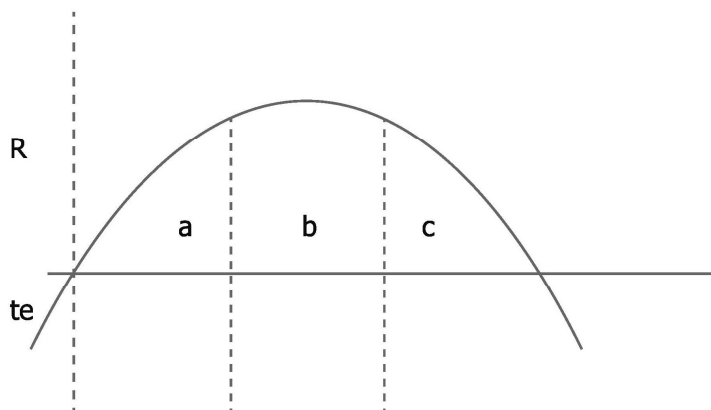
7.3 Pravidla inovačního procesu

Inovační proces⁸ má svá pravidla, která když se nerespektují, snižují jeho efektivnost. O tom nás přesvědčuje zobrazení podoby inovace, která má podobu sinusovky v kladné části (viz obrázek 4).

Obrázek 4: Inovační proces

kde:

- a** 1. fáze inovace (pronikání inovace do prostoru)
- b** 2. fáze zobrazuje život a období konjunktury inovace, ve kterém řeší situaci, kvůli níž byla uplatněna
- c** 3. fáze překonání, morální opotřebení, situace vyžaduje inovaci novou, která by reagovala na příčinu disfunkce
- R** řád inovace – význam pro organizaci jako celek



Zdroj: vlastní archiv autorů

⁸ O inovacích podrobněji viz: Vlček, R.: *Hodnota pro zákazníka*, Management Press, Praha, 2002, Valenta, F.: *Tvůrčí aktivita, inovace, efekty*, Svoboda, Praha, 1969 + *Inovace v manažerské praxi*, Velryba, Praha, 2001; Dytrt, Z.a kol.: *Etika v podnikatelském prostředí*, Grada, Praha, 2006.

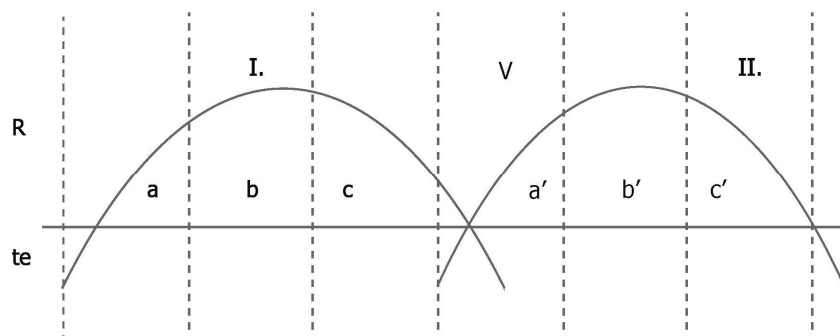
Řád inovace vypovídá o významu inovace pro řízený objekt. Zobrazuje její akční rádius, který odpovídá té organizační hladině, na které manažer působí a vyjadřuje působení synergického efektu, který přispívá k fungování organizační struktury.

Frekvence inovací vyplývá z potřeby jejich uplatňování v čase. Čím menší význam má inovace pro řízený objekt, tím její frekvence je větší. Naopak čím větší má inovace pro organizaci význam, tím by měla mít delší životnost a tedy menší frekvence.

7.3.1 Pravidlo soustavnosti

Pravidlo soustavnosti vyjadřuje potřebu včasného uplatňování dílčích inovací, které udávají rytmus a plynulost inovačního procesu. Následující obrázek naznačuje důsledek nerespektování pravidla soustavnosti. Když inovace „I.“ již neřeší problém, pro který byla uplatněna, protože její fáze „c“ naznačuje již její klesající funkčnost a inovace „II.“ byla uplatněna pozdě, protože její fáze „a“ ještě neproběhla, vniká období „V“, tedy období bezvládní v systému organizace. Problém přestává být řešen a situace organizace se zhoršuje a je v úpadku.

Obrázek 5: Neplnění podmínky soustavnosti



Zdroj: vlastní archiv autorů

kde:

V období bezvládní - **neplnění podmínky soustavnosti**

I. původní inovace, její účinnost je vývojem překonána – potřeba nové inovace

II. následná inovace, řešící nové podmínky, dosahuje vyšší hodnoty “R“, aby se zdůraznila snaha řešit problém vždy na vyšší úrovni, než bylo předchozí řešení

a, b, c - viz předchozí obrázek, a', b', c' - totéž v inovaci II.

7.3.2 Pravidlo vhodného okamžiku

Nejčastějším nedostatkem manažerské praxe je neplnění podmínky soustavnosti, tj. pozdní řešení problémů v působení organizace. Předcházet této situaci lze na základě sledování efektivity vývoje inovací a dynamiky vědeckotechnického rozvoje v příslušném vědním a produkčním oboru v čase. Nezodpovězená otázka je v tom, kdy uplatnit inovací „II“ (viz obrázek 5 pravidla soustavnosti), abychom minimalizovali dobu bezvládní.

Manažer si může pomoci výpočtem statisticky sledovaného problému, avšak k rozhodnutí o uplatnění nové inovace musí uplatnit i „**manažerský cit**“, protože i dynamika statistického vývoje podnikových jevů zrychluje svoji dynamiku. Proto i z tohoto důvodu je management často považován za umění.

Pravidlo vhodného okamžiku uplatnění nové inovace souvisí do značné míry s pravidlem soustavnosti a konkretizuje ho. Podmínka včasnosti doplňuje předchozí podmínky o **časové hledisko**. Vychází z potřeby uplatňovat inovace ve vhodném okamžiku, dříve než dojde v řízeném objektu ke ztrátě nebo škodě. Předpokládá zavedení inovace do vnitřní struktury řízeného objektu v relativně nejkratším čase, aby zvýšila účinnost (prodloužila) působení inovace ve fázi její konjunktury.

Cílem podmínky včasnosti je tedy:

- **řešit problém včas**, aby nevznikly ztráty z pozdního rozhodnutí, resp. aby se jim předešlo (prevence managementu). Vzniklé škody mohou být přímé (ekonomická ztráta) nebo nepřímé (korupce, apod.).
- **řešení dokonale připravit**, aby zavedení inovace proběhlo v nejkratším čase a tím se prodloužilo období konjunktury inovace (**postavení na trhu, stabilita v organizaci**).

7.3.3 Pravidlo komplexnosti

Nekomplexní uplatňování inovací přináší obvykle snížený anebo i záporný efekt, jelikož řešíme problémy izolovaně, bez souvislostí, které se k problému váží a bez zkoumání příčin jejich vzniku a těsnosti. Komplexnost rozhodnutí (příkazu) zajišťujeme z hlediska celkového dopadu na řízený objekt. Tedy z hlediska horizontálního (velikost akčního radia inovace) i vertikálního, akčního radia inovačního procesu (řádu inovací).

Snaha po komplexním uplatňování inovací v managementu vychází z poznatku, že dílčí a izolované uplatňování inovací řeší pouze částečně existující problém, snižující účinnost uplatňovaných inovací a vyvolávají nerovnováhy ve vnitřní struktuře objektu. V podstatě se tím prohlubuje desintegrace řídicí práce.

Podmínka komplexnosti je naplňována, když daný problém je řešen ve všech základních oblastech řízeného objektu a vztahů mezi nimi. Schematicky to naznačuje následující obrázek 6 příklad **inovační sítě** strojírenského výrobního podniku. Tento příklad lze aplikovat na ostatní typy organizací s tím, že manažer osvědčí svoji připravenost a faktory vymezené podle dominantních či slabých míst své organizace bude považovat za faktory oblastí.

Obrázek 6: Inovační síť – systémový přístup (příklad strojírenského podniku)

oblast hladina řízení	P	S	VZ	PS	T	O	E
A	O	O	X	O	O	O	O
B	O	O	O	O	O	O	O

Zdroj: vlastní archiv autorů

kde:

A řídicí (řízená) hladina
 B nadřízená hladina (topmanagement)
 X podnětná inovace – stimulující změny v ostatních faktorech
 O inovace vyvolaná – řeší souvislosti mezi dílčími inovacemi
 P produkce (suma vyráběných produktů)
 S suroviny, polotovary, subdodávky...

