

Návrh zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov

Mgr. Pavel Vančura

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Mgr. Pavel Vančura**
Osobní číslo: **M13661**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Návrh zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské
péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení
Krnov**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Proveďte průzkum literárních pramenů a vyhodnoťte teoretické poznatky o zdravotní péči, manažerském a marketingovém řízení ve zdravotnictví.

II. Praktická část

- Proveďte analýzu výchozích podmínek organizace pro zvýšení efektivity poskytování jejích služeb.
- Na základě výsledků analýzy navrhnete projekt zvýšení efektivity poskytovaných služeb.
- Zhodnoťte projekt z hlediska implementace do praxe.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

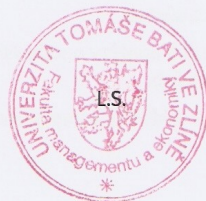
Seznam odborné literatury:

BUCKLEY, Patrick T. The complete guide to hospital marketing. 2nd ed. Danvers, MA: HCPro, c2009, 173 s. ISBN 978-1-60146-351-7.
GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
SOUČEK Zdeněk a Jan BURIAN. Strategické řízení zdravotnických zařízení. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2006, 196 s. ISBN 80-869-4618-5.
STAŇKOVÁ, Pavla. Marketingové řízení nemocnic. 1. vyd. Žilina: Georg, 2013, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.
THOMAS, Richard K. Health services marketing. 2nd ed. New York: Sprinter science + Bussines Media, 2008, 157 s. ISBN 978-0-387-73604-4.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Eliška Pastuszková, Ph.D.**
Ústav financí a účetnictví
Datum zadání diplomové práce: **16. února 2015**
Termín odevzdání diplomové práce: **27. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 16. února 2015

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

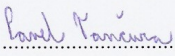
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 17. dubna 2015


.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá návrhem zvýšení efektivnosti Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje systému poskytování zdravotní péče v České republice a principům jejího financování. Praktická část analyzuje prostředí zdravotnické instituce a základní ekonomické charakteristiky pracoviště. Na základě analýzy je navržen systém opatření ke zvýšení efektivnosti pracoviště. Výstupem práce je návrh finančního plánu oddělení pro rok 2016. Praktické využití práce předpokládá i management Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov.

Klíčová slova: marketing ve zdravotnictví, marketingové řízení nemocnic, PEST analýza, SWOT analýza, zdravotnictví, nemocnice

ABSTRACT

The present thesis deals with the increase of effectiveness of the Nursing Department Dvorce, an Associated Medical Facility in Krnov. The following text is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the system providing health care in the Czech Republic and principles of its financing. The practical part analyses the environment of the health institution and basic economic characteristics of its workplace. Based on the analysis, a system of measures of the workplace to increase its effectiveness immediately follows. The outcome of the research is a suggestion for the department's financial plan for the year 2016. Associated Medical Facility Krnov also assumes the practical usage of the present thesis.

Keywords: healthcare marketing, marketing management of hospitals, PEST analysis, SWOT analysis, healthcare, hospital

Rád bych poděkoval Ing. Elišce Pastuszkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za cenné připomínky při její tvorbě. Děkuji managementu Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov za poskytnuté podklady pro tvorbu práce, za řadu konzultací k dané problematice a za všestrannou podporu v průběhu vypracování diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	10
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 SYSTÉM POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A PRINCIPY JEJÍHO FINANCOVÁNÍ	13
1.1 SEGMENTY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	13
1.2 PRINCIP FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	20
1.2.1 Financování zdravotnictví jako celku	20
1.2.2 Systém financování nemocnic	21
1.2.2 Financování ambulantní zdravotní péče	23
2 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ	26
2.1 SPECIFIKA MARKETINGU VE ZDRAVOTNICTVÍ	27
2.2 ÚROVNĚ MARKETINGU VE ZDRAVOTNICTVÍ	29
2.2.1 Masový marketing	29
2.2.2 Cílený marketing	30
2.2.3 Mikromarketing	30
2.3. MARKETINGOVÝ MIX VE ZDRAVOTNICTVÍ	30
3 MARKETINGOVÉ ŘÍZENÍ NEMOCNIC	33
3.1 MARKETINGOVÁ SITUAČNÍ ANALÝZA	34
3.1.1 Analýza makroprostředí	34
3.1.2 Analýza vnějšího mikroprostředí	35
3.1.3 Analýza vnitřního mikroprostředí	36
3.1.4 SWOT analýza	37
3.2 MARKETINGOVÉ PLÁNOVÁNÍ	37
3.3 MARKETINGOVÉ STRATEGIE	39

3.4	MARKETINGOVÁ KONTROLA	41
4	EKONOMICKÉ UKAZATELE HODNOCENÍ	
	EFEKTIVNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE	42
4.1	NÁKLADY, VÝNOSY, VÝSLEDEK HOSPODAŘENÍ	43
4.2	NÁSTROJE ŘÍZENÍ NÁKLADŮ	45
4.3	NÁSTROJE HOSPODAŘENÍ A FINANČNÍHO ŘÍZENÍ	45
4.4	FINANČNÍ ANALÝZA	47
4.5	SPECIFICKÉ UKAZATELE VE ZDRAVOTNICTVÍ	47
5	ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	50
II	PRAKTICKÁ ČÁST	51
6	SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV	52
6.1	ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA SDRUŽENÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ KRNOV	53
6.2	ORGANIZAČNÍ CHARAKTERISTIKA	54
6.3	CHARAKTERISTIKA POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	56
6.4	NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE	57
7	ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	60
8	ANALÝZA PROSTŘEDÍ ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	62
8.1	ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ	62
8.1.1	Politicko – právní prostředí	62
8.1.2	Ekonomické prostředí	63
8.1.3	Sociální prostředí	64
8.1.4	Technologické prostředí	65
8.2	ANALÝZA MEZOPROSTŘEDÍ	66
8.3	ANALÝZA MIKROPROSTŘEDÍ	69
8.4	SWOT ANALÝZA	70