VZ výrobní zařízení
 PS pracovní síla
 T výrobní, pracovní technologie
 O organizace vnitřní struktury (výroba, oběh, správa)
 E energie (zajišťuje pohyb)

Příklad strojírenského podniku naznačuje možnost vytvoření tabulky inovační sítě, která pomáhá k systematickému rozhodování na základě respektování konkrétních podmínek pracoviště. Přispívá k respektování příčinné souvislosti mezi jednotlivými faktory a překonávání vzniku kritických míst v organizaci, která by narušovala žádoucí průběh činností. Aby síť byla přínosem, je zapotřebí definovat nejméně čtyři až sedm kritických míst, resp. jejich činností, jejichž nerovnováha je nežádoucí. Význam inovační sítě spočívá v důsledném definování jedinečnosti situace pracovišť. Např. z hlediska počtu pracovníků, jejich kvalifikace, nejdůležitějších podmínek pracovišť, jejich technického vybavení, environmentálních vztahů, apod.

Nutno zdůraznit důležitost vyváženého **delegování práv a povinností** uvnitř řízeného objektu. To se prakticky projeví, když všechna políčka inovační sítě jsou zaplněna. Podnětná inovace (X) podněcuje tvorbu vyvolaných inovací (O), takže všechny faktory inovační sítě (A + B) jsou zaplněny řídicími opatřeními (inovacemi), takže problém je komplexně řešen.

Na obrázku je uvažováno sedm faktorů. Jejich strukturu vypracoval F. Valenta (Tvůrčí aktivita, inovace, efekty, Svoboda 1969), která vyhovuje strojírenské firmě. Pokud se jedná o jiný druh podnikání, anebo řízení veřejné správy, je třeba strukturu faktorů empiricky upravit, aby vyhovovala konkrétním podmínkám řízeného objektu a zobrazovala základní vztahy, které v něm existují, aby vytvořily předpoklady pro efektivní činnost.

Stejně, pokud se týká řádů inovační sítě. V našem případě uvažujeme dva řády. Prof. Valenta ve zmíněné publikaci jich uvažoval nejprve sedm, později čtrnáct. Inovační síť považujeme za pomůcku manažera, který si ji musí připravit podle konkrétní situace. Není důležité kolik řádů inovační síť má, ale zda každý řád produkuje synergický efekt na dané řídicí hladiny. **Výše řídicí pyramidy** (počet řádů inovační sítě) je závislá na počtu hladin řízení. Platí zásada, že čím je vyšší řídicí pyramida a jednotlivé hladiny nepřinášejí synergický efekt, tím nastupuje větší byrokracie a dezintegrace managementu v řízeném objektu.

Neúspěch managementu nemusí vyplývat jen z nekomplexních inovací, ale i z nekomplexního zobrazování výsledků hospodaření hodnocených jen na základě podnikových ukazatelů. Vypovídací schopnost podnikových ukazatelů je omezena, protože zobrazuje jen měřitelné vlastnosti podnikových jevů. Tedy informuje jen o kvantitativních výsledcích podnikatelských aktivit. Víme, že kvantita je vždy spojena s kvalitou. Proto, chceme-li znát komplexní výsledky působení organizace, musíme se zabývat kvalitou podnikových jevů i metodami, kterými byly dosaženy. O tom vypovídá manažerská etika. Kvalitativní vlastnosti umíme doposud zobrazit jen verbálně, což zvyšuje náročnost komplexního sledování činnosti organizací.

7.3.4 Pravidlo důslednosti

Plnění této podmínky poskytuje manažerovi informace o efektivnosti minulých a o potřebě budoucích opatření v rámci inovačního procesu řízeného objektu. Nástrojem uplatňování podmínky důslednosti je analytická (rozborová) činnost. Významnou podmínkou úspěšné analýzy je komplexnost a syntéza.

Míra syntézy je závislá na výši hladiny řízení, které informace mají sloužit. Čím je hladina řízení vyšší, tím větší míru syntézy informací vyžaduje, protože směrem k vrcholovému řízení narůstá jejich množství. Naopak nižší řídicí hladiny zkoumají a řeší problémy více analyticky.

Protože podnikové (technické, ekonomické, sociální) jevy jsou složité, nepostačí k jejich kvantitativnímu zobrazení ukazatel jediný, ale je třeba pracovat se soustavou ukazatelů, aby byly podchyceny všechny vlivy a vztahy, které na jeho vývoj působí. Na sestavení ukazatelových soustav a jejich věrnosti s jakou sledované jevy zobrazují, závisí úspěch výkonného manažera. Projekt ukazatelové soustavy je prubířským kamenem jeho erudice. Soustava ukazatelů by měla pro srozumitelnost minimalizovat jejich počet, respektovat specifické podmínky řízeného objektu a maximalizovat její vypovídací schopnost.

Naopak nižší řídicí hladiny zkoumají a řeší problémy více analyticky. Informace, které z analýzy získáváme, mají obvykle podobu podnikových (technickoekonomických) ukazatelů.

Ukazatele chápeme jen jako zprostředkovaný odraz měřitelných vlastností podnikových jevů, který odráží určitý, **kvantifikovatelný** aspekt ekonomické reality. Ukazatel vždy zůstane jen jako prostředek zobrazení zkoumaných jevů a nikdy nemůže být **cílem řízení**, tak jako to bylo dříve, v době plánovitého řízení ekonomiky. Protože podnikové (technické, ekonomické, sociální) jevy jsou složité, nepostačí k jejich zobrazení ukazatel jediný, ale je třeba pracovat se **soustavou** ukazatelů, aby byly podchyceny všechny vlivy a vztahy, které se na vývoji sledovaných jevů podílí.

Výsledky analýzy podnikových aktivit zobrazených ukazateli musíme vždy považovat za nekomplexní prostředek zobrazení. Přestože technologie výpočetní techniky ještě nedospěla ke zpracování verbální analýzy, musíme tuto skutečnost respektovat a kvalitativní obsah podnikových jevů sledovat verbální charakteristikou. Rozhodně se však nemůžeme spokojit s nekomplexními informacemi.

Slovo analýza má dva významy. Jednak nahrazuje slovo rozbor a dále znamená rozborovou metodu. Známe analýzu klasifikační, která zkoumá strukturálně objekt, dále analýzu vztahovou, která vypovídá o vztahu zkoumaného jevu s jeho okolím a konečně analýza příčinná šetří příčiny těchto existujících vztahů. Analýza, jako rozborová Metoda, má schopnost komplexně vypovídat o zkoumaném podnikovém jevu. Bohužel praxe se často omezuje na analýzu klasifikační, která je rozborovou metodou, ale nemá schopnost poskytovat komplexní informaci o zkoumaném jevu nebo jejich souboru.

Podmínka důslednosti nabývá nyní na významu, protože chceme-li inovovat stávající manažerskou praxi vůdcovstvím (leadership), pak se nemůžeme obejít bez systémového přístupu k tvorbě a užití informací. Těch, které vstupují do rozhodovacího procesu manažera, jako podklad pro rozhodování, stejně tak k těm, které jako jeho rozhodnutí jsou určeny pro realizaci pracovníků.

Významnou úlohu pravidla důslednosti posílíme, když při managementu a hodnocení působení všech typů organizací budeme věnovat pozornost komplexnímu přístupu, tedy sledování kvalitativních i kvantitativních vlastností podnikových jevů. Cestou k tomu je uplatňování etiky v managementu i v našem myšlení.

Fáze rozboru kvantitativních vlastností podnikových jevů je znázorněna na následujícím obrázku jak v metodické stránce rozboru, tak i v jeho realizačních fázích. To je pak zasazeno do algoritmu rozhodovacího procesu.

Obrázek 7: Vztah metod a fází rozboru s algoritmem rozhodovacího procesu managementu

Rozborové metody	Fáze rozboru	Rozhodovací proces
Sběr informací	Přípravná	Projekt rozhodnutí
Analýza - klasifikační - vztahová - příčinná Srovnávací syntéza	Rozborová zpracování informací, příprava k rozhodování	Zrání, zrození invence rozhodnutí I
Tvorba inovací	Tvorba variant invencí a inovací	Verifikace rozhodnutí jako inovace R
Tvorba strategie a taktiky řízení	Rozhodování tvorba a volba variant	Výstup: příkaz - rozhodnutí P

Zdroj: vlastní archiv autorů

Z obrázku 7 vyplývá, že analytická činnost v managementu je nezbytná, ale přínosem je tehdy, když výsledky jsou plně respektovány kroky podle algoritmu rozhodování o strategii a taktice managementu. Bez důslednosti a etické analýzy podnikových činností je otevřena cesta k netransparentním rozhodnutím a neetickému působení organizace.