8.5	SHRNUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI	71
9	ANALÝZA ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ	
	ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	73
9.1	ANALÝZA EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ	73
9.2	ANALÝZA SPECIFICKÝCH ZDRAVOTNICKÝCH UKAZATELŮ	75
10	NÁVRH ZVÝŠENÍ EFEKTIVNOSTI ODDĚLENÍ	
	OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	78
10.1	NÁVRH MARKETINGOVÉHO ŘÍZENÍ ODDĚLENÍ	78
10.2	NÁVRH V OBLASTI HLAVNÍ ČINNOSTI	80
10.3	NÁVRH V PROVOZNÍ OBLASTI	81
10.4	ČASOVÝ PLÁN NAVRŽENÝCH OPATŘENÍ	82
10.5	NÁVRH FINANČNÍHO PLÁNU NA ROK 2016	83
	ZÁVĚR	86
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	88
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	91
	SEZNAM OBRÁZKŮ	93
	SEZNAM TABULEK	94
	SEZNAM PŘÍLOH	95

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá návrhem zvýšení efektivnosti zdravotnického oddělení, konkrétně Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov.

Zdraví, které je vnímáno jako nejdůležitější životní hodnota, je nepostradatelným předpokladem kvalitního a plnohodnotného života. Vzhledem k vývoji demografických ukazatelů je nutno klást v současné době i v blízké budoucnosti důraz především na rozvoj dlouhodobé a ošetrovatelské péče. Tomuto trendu je nutno přizpůsobit i strukturu nabízených služeb. Jen v tomto případě bude možné adekvátním způsobem reagovat na požadavky veřejnosti.

Pro vytvoření návrhu zvýšení efektivnosti, jako téma diplomové práce, bylo vybráno konkrétní zdravotnické pracoviště, Oddělení ošetrovatelské péče Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. Pracoviště je od roku 2003 součástí uvedeného zařízení, vzhledem k určitým specifikům nabízí možnosti pro zefektivnění činnosti pracoviště jako celku.

Teoretická část diplomové práce je zaměřena na popis systému poskytování zdravotní péče v České republice a na principy jejího financování, specifikaci marketingu ve zdravotnictví, problematiku marketingového řízení nemocnic a analýzu základních ekonomických ukazatelů používaných při hodnocení efektivnosti zdravotní péče.

Úvod praktické části analyzuje instituci jako celek a popisuje konkrétní zdravotnické pracoviště. Analytická část se opírá o analytické marketingové metody, z nichž byla vypracována PEST analýza, Porterova analýza a SWOT analýza. V další části práce jsou potom analyzovány základní ekonomické ukazatele pracoviště s důrazem na analýzu specifických ukazatelů používaných ve zdravotnictví. Důraz je kladen nejen na jednotlivé ukazatele, ale především na jejich vývoj v čase. Na základě vyhodnocení provedených analýz je vypracován návrh na zvýšení efektivnosti daného pracoviště, cíl projektu. Navržená doporučení budou podrobena časové a dílčím způsobem i nákladové analýze, aby byla ověřena realizovatelnost navržených postupů.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Cílem diplomové práce je návrh opatření, která povedou ke zvýšení efektivnosti konkrétního zdravotnického oddělení – Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. Efektivnost je v tomto případě vnímána nejen jako snaha o dosažení co nejlepšího hospodářského výsledku, ale jako komplexní problematika využití maximálního potenciálu daného zdravotnického pracoviště. Kromě analýzy vývoje hospodářského výsledku je tudíž v práci věnována značná pozornost využití lůžkového fondu. Příjmy z hlavní činnosti totiž tvoří naprosto podstatnou složku tržeb a mají na vlastní hospodářský výsledek pracoviště rozhodující vliv. Vedlejší činnost v rámci analyzovaného pracoviště není realizována, tudíž s ní není počítáno ani v návrhu zvýšení efektivnosti pracoviště.

Jako metod práce bylo využito metod marketingového řízení a metody analýzy hospodářského výsledku společně s analýzou specifických ukazatelů ve zdravotnictví.

Marketingové řízení využívá metodu marketingové situační analýzy zahrnující analýzu makroprostředí, analýzu vnějšího mikroprostředí a analýzu vnitřního mikroprostředí. Všechny dílčí analýzy jsou zpracovány do SWOT analýzy, která podrobně identifikuje silné a slabé stránky pracoviště, jeho příležitosti a hrozby. SWOT analýza je výchozím zdrojem pro posouzení současného stavu oddělení a pro navržení opatření k odstranění slabých stránek pracoviště a jeho hrozeb.

Hospodářský výsledek pracoviště je analyzován na základě rozborových tabulek daného pracoviště a to s ohledem na vliv jednotlivých realizovaných opatření na jeho výši. Současně je zohledněna korelace mezi hospodářským výsledkem a příjmy z hlavní činnosti. Na základě vývoje vztahu mezi hospodářským výsledkem a hlavní činností je navržena rozborová tabulka pro rok 2016, která zohledňuje i další navržená opatření v marketingové a provozní oblasti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYSTÉM POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A PRINCIPY JEJÍHO FINANCOVÁNÍ

Úvodní kapitola diplomové práce definuje základní segmenty zdravotní péče v ČR a popisuje základní mechanismy jejího financování. Důraz je kladen na komplexní pojetí systému poskytování zdravotní péče jako celku.

1.1 Segmenty zdravotní péče v ČR

Jednotlivé segmenty poskytované zdravotní péče v ČR jsou definovány v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který vstoupil v platnost dne 1.4.2012. Tato zákonná úprava nahradila zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který byl opakovaně novelizován a jehož obsah i struktura již nevyhovovaly současnému pojetí zdravotní péče.

Druhy a formy zdravotní péče definuje část druhá, hlava I, § 5 - § 10.

§ 5 Druhy zdravotní péče

(1) Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí jsou:

- a) neodkladná péče, jejímž účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,
- b) akutní péče, jejímž účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,
- c) nezbytná péče, kterou z lékařského hlediska vyžaduje zdravotní stav pacienta, který je zahraničním pojištěncem, s přihlédnutím k povaze dávek a k délce pobytu na území České republiky; v případě zahraničních pojištěnců z členského státu Evropské unie, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské konfederace musí být zdravotní péče poskytnuta v takovém rozsahu, aby zahraniční pojištěnec nemusel do země vycestovat dříve, než původně zamýšlel,
- d) plánovaná péče, která není zdravotní péčí uvedenou v písmenech a), b) nebo c)

(2) Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou

- a) preventivní péče, jejímž účelem je včasné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku,
- b) diagnostická péče, jejímž účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby,
- c) dispensární péče, jejímž účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci,
- d) léčebná péče, jejímž účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu,
- e) posudková péče, jejímž účelem je zjištění, zda 1. nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na něho klade výkon práce, služby, povolání nebo jiných činností v konkrétních podmínkách, nebo 2. zdravotní stav pacienta je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce, služby, povolání, jiných činností nebo pro jiné účely,
- f) léčebně rehabilitační péče, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona, jde o lázeňskou léčebně rehabilitační péči,
- g) ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo

vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,

- h) paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí,
- i) lékařská péče a klinickofarmaceutická péče (dále jen lékařské péče), jejímž účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích, zajišťování, uchovávání, výdej a prodej potravin pro zvláštní lékařské účely; v rámci této péče je dále poskytováno poradenství, konzultační služby a další služby v oblasti prevence a včasného rozpoznávání onemocnění, podpory zdraví a posuzování a kontrola účelného, bezpečného a hospodárného užívání léčivých přípravků a postupů s tím spojených.

(3) Prováděcí právní předpis stanoví a) druhy, obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, okruhy osob, kterým jsou jednotlivé druhy preventivních prohlídek poskytovány, a okruhy poskytovatelů, kteří preventivní prohlídky provádějí, b) nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí prováděných prohlídek a okruhy poskytovatelů provádějících dispenzární péči.

§ 6 Formy zdravotní péče

Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

§ 7 Ambulantní péče

(1) Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.

(2) Ambulantní péče je poskytována jako

- a) primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel,
- b) specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4,
- c) stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.

(3) Součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli o oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.

§ 8 Jednodenní péče

Jednodenní péče je zdravotní péčí, při jejímž poskytnutí se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů. Při poskytování jednodenní péče musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.

§ 9 Lůžková péče

(1) Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.

(2) Lůžkovou péčí je

- a) akutní lůžková péče intenzivní, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
- b) akutní lůžková péče standardní, která je poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní

lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,

- c) následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,
- d) dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

§ 10 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

(1) Zdravotní péčí poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou

- a) návštěvní služba,
- b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče.

(2) Ve vlastním sociálním prostředí pacienta lze kromě zdravotní péče podle odstavce 1 poskytovat umělou plicní ventilaci a dialýzu.

(3) V rámci zdravotní péče podle odstavce 1 lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení (Česko, 2011).

Gladkij (2003, s. 46) rozlišuje typologii zdravotnických institucí podle třídícího, aplikačního a systémového hlediska.

Praktický význam má jednoduchá typologie podle třídícího hlediska, která dělí zdravotnické instituce na:

- ambulantní a lůžkové instituce
- preventivní, kurativní a rehabilitační instituce
- instituce pro akutní a chronickou léčbu

- instituce vzniklé na bázi medicínských oborů
- instituce pro primární, sekundární a terciální léčbu (Papeš, 2002, s. 31)

Ze systémového hlediska je účelné dělit zdravotnické instituce z hlediska jejich začlenění do primární, sekundární a terciální zdravotní péče (Gladkij, 2003, s. 49).

V ČR je primární zdravotní péče poskytována na municipální nebo lokální úrovni a v současné době zahrnuje následující čtyři druhy lékařů primární péče:

- praktický lékař pro dospělé
- praktický lékař pro děti a dorost
- stomatolog
- gynekolog (Gladkij, 2003, s. 49)

Primární péče je hrazena převážně z veřejných zdrojů a to přesto, že většina lékařů primární péče provozuje soukromé ambulance. Přes preventivní poslání primární péče převažuje v ČR převážně kurativa. Proces přeposílání pacientů z primární péče k ambulantním specialistům je v ČR poměrně rozvinutý (Gladkij, 2003, s. 50).

Sekundární péče zahrnuje specializovanou ambulantní a odbornou nemocniční péči (lůžkovou i ambulantní). Sekundární péče nezahrnuje vysoce specializovanou péči, i když trend prolínání obou typů péče je v současné době velice výrazný (Gladkij, 2003, s. 50).

Terciální zdravotní péče představuje vysoce specializované a komplexní služby, které jsou zpravidla mimořádně nákladné. Tento typ péče je v ČR poskytován převážně ve fakultních a krajských nemocnicích a také ve výzkumných ústavech zřízených MZ (např. IKEM a další oborové výzkumné ústavy).

Pro ČR je typická velice rozsáhlá síť nemocnic a odborných ambulancí. Menší část malých nemocnic (do 200 lůžek se 4 základními odděleními, tvořily asi 45% všech nemocnic) byla v minulém období transformována na nemocnice dlouhodobé péče. Síť okresních nemocnic (asi 45% nemocnic) byla po zrušení okresních úřadů převedena na krajské úřady jako zřizovatele. Zrušeno bylo minimální množství nemocnic (Gladkij, 2003, s. 50).