Poznatky získané analýzou podnikových ukazatelů nevypovídají komplexně o stavu a fungování organizace jako celku. Vypovídají jen o kvantitativních hodnotách, kterých organizace dosáhla. Získané poznatky je proto třeba doplnit o analýzu podílu etiky, jak ovlivnila či přispěla k dosažení kvantitativních výsledků, jejich transparentnosti a podpoře růstu kultury organizace ve svém sociálním a ekonomickém okolí. Kvalitativní obsah výsledků rozhodování vypovídá i o úrovni a spokojenosti vlastních i vnějších spolupracovníků, o fungování organizace a samozřejmě i o jejím dobrém jménu v okolí.

7.4 Závěr

Je třeba připomenout, že účinnost manažerské práce má podobu kvalitního rozhodnutí nebo příkazu. Každé rozhodnutí mění současný stav čehokoliv, když už předchodí rozhodnutí je vývojem překonáno. Kdyby nebylo třeba rozhodovat, nebylo by třeba ani managementu, protože bychom žili „staticky“, vlastně bychom vůbec nežili. Rozhodování bylo vždy prisuzováno manažerům, protože ti rozhodují. Rozhoduje však každý z nás, i když třeba jen sami o sobě. Tedy management ani proces rozhodování není spojen jen s funkcí. Záleží na rozvíjení naší schopnosti eticky myslet, protože tato dispozice podmiňuje naše etická rozhodnutí, nejen „doma“, ale i v zaměstnání.

Dále bychom si měli připomenout, že když považujeme etiku za předpoklad kvalitního rozhodnutí, měli bychom systematicky rozvíjet nejen kvantitativní rozhodnutí, která přinášejí měřitelné výsledky, ale i o jejich neměřitelné výsledky, které je obohacují o etickou kvalitu, kterou zatím dokážeme objektivně popsat jen verbálně. Nemůžeme proto zapomenout ani na inovaci manažerské praxe. Nejde jen o technickou stránku managementu, která odpovídá vysoké úrovni, ale i o jeho filozofii. To vystihuje pojem řízení.

Efektivnost inovací managementu zdravotnických zařízení je závislá na dodržování pravidel inovačního procesu. Nestačí si teorii jenom přečíst, je třeba pojmenovat jedinečnost řízení organizace. Teprve potom uplatnění teorie bude přínosem pro aplikaci strategie a efektivnost řízeného objektu.

8 Financování zdravotnických zařízení

Financování zdravotnických zařízení představuje získávání a obstarávání finančních zdrojů ve všech jeho formách a od všech poskytovatelů. Dále zahrnuje všechny finanční operace a finanční toky, které ve zdravotnickém zařízení probíhají. Financování tak přímo souvisí s veškerými činnostmi, které se ve zdravotnickém zařízení vykonávají. Financování má bezprostřední vztah na ekonomiku zařízení, jeho hospodářský výsledek, efektivnost a prosperitu. Vyplývá to z toho, že každá činnost má svou stránku věcnou, hmotnou a peněžní. Nelze tedy vykonávanou zdravotnickou činnost oddělit od finančních zdrojů, které má zdravotnické zařízení k dispozici. Otázka získání finančních zdrojů je tak pro každé zdravotnické zařízení prioritní.

Získávání finančních prostředků pro zdravotnická zařízení je ovlivněno právním a organizačním postavením daného zařízení.

Podle zřizovatele a vlastnické struktury se zdravotnická zařízení dělí na:

- **státní**
 - fakultní nemocnice
 - léčebny
 - specializované ústavy
- **nestátní**
 - krajská
 - obecní
 - církevní
 - soukromá

Podle typu odborného zaměření v organizaci zdravotnictví se zařízení dělí na:

- ambulantní péči - primární, sekundární,
- nemocniční (ústavní) péči,
- závodní preventivní péči,
- pohotovostní službu,
- záchranné služby (lékařská služba první pomoci, zdravotnická záchranná služba, letecká zdravotnická záchranná služba),
- odborné léčebné ústavy a lázně (LDN, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, sanatoria, ozdravovny), zařízení hygienické služby,
- zařízení zajišťující léčiva, zdravotní pomůcky a stomatologické výrobky.

Financování zdravotnických zařízení, z hlediska jejich právního a organizačního postavení ve zdravotnictví, je vícezdrojové. Znamená to, že finanční prostředky, které zařízení získá, jsou poskytovány různými institucemi, organizacemi a ekonomickými subjekty.

Podle poskytovatele finančních prostředků se jedná o zdroje:

- státní – pro zdravotnická zařízení, u nichž je zřizovatelem event. provozovatelem stát, např. Státní ústav pro kontrolu léčiv,
- územních samospráv - pro krajská a městská zdravotnická zařízení, zřizovatelem jsou územní orgány,

- zdravotních pojišťoven – pro zařízení, která mají se zdravotními pojišťovnami uzavřené smlouvy,
- Evropské unie – pro zařízení, která mají schválené projekty v rámci operačních programů vyhlášených Evropskou unií,
- soukromých subjektů – pro zařízení poskytnutá ve formě darů, sponzoringu, dotací, bankovních úvěrů, finančních výpomocí.

Zdroje financování zdravotnických služeb lze ještě rozdělit na: **přímé** - platby od pacientů, jako příjemců zdravotních služeb (regulační poplatky, platby za nadstandardní služby),

- **nepřímé** – získávané od různých institucí a organizací, především z
 - veřejných rozpočtů (státních, územních),
 - povinného, dobrovolného a zaměstnaneckého pojištění,
 - charity,
 - zahraniční pomoci.

Zdravotnická zařízení musejí získat z výše uvedených zdrojů tolik finančních prostředků, které jim dlouhodobě zajistí:

- **provoz zařízení**, to je uhrazení všech nákladů souvisejících s poskytováním zdravotní služby – mzdy, zdravotnický materiál, léky, režie, nájem a další náklady,
- **rozvoj zařízení**, to je realizování investic do nové zdravotní techniky a přístrojů, vyšetřovacích a diagnostických metod, operačních technik apod.

Nedostatek finančních prostředků se postupně projeví:

- nejdříve v omezení investičního rozvoje zařízení až úplného zastavení pořizování nové techniky a léčebných metod,
- posléze v omezování rozsahu poskytovaných zdravotních služeb, např. zrušením málo lukrativních činností a některých oddělení, snižováním počtu zdravotnického personálu,
- na konec v zastavení vlastní činnosti a likvidaci zdravotního zařízení, např. pro zadlužení.

Získané finanční prostředky jsou pro zdravotnické zařízení příjmem a představují výnosy z poskytované zdravotní péče. Proti těmto výnosům stojí náklady, nezbytně vynaložené na poskytovanou péči. Kladný rozdíl výnosů a nákladů tvoří **zisk** zařízení, záporná hodnota představuje **ztrátu**. Proto je nezbytné výnosy a náklady plánovat v rozpočtu zdravotního zařízení na daný rok.

V **rozpočtu** se určí předpokládané příjmy na základě propočtu počtu pacientů, ošetřovatelských dnů, počtu lůžek apod. pro maximální a minimální objem poskytovaných zdravotních služeb. Celkové náklady se stanoví na základě kalkulací všech nákladových položek. Rozpočet je možné sestavit účelově určený pro jednotlivé skupiny výkonů (péče) a vnitřní organizační jednotky (oddělení). U menších zdravotnických zařízení, jako jsou soukromá zařízení a ordinace, je možné sestavit rozpočet globální (pouze celkové výnosy a náklady), jejich čerpání v průběhu roku operativně sledovat a upravovat.

Problematické financování zdravotnických zařízení je proto nutno věnovat mimořádnou pozornost a zajišťováním finančních prostředků pověřit zdatného ekonomu.

8.1 Financování provozu zdravotnických zařízení

Plynulý a bezporuchový provoz zdravotnického zařízení vyžaduje mít k dispozici takový objem finančních prostředků, který umožní především úhradu všech provozních nákladů.