Nemocnice lze zpravidla třídit podle několika hledisek (Gladkij, 2003, s. 51-52):

1. Podle průměrné délky ošetrovací doby rozlišujeme nemocnice pro akutní péči (hospitalizace do 30 dnů) a nemocnice pro dlouhodobou péči.
2. Podle typu vlastnictví jsou nemocnice klasifikovány na:

- nemocnice ve vlastnictví a správě státu; jedná se zpravidla o velké krajské, fakultní a vojenské nemocnice,
 - veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě měst a obcí,
 - soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církví, dobročinných organizací; soukromé nemocnice typu akciových společností, družstev a jiných typů firem, založené na podnikatelském principu.
3. Podle převažujícího typu péče se nemocnice dělí na nemocnice všeobecné a nemocnice specializované. Všeobecné nemocnice jsou velice často klasifikovány podle rozsahu lůžkového fondu nemocnice na:
- nemocnice malé (do 300 lůžek)
 - nemocnice střední (300 – 600 lůžek)
 - nemocnice velké (kapacita nad 600 lůžek)

Specializované nemocnice mají v ČR převážně charakter odborných léčebných ústavů (psychiatrické léčebny, léčebny TRN aj.). V ČR nejsou lůžka v těchto ústavech zahrnována pod lůžkový fond nemocnic (Papeš, 2002, s. 29).

V posledních asi 20 letech lze v jednotlivých zemích zaznamenat následující tendence ve vývoji nemocniční péče:

- Existují snahy optimalizovat lůžkový fond nemocnic z hlediska jeho kapacit, struktury a celkové efektivity.
- Dochází k postupnému snižování průměrné délky hospitalizace.
- V některých zemích dochází při snižování počtu lůžek k tlaku na jejich obsazení.
- Některé výkony se přesouvají do ambulantní a semiambulantní péče.
- Vzhledem k demografickým změnám se projevují snahy reprofilizovat lůžkový fond ve prospěch lůžek pro dlouhodobě nemocné.
- Hledají se takové způsoby financování nemocnic, které by motivovaly nemocniční týmy k posilování kvality a racionálnímu využívání prostředků.
- Obecně je akceptována zásada, že potřebná a lékařsky opodstatněná nemocniční péče by měla být dostupná pro všechny občany, a to bez ohledu na platební schopnosti jedinců.

- Rozvoj nových medicínských technologií klade nemalé nároky na ceny nemocniční péče a orientuje pozornost na zkoumání účinnosti a efektivnosti těchto nových technologií.
- Prakticky ve všech vyspělých zemích probíhají větší nebo menší reformy nemocniční péče zaměřené na zvyšování kvality a efektivity (Papeš, 2002, s. 31-32).

1.2 Princip financování zdravotní péče v ČR

Problematikou financování zdravotnictví se v současné době zabývají prakticky všechny vyspělé i rozvojové země. Hlavním důvodem je skutečnost, že úroveň příjmů ve zdravotnictví nestačí pokrývat výdaje, které rostou prudkým tempem vzhledem k vývoji demografických ukazatelů a v neposlední řadě i díky rozvoji nových technologií (Gladkij, Strnad, 2002, s. 36-37).

Podíl výdajů na zdravotnictví v roce 1990 dosahoval v České republice necelých 5% HDP, od roku 1993 tento podíl kolísá okolo hodnoty 7%. Tento růst je dán nejen výše uvedenými faktory, ale i změnou financování zdravotní péče v České republice po roce 1990 (Gladkij, Strnad, 2002, s. 58-62).

Všechny tyto změny znamenají zvýšení úrovně léčby a možnost léčby u dosud nevléčitelných chorob. Na druhé straně potom stojí vysoké náklady na tyto nové technologie. Hlavním problémem financování zdravotnictví je potom nalezení optima mezi oběma faktory (Gladkij, 2000, s. 138).

Ve světě existuje řada modelů financování zdravotnictví, ale všechny řeší tento základní problém. Vždy potom záleží na politické a ekonomické situaci dané země, na tradicích a kulturních zvyklostech, jakých prostředků se k řešení této problematiky použije (Šatera, 2010, s. 64-68).

1.2.1 Financování zdravotnictví jako celku

V roce 2012 bylo 78,8% výdajů na zdravotnictví hrazeno ze systému veřejného zdravotního pojištění. Státní a územní rozpočty hradily 5,3% celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 15,9%. (ÚZIS, 2013). Podíl soukromých výdajů na zdravotnictví rostl zejména po roce 2008, a to v souvislosti se zavedením regulačních poplatků. Jejich výrazné omezení od 1.1.2014 a praktické zrušení od 1.1.2015 (zůstal pouze regulační poplatek za pohotovostní

službu) teprve ukáže jestli se podíl soukromých výdajů na zdravotnictví sníží.

Celkové výdaje na zdravotnictví se oproti roku 2011 zvýšily o 5,9 miliardy Kč a v roce 2012 dosáhly celkem 293,6 miliardy Kč, tj. 27 940 Kč na jednoho obyvatele. Uvedené celkové výdaje představují 7,63% HDP roku 2012. Výdaje systému zdravotního pojištění a výdaje veřejných rozpočtů činily celkem 246,9 miliardy Kč, tj. o 4,5 miliardy Kč více než v roce 2011. Nárůst celkových i veřejných výdajů je dán především růstem výdajů veřejného zdravotního pojištění o 5,7 miliardy Kč při poklesu výdajů veřejných rozpočtů o 1,2 miliardy Kč. Soukromé výdaje na zdravotnictví vzrostly celkem o 1,4 miliardy Kč, tj. o 3% (ÚZIS, 2013).

U sedmi zdravotních pojišťoven působících na konci roku 2012 bylo evidováno 10,405 milionu pojištěnců, z toho 59,3% u Všeobecné zdravotní pojišťovny. Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly 229,7 miliardy Kč. Celkové výdaje tohoto systému dosáhly 231,3 miliardy Kč. Ke konci roku 2012 evidovala VZP závazky 740 mil. Kč vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti. Příjmy od státu za nevýdělečné pojištěnce činily v roce 2012 asi 52,9 miliardy Kč (ÚZIS, 2013). V roce 2013 došlo k navýšení platby za tyto pojištěnce z 723,- Kč/měsíc o 50,- Kč na částku 773,- Kč/měsíc.

Pro rok 2014 vyčíslila například VZP ČR ve svém zdravotně pojistném plánu, který se řídí úhradovou vyhláškou, že vynaloží na zdravotní péči 142,2 miliardy Kč, tj. o tři miliardy více než v roce 2013. VZP ČR podle modelací dopadů úhradové vyhlášky vypočetla, že v roce 2014 přidá prostředky 136 nemocnicím, snížení se dotklo 13 nemocnic. Tato zařízení v roce 2013 změnila skladbu poskytované péče a v současné době se soustřeďují zejména na dlouhodobou a ošetrovatelskou péči. Nárůstu o 11% se dle plánu dočkal segment lázeňství a vzrostly rovněž náklady v segmentu ambulantní péče, gynekologové si polepšili o 3,9% a stomatologové o 3,8%. Výjimku tvořili praktičtí lékaři, u kterých byly náklady stejné jako v roce 2013, protože je úhradová vyhláška nesvazovala tak jako ostatní ambulantní obory. Pokles byl zaznamenán u nákladů na léky, kdy úspory přinesl tzv. pozitivní list. Ale například segment centrové péče, konkrétně moderní biologická léčba, zaznamenala v roce 2014 výrazný nárůst (Klusáková, 2014, s. 1-2).

1.2.2 Systém financování nemocnic

Systém financování zdravotní péče prostřednictvím státního rozpočtu byl v roce 1992 nahrazen systémem, kdy byla zdravotní péče financována prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Nemocnice byly počínaje tímto obdobím placeny z prostředků

zdravotního pojištění prostřednictvím platby za výkon. Nemocnice vykazovaly své výkony v bodech a hodnota bodu se odvíjela od příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven. Tento systém plateb vedl k nepřiměřené honbě za body, ke zbytečnému prodlužování délky hospitalizací a k neúměrnému zvyšování nákladů na nemocniční péči (Gladkij, 2003, s. 122).

Od 1.1.1997 zavedlo Ministerstvo zdravotnictví nový seznam zdravotních výkonů, který stanovoval hodnotu bodu přímo korunovou sazbou. V roce 2007 došlo k další změně systému a nemocnice byly financovány prostřednictvím tzv. paušálních plateb. Systém vycházel z předpokladu, že převážná většina nákladů nemocnic je fixních, a není tudíž závislá na počtu pacientů či počtu realizovaných výkonů. Gladkij (2003, s. 122) uvádí, že tyto náklady tvoří přibližně 75% celkových nákladů nemocnic. Výše paušálu byla potom stanovena podle skutečné výše nákladů z předchozího roku.

Paušální systém financování nemocnic měl však řadu problémů:

- rozpočet byl navyšován velice pomalu, a to na základě tzv. dohodovacího řízení se zdravotními pojišťovnami,
- vzhledem k tomu, že výše paušálu byla stanovena na základě hospodaření z minulých let, docházelo k neobjektivnímu rozdělování prostředků mezi jednotlivé nemocnice,
- docházelo k potlačování rozhodování pacienta z hlediska kvality péče, nemocnice poskytující kvalitní péči nemohly přijímat další pacienty, protože měly vyčerpaný rozpočet, nemocnice s menší kvalitou služeb měly dostatek prostředků a mohly přijímat prakticky neomezený počet pacientů (Gladkij, 2003, s. 122-123).

Od 1.1.2012 došlo k zásadní změně ve financování nemocnic. Přibližně 75% nemocniční péče je financováno prostřednictvím plateb za diagnostické skupiny – Diagnosis Related Groups (DRG). Tento systém klasifikuje skupiny pacientů podle příbuzných diagnóz do jednotlivých skupin a na základě vypočítaných průměrných nákladů je stanovena relativní váha dané skupiny. Tento systém, který je jednou z forem tzv. řízené péče, je ve světě uplatňován od roku 1962 a v České republice ve formě pilotního projektu od roku 1996.

Z nákladového pohledu se systém DRG jeví jako efektivnější než předchozí systém, nutí nemocnice k poskytování kvalitnější péče a zároveň ke zkrácení délky hospitalizace.

Z pohledu Ministerstva zdravotnictví ČR výhody DRG systému spočívají především v těchto bodech:

Spravedlnost. Spravedlnost je definována jako stejná úhrada za stejnou službu. Princip DRG má odstranit základní nespravedlnost v přerozdělování financí pomocí úhradového systému.

Měřitelnost. Systém DRG umožňuje měření a porovnávání produktivity a kvality poskytované zdravotní péče.

Transparentnost. Systém DRG by měl fungovat jako prevence korupčního prostředí díky přesně stanovené ceně za poskytnutou zdravotní službu.

Efektivita. Systém DRG není zaměřen pouze na ekonomickou výkonnost, ale i na kvalitu realizované péče a měl by napomoci k odhalení reálné efektivity hospodaření jednotlivých nemocnic (Staňková, 2013a, s. 53).

Je však skutečností, že zbývajících 25% nemocnic je dosud placeno jinou formou, než formou DRG. Nadále přetrvávají především platby tzv. paušální platbou, dále u některých typů péče platby za tzv. lůžkoden, platby za balíčky péče a platby za superspecializovanou péči ve zvláštních centrech. Tato skutečnost je výraznou překážkou v porovnávání efektivity hospodaření jednotlivých nemocnic.