Náklady provozu zdravotních zařízení lze rozdělit na:

- **diagnostické** – náklady na vyšetření a laboratorní rozbory související s určením diagnózy pacienta,
- **terapeutické** – náklady na léčbu pacienta, léky, pobyt pacienta v zařízení,
- **provozně technické** – náklady na platy zdravotnických pracovníků (lékařů, sester, pomocných pracovníků), osvětlení, vytápění, údržbu, nájemné, cestovné, kancelářské potřeby, administrativu, vzdělávání a další režijní náklady.

Základními finančními zdroji k zajištění provozu zařízení jsou:

a) úhrada zdravotnických služeb na základě úhradové vyhlášky ministerstva zdravotnictví

Finanční prostředky jsou zdravotnickým zařízením hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Poskytuje je zdravotní pojišťovna na základě pravidelných měsíčních výkazů provedených výkonů zdravotní péče předávaných pojišťovně zdravotnickým zařízením. Podmínkou čerpání finančních prostředků je uzavření smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a příslušnou zdravotnickou pojišťovnou.

V úhradové vyhlášce jsou jednotlivým výkonům a činnostem zdravotní péče přiřazeny body a hodnota jednotlivých bodů v korunách českých. Úhradová vyhláška se každý rok upravuje podle ekonomických možností resortu ministerstva zdravotnictví vyplývajících z objemu vybraného zdravotního pojištění. Konkrétní výše úhrady bodů u jednotlivých zařízení a zdravotnických výkonů se dohaduje se smluvní zdravotní pojišťovnou.

Pro rok 2012 platí vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 425/2011 Sb. Vyhláška určuje úhrady podle typu zdravotnického zařízení a druhu poskytovaných služeb v tomto rozsahu:

- akutní lůžková péče,
- praktický lékař pro dospělé a pro děti a dorost,
- ambulantní specialisté,
- gynekologové,
- stomatologové,
- komplement: laboratorní vyšetření,
- domácí péče,
- zdravotnické záchranné služby.

Hodnota bodu se značně liší podle typu zařízení a poskytované péče a pohybuje v rozmezí cca 1,3 až 0,65 Kč za jeden bod. Deklarovanou prioritou ministerstva zdravotnictví v úhradové vyhlášce na rok 2012 je segment lůžkové péče na úkor ambulantních specialistů.

V úhradové vyhlášce pro rok 2012 poprvé dochází k výraznému užití úhradového **systému DRG**, v němž jdou peníze za pacientem, a to v rozsahu cca 75 % z rozsahu poskytované péče. DRG je zkratka anglického názvu *Diagnosis Related Group* a bývá překládána jako „skupiny vztažené k diagnóze“. DRG je systémem, který zařazuje případy hospitalizace na základě tzv. atributů případu. DRG je tak klasifikačním systémem hospitalizovaných pacientů. Je nástrojem, který vytváří omezený počet klinicky a ekonomicky homogenních skupin případů (DRG) a umožňuje porovnávat relativní náročnost na zdroje u případů, zařazených do těchto skupin.

Možnosti využití DRG jsou zejména:

- financování lůžkové péče – existuje mnoho možností využití DRG při financování, od pevné platby za případ zařazený do konkrétní DRG, až po vytváření rozpočtů založených na měření produkce pomocí DRG,
- nástroj pro řízení nemocnice – přidaná hodnota DRG pro řízení nemocnice je v přístupu k poskytované péči přes klinicky a ekonomicky srovnatelnou jednotku – případ hospitalizace zařazený do DRG skupiny,
- nástroj pro měření produkce a měření kvality poskytované péče.

Systém DRG se postupně bude rozšiřovat a využívat k jednotné úhradě ve všech nemocnicích. Nemocnice by proto měly systém DRG aktivně využít, neboť představuje možnost získat další finanční prostředky. Ministerstvo zdravotnictví upozorňuje, že nemocnice, které nebudou schopné přilákat pacienty, se mohou dostat do ekonomických problémů a do budoucna se budou muset orientovat na jiný typ péče (např. dlouhodobá péče). Zdravotní pojišťovny by tak měly daný model úhrady uplatňovat jako nástroj pro rozlišení zdravotnických zařízení podle jejich využití pojištěnci.

Finanční prostředky získané z úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění jsou závislé na aktuální ekonomické situaci státu, a proto nejsou dlouhodobě konstantní, mění se z roku na rok. Jejich výše je závislá na mnoha faktorech, které zdravotnické zařízení nemůže ovlivnit. Přesto je určitý prostor pro vyjednávání o výši úhrad se smluvní zdravotnickou pojišťovnou. Zdravotní pojišťovny však mohou cestou neuzavření smluv omezovat dosud poskytovanou péči nebo regulovat počet zdravotnických zařízení.

b) kapitační platby

Kapitační platba (angl. Capitation, lat. capitis hlava) je prospektivní platba, kterou obdrží zdravotnické zařízení, jako poskytovatel zdravotní péče, na úhradu nákladů. Je to platba zdravotní pojišťovnou za poskytnutou zdravotní péči hrazená rovněž z veřejného zdravotního pojištění.

Jde o placení za „hlavu“ a je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k věku a demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce. Je využívána zejména v oblasti primární péče např. u praktických lékařů. Jedná se o paušální platbu za pacienty, které má lékař v kartotéce. Platby dostává bez ohledu na to, kolik pacientů ošetří. U registrovaných pacientů je většina lékařských úkonů, které praktický lékař provádí, hrazena z kapitační platby. Jsou to především úkony při vyšetření nemoci, náběry vzorků, aplikace injekcí a předepisování léků. Tyto úkony lékař nevykazuje zdravotní pojišťovně k úhradě. Ošetří-li lékař pacienta, který u něj není registrován, poskytnutou péči vykáže k úhradě zdravotní pojišťovně podle úhradové vyhlášky.

Kapitační platby jsou stanoveny vyhláškou ministerstva zdravotnictví a z roku na rok se mění. Současná základní sazba (rok 2012) se podle rozsahu ordinačních hodin pohybuje od 47 do 50 Kč za měsíc za jednoho registrovaného pacienta. Základní sazba se násobí věkovým koeficientem – indexem, který zohledňuje náročnost péče v jednotlivých věkových skupinách (interval po pěti letech). Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let. Nejvyšší index je u dětí ve věku 0 - 4 roky a u pacientů ve věku nad 85 let. V případě stomatologů kapitační platby nejsou a ani v minulosti nebyly.

Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři pro dospělé a praktickými lékaři pro děti a dorost může být hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením především těmito způsoby:

- **čistou kapitační platbou** – používá se k úhradě péče u registrovaných pacientů,
- **kombinovanou kapitačně výkonovou platbou** - používá se k úhradě péče u registrovaných a neregistrovaných pacientů,
- **kombinovanou kapitačně výkonovou platbou s dorovnáním kapitace** - dorovnání se poskytuje v případech, kdy lékař má s ohledem na geografické podmínky menší počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
- **zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů** - používá se k úhradě zdravotní péče hrazené podle seznamu výkonů a pro výkony dopravy v návštěvní službě podle úhradové vyhlášky.

Poskytovaná péče je u praktických lékařů ze tří čtvrtin hrazena kapitační platbou, přitom v jedné ordinaci je u nás registrováno více jak tisíc pacientů. Zbývající čtvrtina péče, představující zejména celkové a preventivní prohlídky, je podle úhradové vyhlášky. V případě stomatologů kapitační platby nejsou a ani v minulosti nebyly uplatňovány.

c) regulační poplatky

Regulační poplatky jsou podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v posledním znění zákona, příjmem zdravotnického zařízení, které je vybere. Poplatky hradí pacient přímo zařízení ihned v hotovosti nebo poukázkou z automatu, zvažují se i jiné možnosti úhrad poplatku, např. mobilem. Smyslem zavedení regulačních poplatků bylo:

- omezit čerpání zdravotní péče v méně závažných zdravotních případech, které nevyžadují bezprostřední péči lékaře, a tím uvolnit jejich kapacitu pro závažné případy – v tom je smysl a účel regulace,
- zajistit zdravotnickým zařízením další finanční prostředky mimo zdroje z veřejného zdravotního pojištění – použití pro provoz a rozvoj zařízení.

Regulační poplatky byly zavedeny především za účelem omezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. Regulační poplatky platí pacient (pojištěnec), za dítě jeho zákonný zástupce. Způsob výběru záleží na poskytovateli zdravotních služeb. Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení nebo lékárně. Ti jsou povinni použít je na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací tak, aby došlo ke zlepšení kvality poskytování zdravotních služeb. Pokud výše poplatků, které musí pojištěnec za daný rok uhradit, přesáhne takzvaný ochranný limit 5 000 Kč (u dětí do 18 let a osob starších 65 let 2 500 Kč), jeho pojišťovna mu částku navíc vrátí, a to do 60 dnů od uplynutí čtvrtletí, ve kterém k překročení limitu došlo. Pokud je však daná částka nižší než 50 Kč, uhradí ji pojišťovna až po uplynutí kalendářního roku. Do tohoto limitu se ale započítávají jen některé poplatky.

V roce 2012 existují čtyři sazby regulačních poplatků: 30 Kč, 90 Kč a 100 Kč.

- **Regulační poplatek 30 Kč** je vybírán za návštěvu u lékaře pro děti a dorost, ženského lékaře, nebo za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření (u praktického lékaře, praktického lékaře pro vyšetření u zubního lékaře). Dále za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků.
- **Regulační poplatek 90 Kč** je za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství v pracovní dny v době od 17 hodin do 7 hodin a v sobotu, neděli a ve svátek není-li tato doba pravidelnou ordinační dobou. Ve stejné výši se platí regulační poplatek za lékařskou službu první pomoci, včetně lékařské služby první pomoci poskytované zubními lékaři.
- **Regulační poplatek 100 Kč** se vybírá za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče (tj. v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech), komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách.

Zákon přesně nestanovuje, na co vybrané poplatky mohou zdravotnická zařízení použít. Peníze mohou být použity na cokoli, např. na platy lékařů a sester, úhradu vody, elektřiny a plynu, přístrojové vybavení, počítač, kancelářské potřeby, televizor do čekárny, zlepšení stravy v nemocnicích. Vybrané finanční prostředky se tak nevrací do systému veřejného zdravotního pojištění. Nejde přitom o malé částky, v roce 2011 se na poplatcích vybralo 5,5 miliardy korun. Na co byly prostředky přesně použity nelze stanovit, neboť není zavedená evidence jejich čerpání.

V zákoně je definována celá řada případů, kdy se **regulační poplatek neplatí**. Např. jde-li o pojištěnce umístěného v dětských domovech, při léčení infekčního onemocnění, při ochranném léčení nařízeném soudem. Preventivní prohlídka se provádí 9 krát ročně v prvním roce života. Dále se provádí tříletá preventivní prohlídka a následně se preventivní prohlídka provádí vždy jednou za dva roky. U stomatologa se preventivní prohlídka u dětí a mládeže do 18 let provádí dvakrát ročně. U dospělých jedenkrát ročně. U těhotných žen dvakrát v průběhu těhotenství. U gynekologa se jedná o preventivní prohlídku vždy jednou ročně od 15 let. Závodní prohlídky (vstupní a výstupní) jsou placené přímo (zpravidla zaměstnavatelem), ale regulační poplatek se nevybírání.

d) doplátky hradí pacienti lékárnám při vyzvednutí léků. Jejich výběr se uskutečňuje na základě novely zákona č. 48/1997 Sb., v oblasti regulačních poplatků a doplátků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Výše doplátku je dána rozdílem prodejní ceny léku a části ceny léku hrazené zdravotní pojišťovnou z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Vybrané doplátky zůstávají zdravotnickému zařízení, jsou tak příjmem lékárny.

e) přímé platby pacientů za úkony a ošetření, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění formou kapitace nebo podle úhradové vyhlášky. Jedná se o platby za nadstandardní ošetření nebo pobyt ve zdravotnickém zařízení, příplatky na lepší stravu, výběr ošetřujícího a operujícího lékaře, provádění kosmetických zákroků, vydání potvrzení o zdravotním stavu a za další přesně vymezené zdravotní služby. Vybrané prostředky zůstávají k dispozici zdravotnickému zařízení, které služby či výkony provedlo.

f) dotace poskytované z jiných veřejných zdrojů. Jedná se o účelové financování hrazené zdravotnickým zařízením na základě schválených projektů a grantů. Tímto způsobem poskytují peníze státní, krajské a městské orgány. O přidělení finančních prostředků se zdravotnická zařízení ucházejí předkládáním návrhu projektů podle veřejných výzev. Přidělené prostředky jsou při splnění plánovaných výstupů a parametrů projektů nevratné. Dotace mohou být použity jen v souladu s vyhlášenými podmínkami např. na rekonstrukce zdravotnického zařízení, nákup nové techniky a přístrojů, vzdělávání zdravotnického personálu. Jako příklady lze uvést: dotace ministerstva zdravotnictví na rezidenční místa určené na úhradu nákladů specializačního vzdělávání lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků, dotace na úpravu vstupu do objektu z účelové komunikace pro osoby s omezenou schopností pohybu a orientace v poliklinice ve Slavičíně. Hlavní město Praha vypsal pro rok 2012 grantové řízení v oblasti zdravotnictví čtyři hlavní programy zaměřené na zdravotní služby, doplňující služby pro osoby se zdravotním postižením a chronicky nemocné, program zdraví, hospicová péče. Uvedené granty jsou určeny pro registrovaná zdravotnická zařízení a nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní organizace).

8.2 Financování rozvoje zdravotnického zařízení

Rozvoj zdravotnického zařízení souvisí s rozšiřováním kapacit, výstavbou nových objektů, rekonstrukcí stávajících objektů, zaváděním nových technologií, vyšetřovacích a léčebných metod, řídicích a komunikačních systémů, digitalizací informací a dalších rozsáhlých akcí. Svou povahou se jedná o investice, většinou značného rozsahu.

K úhradě investičních nákladů rozvojových akcí lze použít:

- vlastní prostředky nebo
- cizí prostředky.

a) Vlastní prostředky (zdroje) jsou finanční prostředky, získané činností zdravotnického zařízení ze zdrojů popsaných v předešlé kapitole. Při použití zisku a odpisů, jsou-li účtovány, se jedná o samofinancování. Ve většině případů však tyto vlastní prostředky na rozvoj nestačí. U zdravotnických zařízení právní formy obchodní společnosti lze finance získat zvýšením základního kapitálu:

- u společností s ručením omezeným (s.r.o) novými vklady stávajících nebo nových společníků,
- u akciových společností (a. s.) vydáním nových akcií bez veřejné nabídky nebo s jejich veřejnou nabídkou (úpisem).

Získání financí tímto způsobem je v praxi zdravotnických zařízení jen ojedinělé.

b) Cizí prostředky jsou různé půjčky a finanční výpomoci, které zdravotnické zařízení musí podle podmínek poskytnutí vrátit věřiteli. Jedná se o dočasné poskytnutí peněžních prostředků dlužníkovi za úrok.

Nejčastější formou získání cizích prostředků je **bankovní úvěr**. Úvěr se poskytuje na základě uzavřené úvěrové smlouvy, ve které musí být stanoveny tyto podmínky:

- **účel úvěru**
 - provozní úvěr na krytí běžného financování zdravotnického zařízení např. na mzdy, nákup materiálu. Běžná forma je kontokorentní úvěr, kdy banka ve výši sjednaného rámce financuje závazky zařízení překračující stav prostředků na jejím běžném bankovním účtu,
 - investiční úvěr na konkrétní investiční akci stavebního a technologického charakteru,
- **výše úvěru** – celková částka poskytovaná dlužníkovi,
- **měna úvěru**
 - korunové úvěry v tuzemské měně (Kč),
 - devizové úvěry v cizí měně v bezhotovostní formě pro nákup zařízení a přístrojů v zahraničí (evro, dolar),
- **výše úroku** – úrok se stanovuje v procentech z dlužné částky, řídí se podle úrokových sazeb České národní banky a podle nabídky a poptávky po úvěrech
- **čerpání úvěru**
 - jednorázové poskytnutí celé dlužné částky,
 - postupné uvolňování dílčích částek podle potřeb a průběhu realizace investiční akce,
- **doba a termín splatnosti úvěru**
 - krátkodobý úvěr do jednoho roku (provozní),
 - střednědobý úvěr do čtyř let (stroje, přístroje, zařízení),
 - dlouhodobý úvěr na více jak pět let (investiční výstavba),
- **splátky úvěrů**
 - jednorázová splátka celé částky k datu splatnosti úvěru,
 - postupného splácení dlužné částky podle splátkového kalendáře, splátky jsou obvykle roční, úroky se platí měsíčně,
- **zajištění úvěru** – každý úvěr musí být zajištěn
 - zástavou majetku dlužníka, nejčastěji zástavou nemovitosti, o zástavě se uzavírá samostatná zástavní smlouva a ta se vkládá do katastru nemovitostí,
 - ručením třetí fyzické nebo právnické osoby, na kterou přecházejí závazky dlužníka při nesplácení úvěru a platbě úroků,
 - bankovní zárukou jiné komerční banky, která za úplatu ručí za závazky dlužníka.