1.2.3 Financování ambulantní zdravotní péče

Praktičtí lékaři. Základním principem financování praktických lékařů je tzv. kombinovaná kapitačně výkonová platba. Její výše je součtem základní sazby v určité výši korunového vyjádření za měsíc na jednicového pojištěnce a úhrad výkonů hrazených mimo kapitační platbu a výkonů za neregistrované pojištěnce podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR obsahující Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je vyhláškou pevně stanovena v Kč. Výše základní sazby na jednicového pojištěnce je upravena v závislosti na výši regulačního koeficientu – bonifikaci GIP (Gladkij, 2003, s. 114-117).

Ambulantní specialisté. Tato početná skupina lékařů představuje z hlediska financování zdravotní péče nejvíce problémovou oblast, neboť současný systém financování neuspokojuje ambulantní specialisty ani zdravotní pojišťovny. Platba za poskytnuté zdravotní výkony spočívala ve vytvoření Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Podle něj vykazuje specialista své výkony a k nim sazebník přiřazuje určitý počet bodů. Pro výši finančního ohodnocení je potom rozhodující korunová výše jednoho bodu. Hodnota bodu je potom výsledkem dohodovacího řízení mezi Lékařskou komorou a pojišťovnami. Druhým principem je

hrazení výkonů formou tzv. maximální úhrady, kdy lékaři mají určitou částku určenou jako strop, kterou nemohou překročit. Výše stropu se počítá na jednoho ošetřovaného pojištěnce. V této práci jsou popsány pouze základní principy, celý systém úhrad je ještě podstatně složitější (Gladkij, 2003, s. 117).

Stomatologická péče. Česká stomatologická komora již v roce 1997 prosadila samostatný sazebník stomatologických výkonů, jakož i samostatné ocenění stomatologické péče. Výkony nejsou ohodnoceny v bodech, ale přímo v korunovém vyjádření. Kromě toho sazebník obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem, popř. výrobků, na něž pacient přispívá částečně. Součástí některých výkonů stomatologické péče jsou i protetické práce, proto se část peněz za stomatologické ošetření přesouvá do příjmů stomatologických laboratoří. Systém financování stomatologické péče je poměrně stabilní a bezproblémový, diskuze se vedou pouze o rozsahu financování stomatologické péče ze systému veřejného zdravotního pojištění (Gladkij, 2003, s. 119).

Komplement. Zdravotní péče poskytovaná těmito zařízeními je hrazena podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR paušální sazbou za zdravotní péči, která se stanoví jako objem úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v tzv. referenčním období, kterým je první, respektive druhé čtvrtletí roku, vynásobené indexem změny výkonnosti zdravotnického zařízení podle příslušné pojišťovny, jež zohledňuje přesuny pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a výkonovým systémem. Tento systém je poměrně velice složitý, efektivnější by bylo zavedení systému přímých plateb za provedený výkon (Gladkij, 2003, s. 117-119).

Fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních + homecare. Úhrada tohoto segmentu zdravotnické péče je realizována na základě příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR hodnotou bodu v Kč do limitu nositele výkonu na pracovní den. Nadstandardní služby mohou být poskytovány za přímou úhradu (Gladkij, 2003, s. 119-120).

Lékařská služba první pomoci. Podobně jako u předchozího typu péče je úhrada zdravotní péče prováděna podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR hodnotou bodu v Kč. Původně zavedené maximální hranice úhrady byly zrušeny a v současné době systém financování tohoto druhu péče existuje bez dalších regulací (Gladkij, 2003, s. 120).

Zdravotnická záchranná služba. Zdravotnická záchranná služba je financována buď paušální sazbou oproti referenčnímu pololetí nebo formou hodnoty bodu v Kč podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR. Toto řešení není zcela optimální, protože počet ošetřených může výrazně kolísat a zdravotnická zařízení nemají možnost tuto skutečnost žádným způsobem ovlivnit (Gladkij, 2003, s. 120).

Doprava (DRNR). Veškerá zdravotnická doprava je financována obdobným způsobem jako zdravotnická záchranná služba, tj. paušálem oproti referenčnímu čtvrtletí nebo hodnotou bodu v Kč podle příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR (Gladkij, 2003, s. 120-121).

Lékárny a financování léků. Součástí financování systému zdravotní péče jsou i platby za léky, léčebné pomůcky, popř. i další zboží, které je pacientům vydáváno prostřednictvím lékáren.

Léky jsou pacientům vydávány:

zdarma,

s doplatkem,

za plnou úhradu v hotovosti.

Finanční částky vyplývající z lékařských předpisů lékárny nárokují u příslušné zdravotní pojišťovny. V dalším měsíci je částka po případné korekci poukázána zdravotní pojišťovnou na účet příslušné lékárny. Způsob financování léků určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Léky jsou distribuovány až po jejich registraci Státním ústavem pro kontrolu léčiv, který odpovídá za jejich kvalitu a složení. Stát reguluje i ceny léků, když maximální ceny jsou stanoveny Ministerstvem financí ČR. Od roku 1995 se používá tzv. generický princip kategorizace a úhrad, to znamená, že ve skupině generických substancí je alespoň jeden lék, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění. U ostatních léků rozdíl mezi úhradou a cenou doplácí pacient. V této oblasti je rozhodující činnost Kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví ČR (Šatera, 2012, s. 45-54).

2 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ

Sektor zdravotnických služeb je významnou součástí trhu služeb. Tento terciální sektor ekonomiky v posledních desetiletích ve vyspělých zemích výrazně vzrostl, přičemž primární a sekundární sektor značně poklesl. Služby se v současné době podílí na celkovém mezinárodním obchodu asi 25%.