Zdravotnická zařízení využívají bankovní úvěry především střednědobé na pořízení nové techniky a technologie a dlouhodobé na výstavbu nových léčebných pavilonů, technických a obslužných objektů a na rozsáhlou rekonstrukci stávajících zařízení. Při použití úvěru musí být pečlivě vyhodnocena ekonomická efektivnost investiční akce, aby se zdravotnické zařízení v důsledku půjčky nedostalo do finančních potíží a nakonec do insolvence znamenající ukončení jeho činnosti.

c) prostředky Evropské unie jsou finanční prostředky získané pro realizaci schválených projektů v rámci operačních programů, vyhlašovaných státními orgány. Pro resort zdravotnictví je to ministerstvo zdravotnictví. Podle pravidel Evropské unie musí být u financovaných projektů finanční spoluúčast státu a v mnoha případech i příjemce dotace EU, tj. konkrétního zdravotnického zařízení. Spoluúčast představuje cca 20 % z celkových nákladů projektu.

Příprava žádosti (projektu) o dotaci z prostředků EU je velmi náročná. V projektu musí být přesně specifikován časový průběh řešení a realizace, nákladové položky, cílové parametry a výstupy projektu. Po realizaci musí být nejméně po dobu tří let zajištěny výstupy v cílové podobě již bez finanční účasti prostředků EU, tj. vlastním financováním. Dotace z EU není určena na drobné akce, hodnota schválených projektů se pohybuje v desítkách až stovkách milionů korun. Tato forma financování je proto vhodná pro rozsáhlé projekty v oblasti investiční výstavby, pořízení nákladné techniky a vzdělávacích programů.

Prostředky z EU nejsou poskytnuty před zahájením projektu na jeho řešení a realizaci, ale zpětně až po jeho dokončení a prokázání cílových parametrů a výstupů. Tím se EU chrání před neefektivním financováním špatných nebo nedořešených projektů. Nevýhodou proto je, že celý projekt musí být nejdříve financován vlastními prostředky (státu a zdravotnickým zařízením). Jelikož se jedná o velké částky, zařízení nemají potřebné finance k dispozici. Nejčastěji tuto situaci řeší bankovním úvěrem, který splatí až po dokončení projektu a obdržení finanční dotace z EU. Přes tuto určitou nevýhodu jsou prostředky EU významným zdrojem pro rozvoj českého zdravotnictví.

8.3 Ostatní formy financování

Zdravotnická zařízení mohou pro provoz i investice získat finance i dalších zdrojů, které se někdy označují jako netradiční. Jsou to:

a) Leasing – představuje pronájem určitého předmětu od jeho vlastníka, na předem stanovenou dobu za dohodnutou odměnu. Vlastníkem předmětu je leasingová společnost, která jej na žádost zdravotnického zařízení zakoupí a následně mu jej pronajme. Jde tak o právní vztah tří stran – nájemce (zdravotnické zařízení), pronajímatel (leasingová společnost), dodavatel. Nájem předmětu se uskutečňuje na základě leasingové smlouvy, ve které jsou stanoveny podmínky pronájmu a to:

- předmět nájmu – specifikace pronajímaného předmětu (druh, typ, výrobní číslo, pořizovací cena),
- akontace – první splátka hrazená při převzetí předmětu, obvykle to bývá 30 % pořizovací ceny předmětu, v některých případech je nulová,
- doba trvání pronájmu, tj. leasingové smlouvy - odpovídá době odepisování daného předmětu (např. u automobilu 4 roky),
- měsíční splátka – její výše je stanovena z pořizovací ceny, doby pronájmu a odměny pronajímatele (bývá mírně nad úrokovou sazbou bankovního úvěru na daný předmět).

Z hlediska přechodu vlastnických práv k pronajatému předmětu se leasing dělí na:

- **finanční leasing** – slouží k trvalému pořízení majetku formou splátek, neboť nájemce má po uplynutí doby nájmu předmět odkoupit za dohodnutou zůstatkovou cenu. Leasing však nezahrnuje doprovodné služby jako je servis, opravy a pojištění majetku. Tyto náklady nese nájemce.
- **operativní leasing** – označován také jako provozní, slouží ke krátkodobému pronájmu, kdy ekonomická životnost předmětu přesahuje dobu nájmu. Nájemce nemá právo odkupu předmětu. Leasingová společnost po dobu nájmu zajišťuje všechny doprovodné služby.

Výhodou leasingu je pořízení předmětu s minimálními finančními výdaji a s možností hradit splátky z příjmů získaných provozováním pronajatého předmětu. U operativního leasingu je výhoda v krátké době pronájmu (jednoho roku či dvou), což umožňuje zdravotnickému zařízení pronajaté předměty průběžně obměňovat a využívat nejmodernější techniku. V České republice existuje mnoho leasingových společností, které nabízejí služby zdravotnickým zařízením. Např. jedna bankovní společnost nabízí leasing na vybavení lékařských prací všech specializací včetně nábytku a IT, vybavení operačních sálů, vybavení lůžkových zařízení, diagnostickou a zobrazovací techniku (EKG, UZV, CT, MRI), vybavení pro rehabilitační střediska, laboratorní techniku širokého zaměření, sanitní vozy. Vedle předmětů lze získat leasing i na nemovitosti.

b) faktoring a forfaiting – znamená odkup pohledávek před jejich splatností, obvykle při jejich vzniku, faktoringovou nebo forfaitingovou společností. Faktoring se uplatňuje u krátkodobých, forfaiting u dlouhodobých pohledávek. Zdravotnické zařízení, které má pohledávky s dlouhou dobou splatnosti, může je odprodat a tak rychle získat peníze potřebné na provoz nebo investice. Odkupující společnost si odečte z hodnoty pohledávky provizi, která je určena v závislosti na úrokové míře a riziku pohledávky.

Tato forma financování vyžaduje vyhodnocení efektu rychlého inkasa peněz a „ztráty“ z hodnoty pohledávky.

c) projekty PPP (Privat Public Partnership) – představují partnerství veřejného a soukromého sektoru při financování významných akcí, především investičních. Oba sektory se podílí na uspokojování služeb tradičně zajišťovaných veřejným sektorem formou spolupráce při financování, výstavbě, obnovení, správě či údržbě veřejné infrastruktury nebo poskytování veřejné služby. Princip metody lze ukázat na příkladu: soukromý investor financuje realizaci výstavby nemocnice, veřejné zdravotnické zařízení nemocnici provozuje a investor se po realizaci dlouhodobě podílí na výnosech z provozu nemocnice. U projektů PPP dochází k přenosu finanční zátěže a rizika realizace na soukromého investora zároveň s využitím jeho odborných zkušeností. Pro využití projektu PPP musí být uzavřena smlouva, která přesně definuje právní, finanční a ekonomické podmínky, práva a povinnosti obou partnerů. Podmínkou využití této metody financování je dosažení vysoké společenskoekonomické hodnoty. V resortu zdravotnictví byly zpracovány dva pilotní projekty PPP, jeden pro Ústřední vojenskou nemocnici (výstavba ubytovacího zařízení a parkoviště), druhý na výstavbu krajské nemocnice v Pardubicích, každý projekt v hodnotě přes 2 miliardy korun. Příprava a realizace projektů je v současné době pozastavena.

d) rizikový kapitál (joint venture) – jedná se o majetkový vstup investora do obchodní společnosti. Tato forma získání finančních prostředků se týká pouze soukromých zdravotnických zařízení. Za peněžní vklad investor získá podíl ve společnosti, většinou majoritní. Takto získané prostředky se využijí na rozvoj společnosti, novou techniku, rozšíření poskytovaných služeb. Investor přináší společnosti finance, vlastní manažerské zkušenosti a obchodní kontakty. Po dosažení rozvojových cílů investor ze společnosti vystoupí a svůj zhodnocený obchodní podíl odprodá.

e) tiché společenství – je forma financování, týkající se rovněž jen soukromých zdravotnických zařízení v právní formě obchodních společností. Zařízení uzavře s tichým společníkem (fyzickou nebo právnickou osobou) smlouvu o tichém společenství. Podle smlouvy tichý společník poskytne zařízení na stanovenou dobu (obvykle na 2 až 3 roky), určitou finanční částku, za přesně určený podíl na zisku společnosti. Po dobu trvání smlouvy mu společnost podíl na zisku vyplácí. Společník se také podílí na ztrátě společnosti, o níž se jeho poskytnutá částka snižuje. Po skončení tichého společenství se celá nebo snížená částka vrací tichému společníkovi. Výhodou takto získaných peněz je to, že tichý společník se nikde neuvádí, nemá právo podílet se na řízení společnosti a rozhodovat o využití poskytnuté finanční částky. Společnost má povinnost předat mu každý rok účetní závěrku.