Kotler s Armstrongem definují službu jako jakoukoliv činnost nebo výhodu, kterou jedna strana může nabídnout druhé straně, je v zásadě nehmotná a jejím výsledkem není vlastnictví. Produkce služeb může, ale nemusí být spojena s hmotným produktem.

Trh zdravotnických služeb řadíme do okruhu tzv. kvinterních služeb, tj. služeb které mění a zdokonalují příjemce služeb.

Protože že i oblast zdravotnictví se v posledních 25 letech nachází v prostředí hospodářské soutěže, tak i zde se stalo nutností využití metod marketingu. Vzhledem ke specifčnosti tohoto odvětví má i marketing v této oblasti některé odlišnosti od marketingu v klasickém obchodě či službách. Navíc zdravotnictví je silně závislé na externích faktorech neboli trhu. Jednou z rozhodujících rolí manažera zdravotnických organizací je potom hledání optima mezi těmito požadavky a zároveň je nutné sledovat trendy, které mohou být rozhodující pro další vývoj ve formě neuspokojené poptávky ze strany potenciálních klientů (Staňková, 2013b, s. 5).

Kotler (2001, s. 4) definuje marketing jako společenský a řídicí proces, kterým jednotlivci a skupiny získávají to, co potřebují a požadují, prostřednictvím tvorby, nabídky a směny hodnotných výrobků s ostatními. Marketing se zabývá zjišťováním a naplňováním lidských potřeb, „naplňovat potřeby ziskem“.

Gladkij (2003, s. 349) potom charakterizuje marketing jako takový způsob podnikání, řízení firem a institucí, který je orientován na uspokojování potřeb spotřebitelů (občanů). Prostřednictvím uspokojování těchto potřeb má být současně dosahováno stanovených cílů příslušných firem a institucí a zajišťován jejich rozvoj.

Jak již bylo uvedeno, na zdravotnictví lze aplikovat běžné marketingové nástroje využitelné v konkurenčním prostředí, je však nezbytně nutné respektovat jeho specifika.

2.1 Specifika marketingu ve zdravotnictví

Dle Zlámala a Bellové (2005, s. 18) je základní charakteristikou odlišující zdravotnictví jako celek od ostatních odvětví ekonomiky, že jeho primární snahou je pomoci jiným lidem, snaha o záchranu života, o zlepšení kvality života. Toto je z ekonomického pohledu velmi špatně a problematicky měřitelné.

Buckley (2009, s. 9) definuje marketing ve zdravotnictví jako vzdělávání sebe sama s cílem zajistit potřeby a přání potenciálních zákazníků. Klienty získáme klienty prostřednictvím marketingových aktivit, pokud nabídneme požadované služby na správném místě a ve správném čase.

Marketing ve zdravotnictví je aplikací obecné teorie marketingu, má však jistě omezenější rámec než je tomu v jiných segmentech hospodářství. Především je předem daná struktura zdravotnických institucí v ČR, ne všechny zdravotnické instituce jsou provozovány na podnikatelském principu. Tato forma převažuje spíše u malých ambulantních zařízení.

Základními specifiky zdravotnického systému, které je nutné respektovat v rámci marketingového řízení, jsou (Staňková, 2013a, s. 73):

System zdravotnictví je jen součástí celého komplexu péče o zdraví. System péče o zdraví vyžaduje i existenci řady dalších podsystémů, které spolu se zdravotnictvím vytvářejí celkový komplex péče o zdraví lidí daného státu.

Požadovaným výstupem je zdraví obyvatelstva, ne však pouze současné, ale i budoucí generace. Nejedná se tedy o potřeby současných generací obyvatelstva, nýbrž i ve vytváření příznivých podmínek pro zdravý vývoj příštích generací.

Zdraví je ovlivňováno řadou dalších, především socioekonomických determinant – v roce 1976 vytvořil Lalonde teorii „zdravotního pole“, podle níž se na formování zdravotního stavu podílejí nejvíce 4 druhy faktorů: životní styl (50-60%), životní prostředí (15-20%), genetika (15-20%) a systém zdravotních služeb (10-20%). Ovlivňují jej také zdroje z okolí (např. celosvětové pandemie, epidemie apod).

Samotný proces zdravotní péče je ovlivněn jejich dostupností, kvalitou, dostatečností, úrovní vědy a výzkumu a prostředků vkládaných do celého systému péče o zdraví.

Celý komplex péče o zdraví je velmi složitý, vyvíjející se otevřený systém s často předvídatelnými, avšak i pouze možnými výstupy, kde míra pravděpodobnosti je mnohdy sice vysoká, avšak nedá se jednoznačně hovořit o zcela bezproblémovém a jasném výstupu.

Zdravotnictví se dotýká každého člověka.

Lidé velmi vnímají problematiku péče o zdraví, problematiku zdravotnictví. Dokonce reklamy propagující prostředky upevňující nebo zlepšující individuální zdraví, mají vysokou a rychlou odezvu v nákupu propagovaných výrobků, léků nebo služeb.

Zdravotnictví nemá pouze jeden hlavní cíl, ale řadu i dílčích cílů, kdy je nesnadné určit jednoznačná a lehce stanovitelná kritéria. Zdravotní stav je dán obvykle souhrnem ukazatelů, které se mohou vyskytovat v určitém rozmezí, popřípadě některé mohou být negativní, jejich zmírnění nebo odstranění však může mít vedlejší účinky v jiné oblasti zdraví. Nejednoznačnost je mnohdy problémem v řadě zdravotnických oborů, některé diagnózy vyžadují řadu nutných vylučovacích metod, je to velmi složitý a vzájemně provázaný systém.

Mezi výsledky vědy a výzkumu existuje často velmi dlouhá doba, než je možná aplikace či standardní nasazení léků nebo metod v léčebné praxi. Léky například musí projít dlouhodobým testováním, kde je nutné zkoumat, zjišťovat a hodnotit vedlejší účinky a to může trvat i roky a ani pak není vyloučena neškodnost ve všech případech.