8.4 Závěr

Financování zdravotnických zařízení je vícezdrojové. Hlavní zdroj financí z veřejného zdravotního pojištění se v budoucnu nebude zvyšovat, naopak může dojít k jeho poklesu. Podmínky financování zdravotnictví se neustále mění např. u úhradové vyhlášky. Proto nabývají na významu všechny způsoby financování, popsané v této kapitole. Jde o různé formy vlastních a cizích zdrojů, včetně netradičních. Zdravotnická zařízení, veřejná i soukromá, musejí tak využít všech možností k zajištění finančních prostředků pro svůj provoz a rozvoj, které jsou jim k dispozici.

Použitá literatura

- ARMSTRONG, M.: *Personální management*, Grada Publishing, Praha: 1999, ISBN 80-7169-614-5
- ARMSTRONG, M.: *Řízení lidských zdrojů, Nejnovější trendy a postupy* 10. vydání. Praha: Grada Publishing Praha 2007, ISBN 978-80-247-1407-3
- ARMSTRONG, M., STEPHENS, T.: *A Handbook of Management a Leadership*. London: Kogan Page Limited, 2005. ISBN 07494-4344-8
- ARMSTRONG, M., STEPHENS, T.: *Management a leadership*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 272 s. ISBN 978-80-247-2177-4
- BEDNAROVÁ, E., NOVÝ, I. a kol.: *Psychologie a sociologie v řízení*. Praha: Management Press, 1998
- BRODSKÝ, Z.: *Řízení lidských zdrojů pro managery: distanční opora*. Vyd. 2. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2010, ISBN 978-807-3953-096
- BUCHTA M., SIEGL M.: *Management*. Univerzita Pardubice, Pardubice 2005, 80-7194-828-4
- DRUMMOND, M. F., STODDART, G. L., TORRANCE, G. W.: *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1987. ISBN 0-19-261601-3
- DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9
- DURDISOVÁ, J. a kol.: *Sociální politika v ekonomické praxi*. Praha: VŠE, 2005
- DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001. ISBN 80-245-0217-8
- DYTRT, Z.: *Dobré jméno firmy*. 1. vyd. Praha: Alfa Publishing, 2006. 137 s. ISBN 80-86851-45-1
- DYTRT, Z. a kol.: *Etika v podnikatelském prostředí*. Praha: Grada Publishing, 196 str. 2006. ISBN 80-247-1589-9
- DYTRT, Z., STRÍTESKÁ, M.: *Efektivní inovace: odpovědnost v managementu*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2010. 150 s. ISBN 978-80-251-2771-1
- DYTRT, Z. a kol.: *Manažerská etika v otázkách a odpovědích*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. 208 s. ISBN 978-80251-3344-6
- FELDSTEIN, P. J.: *Health care economics*. Clifton Park: Delmar, 2002. ISBN 0-7668-0699-5
- FOOT, M., HOOK, C.: *Personalistika*, Computer Press Praha: 2002, ISBN 80-7226-515-6
- GLADKIJ, I.: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
- GRÜNWALD R., HOLEČKOVÁ J.: *Finanční analýza a plánování podniku*. Praha: Victoria Publishing, 1994. 549 s. ISBN 80-85605-42-2
- HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I.: *Sociální lékařství*. Brno: Masarykova Univerzita, 1998. ISBN 80-210-1907-7
- HOLČÍK, J. a kol.: *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005. ISBN 80-7013-417-8
- KLEIBL, J., DVOŘÁKOVÁ, Z., ŠUBRT, B.: *Řízení lidských zdrojů*, C.H. Beck, Praha: 2001. ISBN 80-7179-389-2
- KOUBEK, J.: *Řízení lidských zdrojů. Základy moderní personalistiky*. Management Press. Praha. 2001
- Kolektiv autorů: *Zarządzanie finansami wobec wyzwań XXI wieku*. Editor: Jacek Jaworski. Polsko: Warszawa, Ceresu Sp. z o.o, 222 str. 2010. ISBN 978-83-7556-267-5, EAN 9788375562675

- KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J.: *Ekonomía zdravotníctva*. Banská Bystrica: Phoenix, 1995. ISBN 80-900563-1-8
- LIVIAN, Y. F., PRAŽSKÁ, L.: *Řízení lidských zdrojů*, HZ, Praha: 1997, ISBN 80-86009-19-X
- MALÝ, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-2006-7
- MYŠKOVÁ, R.: *Zajišťování kvalitních ekonomických informací v podnikovém systému*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, FaME, Ústav financí a účetnictví, Sborník z Mezinárodní konference Finance a účetnictví ve vědě, výuce a praxi, 2005. ISBN 80-7318-288-2
- REKTOŘÍK, J.: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2007. ISBN 978-80-86929-29-3
- SEDLÁČEK, T.: *Ekonomie dobra a zla*. 1. vyd. Praha: 65. pole. 2009. 272 s. ISBN 97880-903944-3-8
- SIEGL M., BRODSKÝ, Z.: *Management – distanční opora*. Univerzita Pardubice, Pardubice 2010. ISBN 978-80-7395-315-7
- SOJKA, M.: *Dějiny ekonomických teorií*, VŠE Praha, 1991, ISBN 80-7277-055-1
- SPIRIT, M.: *Pojistné právo*. Praha: VŠE, 2000
- SYNEK, M. a kol.: *Manažerská ekonomika*. 5. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2011. 480 s. ISBN 978-80-247-3494-1
- ŠÁDA, V.: *Diagnostika průmyslového podniku*, SNTL, Praha, 1976
- ŠATERA, K.: *Perspektivy a dopady reformy zdravotního pojištění*, Brno. Knihovnička CZ, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7399-522-5
- ŠATERA, K.: *Zdravotní pojištění a ekonomika, skripta pro VŠ – Zlín*, 2010, ISBN 978-80-7318-971-6
- ŠATERA, K.: *Problematika sociální a zdravotní péče ve vztahu k sociálním službám*, recenzovaný sborník příspěvků ze zahajovací konference projektu Plánování sociálních služeb v Praze, Lara Consulting s.r.o., Praha, 2010
- ŠIMAN, J., PETERA, P.: *Financování podnikatelských projektů. Teorie pro praxi*. 1. vydání. Praha: C.H.Beck, 2010. 192 s. ISBN 987-80-7400-117-8
- VALACH, J. a kol.: *Finanční řízení podniku*. 2. vyd. Praha: Ekopress, 1999. 324 s. ISBN 8090199135
- VALACH, J.: *Investiční rozhodování a dlouhodobé financování*. 2. přepracované vydání. Praha: Ekopress, 2005. 465 s. ISBN 80-86929-01-9
- VALENTA, F.: *Etický aspekt funkce manažera In Kol. Manažerská etika II. - inspirace pro 21. století*. Praha: ECONOMIA, 2001. ISBN: 80-85378-19-1
- VALENTA, F.: *Inovace v manažerské praxi*. Praha: Velryba, 2001. 153 s. ISBN 80-85860-11-2
- VALENTA, F.: *Tvůrčí aktivita, inovace, efekty*. Praha: Svoboda, 1969. 258 s.
- VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S.: *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. Praha: ASPI, a.s., 2005. ISBN 80-7357-102-1
- VEBR, J., SRPOVÁ, J.: *Podnikání malé a střední firmy*. 2. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2008. 311 s. ISBN 978-80-247-2409-6
- VLČEK, R.: *Hodnota pro zákazníka*. Praha: Management Press, 2002. 444 s. ISBN 80-7261-068-6
- VLČEK, F.: *Řízení kompetencí zdravotnického personálu v kontextu zajištění kvalitní a bezpečné zdravotní péče – dizertační práce*, Olomouc 2009, Univerzita Palackého v Olomouci, Lékařská fakulta
- ÚSTAVA ČR, zákon č. 2/1992 Sb. o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD
- Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 (úhradová vyhláška)

- WAWROSZ, P.: *Zdroje financování podnikatelské činnosti*. 1. vydání. Ostrava: Sagit, 1999. 336 s. ISBN 80-7208-106-3
- Zákon č. 48/1997 Sb. *o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů*
- Zákon č. 95/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta*
- Zákon č. 96/2004 Sb. *o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů*
- Zákon č. 262/2006 Sb. *Zákoník práce*
- Zákon č. 513/1991 Sb. *Obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů*
- Zákon č. 563/1991 Sb. *o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů*
- IPODNIKATEL.CZ [online]. Leasing. [2011] Dostupný z: <<http://www.ipodnikatel.cz/tag/leasing/html>>
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY.[on-line] [2012-10-18]
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/45>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.[on-line] *Legislativa*. [2012-10-20]
Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [online]. 2011 [cit. 2011-10-22].
Zdravotní pojišťovny.
Dostupné z WWW: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Ekonomické výsledky nemocnic 2011*. [on line] [2011-0926] Dostupné z: <http://www.uzis.cz>



Brodský Zdeněk, Ing., Ph.D.

absolvent v roce 1999 Fakulty ekonomicko-správní Univerzity Pardubice, program ekonomicko-správní; Ph.D. v roce 2003 na Fakultě podnikatelské Vysokého učení technického v Brně. Od roku 2002 dosud pracuje jako odborný asistent na Fakultě ekonomicko-správní, přednáší personalistiku, management, řízení lidských zdrojů, malé a střední podnikání, zabývá se problematikou manažerské etiky a podnikové kultury. V posledních pěti letech je autorem 10 odborných článků či kapitol knih zaměřených na řízení lidských zdrojů, corporate social responsibility, motivace, spoluautorem 3 studijních opor, spoluřešitel projektu MPSV.



Duspiva Pavel, doc., Ing., CSc.

absolvent Fakulty strojní Českého vysokého učení technického v Praze, obor strojírenská technologie; CSc. v roce 1986 na Výrobně ekonomické fakultě VŠE v Praze, obor Odvětvové a průřezové ekonomiky; v roce 1990 jmenován docentem v oboru Ekonomika průmyslu. Dvacet let pracoval v technických a řídicích funkcích ve strojírenství a spotřebním průmyslu, osm let působil v soukromé firmě v oblasti ekonomického, organizačního a finančního poradenství. Od roku 1999 dosud pracuje jako docent na Fakultě ekonomicko-správní, přednáší finanční trhy, kapitálové trhy, cenné papíry a finanční investování, zabývá se problematikou podnikové ekonomiky.

V posledních pěti letech je autorem 6 odborných článků zaměřených na ekonomiku, finance a management, spoluautorem skript, byl řešitelem 1 transformačního projektu MŠMT, spoluřešitelem 1 transformačního projektu MŠMT a 1 projektu MPSV, zpracovatelem nového bakalářského, magisterského a doktorského studijního programu Ekonomika a management s jejich akreditací v letech 2004 až 2009.



Dytrt Zdenek, doc., Ing., CSc.

absolvent Vysoké školy ekonomické v Praze v roce 1966, obor ekonomiky průmyslu. Kandidátská disertační práce obhájena na Fakultě chemicko-inženýrské, Vysoké školy chemicko-technologické v Praze, v roce 1973. Jmenován docentem v roce 1984. Zaměstnán 10 let v podnikové praxi, od roku 1967 na Vysoké škole chemicko-technologické v Pardubicích. Od roku 1981 na Ekonomické fakultě Vysoké školy báňské v Ostravě a opět na Univerzitě Pardubice v roce 1992, kde pracuje dosud.

Ve spolupráci s francouzskou organizací založil sesterskou: Manažeři bez hranic v ČR v roce 1992 - vzdělávací instituce působila 5 let. V roce 1998 založil občanské sdružení Etika podnikání a veřejné správy, funguje dodnes. Zabývá se etikou v managementu a vzděláváním formou kulatých stolů. Manažerskou etiku přednáší na Fakultě ekonomicko-správní v Pardubicích a na Fakultě managementu a ekonomiky UTB ve Zlíně. Člen vědecké rady nakladatelství Computer Press.

Za posledních 5 let publikoval: Dytrt a kol: Manažerská etika v otázkách a odpovědích (2011), Dytrt, Z., Stříteská, M.: Efektivní inovace (2009) oboje v Computer Press, Dytrt a kol: Odpovědný management v podnikání a veřejné správě (GEORG, Žilina. (2012). Dytrt, Z., Pribyl, M.: Consumerism-Consquences of Ethics Absence, Global Journal of Management & Business Research, reg. Number 042089 (2012), Edice 10 dílů publikací Manažerská etika – inspirace 21. století - různá nakladatelství.

**Myšková Renáta, doc., Ing. et Ing., Ph.D.**

absolventka ČVÚT Praha, fakulta elektrotechnická, obor: Radiotechnika. V roce 1988 absolutorium postgraduálního studia na Výzkumném ústavu inženýrského studia, ČVÚT Praha; v roce 1999 titul Ing. na Univerzitě Pardubice (UPCE), fakulta ekonomicko-správní; Ph.D. – v roce 2003 na fakultě podnikatelské, VUT v Brně, obor: Řízení a ekonomika průmyslu; doc. – v roce 2007 na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor: Management a ekonomika podniku. Praxe: 1986 – 1995 učitelka odborných předmětů SPŠE Pardubice; 1995 – 1999 vedoucí ekonom ve společnosti ELFO Pardubice; 1998 – 1999 externí asistentka Ústavu ekonomiky, fakulta ekonomicko-správní (FES), UPCE; 1999 – 2005 odborná asistentka Ústavu ekonomiky a managementu, FES, UPCE; 2005 – 2007 vedoucí Ústavu ekonomiky a managementu FES, UPCE; od roku 2008 děkanka FES UPCE. Autorka monografie, distanční opory, spoluautorka 11 knižních publikací, 5 skript, autorka kapitoly v knize zabývající se finančními aspekty podnikání v ČR, spoluautorka kapitoly v monografii vydané v roce 2011 v USA, autorka odborných článků a vědeckých statí ve více než 10 zahraničních vědeckých časopisech a recenzovaných sbornících a více než 100 vědeckých studií v českých vědeckých časopisech.

**Šatera Karel, Ing., Ph.D., MBA**

absolvent Vysoké školy báňské v Ostravě, ekonomická fakulta, obor: Národohospodářské plánování. V letech 1994 – 1996 absolvoval Pražskou mezinárodní manažerskou školu při VŠE Praha a získal titul MBA. Ph.D. v roce 2003 na Vysoké škole báňské Ostrava – Technická univerzita, Ekonomická fakulta, obor: podnikatelství. Praxe: 1984 – 1994 ŽDB a.s., normovač, ekonom závodu, vedoucí odboru účetnictví; 1994 – 1996 finanční ředitel HZP Ostrava; 1996 – 1998 soukromý podnikatel; 1999 – 2008 ZP MV ČR, nejprve ekonomický ředitel a od roku 2000 generální ředitel; 2009 – odborný asistent Univerzita Pardubice; 2012 – vedoucí Ústavu správních a ekonomických věd, Univerzita Pardubice. V posledních 5 letech je autorem 9 odborných článků a kapitol knih zaměřených na ekonomiku zdravotnictví, autorem studijních opor zaměřených na ekonomiku zdravotnictví a zdravotní pojištění, spoluautorem 3 článků a kapitol knih týkajících se etiky a ekonomiky v návaznosti na zdravotnictví, autorem monografie *Perspektivy a dopady reformy zdravotního pojištění*, spoluautorem odborného článku k problematice BSC publikovaného v WSEAS, spoluřešitelem 1 projektu MPSV a 1 projektu MŠMT.