Samotná péče o zdraví, jakož i zdravotnictví a především postavení a jednání lékařů, je silně založeno na etice, pomoci a snaze záchrany života a zdraví.

Zdravotnictví vyžaduje vysoký stupeň vzdělanosti a celoživotního vzdělávání nejen lékařů, ale naprosté většiny všech pracovníků a proces „sebevzdělávání“ je nezbytným znakem výkonu povolání, a to až do konce aktivního působení ve zdravotnictví.

Ceny ve zdravotnictví, tedy jeden z nástrojů marketingového řízení, jsou ve zdravotnictví v ČR silně potlačeny. Prakticky existují pouze 2 druhy cen – regulované a smluvní, přičemž převážná část patří do kategorie cen regulovaných (Gladkij, 2003, s. 354).

Obdobnou specifikaci zdravotnického systému uvádí i Gladkij s Koldovou (2005, s. 166-172).

Z uvedených charakteristik odlišností zdravotnického systému jasně vyplývá, že ve zdravotnictví je silně potlačen princip tržního mechanismu, a to se všemi důsledky. Role státu je velice silná a fungování zdravotnictví tedy nemůže být plně odvozeno od fungování tržního mechanismu (Staňková, 2013b, s. 26).

Marketing je však samozřejmě ve své podstatě z velké části aplikovatelný i do zdravotnictví, neboť i tam se promítají podmínky konkurenčního prostředí. Musí však být z

části modifikovaný a taktéž korigovaný či regulovaný, především díky již zmíněné roli zdravotnické etiky a primárnímu postavení pacienta. Z tohoto pak pro zdravotnické zařízení vyplývá nutnost mnoha kontinuálních procesů, jako například:

- soustavné posilování postavení na trhu,
- soustavné monitorování potřeb jak pacientů tak i dodavatelů a zdravotních pojišťoven,
- soustavné sledování vývoje v oblasti techniky a technologie,
- soustavné vytváření, rozvíjení a zlepšování produktů, respektive služeb,
- soustavné sledování konkurence (Gladkij, 2003, s. 350-351).

Zlámal a Bellová (2005, s. 9) charakterizují postavení zdravotnického zařízení v tržním prostředí a orientují jeho zaměření především na:

- trvalou inovaci techniky a know – how,
- marketing, a to s cílem vytvářet spokojeného pacienta.

Marketing nemocnic lze chápat jako poznávání potřeb a přání klientů, předvídání jejich poptávky, ovlivňování a uspokojování takovým způsobem, abychom dosáhli na jedné straně spokojenost zákazníků a na straně druhé zajistili efektivní hospodaření nemocnice (Staňková, 2013a, s. 75). Gladkij uvádí (2003, s. 349), že v marketingovém řízení jde zejména o stanovení dlouhodobých cílů ve vztahu k předpokládanému vývoji vnějšího prostředí.

2.2 Úrovně marketingu ve zdravotnictví

Podobně jako v obecném marketingu lze i v marketingu ve zdravotnictví odlišit tři základní úrovně marketingu – masový marketing, cílený marketing a mikromarketing (Thomas, 2008, s. 26).

2.2.1 Masový marketing

Masový marketing dle Staňkové (2013b, s. 31) je úroveň marketingu, která je hromadně aplikována na celý trh služeb. Nepochází k segmentaci cílového publika, k identifikaci zákazníků, či přizpůsobení marketingu jednotlivým segmentům. Tento přístup je využíván zejména hromadnými sdělovacími prostředky. Zprávy předávané zákazníkům jsou většinou obecné a propagují spíše výhody organizace než kvalitu konkrétních poskytovaných služeb. Zdravotnické organizace využívají masový marketing zejména ke zvýšení image

organizace s cílem oslovit široké spektrum potenciálních klientů bez rozdílu segmentačních kritérií. Tento přístup je efektivní při šíření malého množství informací velkému počtu osob a může být užitečný zejména při obecném povědomí o organizaci či v rámci krizového řízení, kdy apelujeme na homogenní publikum.

2.2.2 Cílený marketing

Cílený marketing zahrnuje marketingové aktivity, které se zaměřují na konkrétní cílové segmenty trhu. Cílený marketing je tedy opakem masového marketingu. Cílové segmenty zacíleného marketingu jsou v oblasti zdravotní péče definovány na základě demografických či geografických kritérií, životního stylu, typu pojištění nebo jiných segmentačních kritérií. Cílený marketing je úzce spjat s principem segmentace zákazníků (Staňková, 2013b, s. 31).

2.2.3 Mikromarketing

Mikromarketing je specifickou formou cíleného marketingu. Zdravotnické organizace, které využívají mikromarketing přizpůsobují své marketingové programy přáním a potřebám úzce vymezených spotřebitelů. Zákazníci a potenciální zákazníci jsou identifikováni buď na úrovni domácností nebo na individuální úrovni organizace a ve vztahu k nim se používají specifické komunikační techniky. Mikromarketing je nejvíce efektivní, když organizace oslovují zákazníky se specifickými přáními a požadavky (Staňková, 2013b, s. 31).

2.3 Marketingový mix ve zdravotnictví

Počátky pojmu marketingový mix spadají do konce 40. let 20. století, kdy jej poprvé použil James Culliton a prezentoval jej jako „mix jednotlivých ingrediencí“. Klasický marketingový mix (tzv. 4P – product, price, promotion, place) představil profesor Jerry McCarthy v roce 1960 a následně jej zpopularizoval Philip Kotler.

V důsledku specifík trhu služeb rozšířili B.H. Booms a M.J. Bitner základní marketingový mix o další 3 nástroje, které přibližují službu zákazníkovi a zviditelňují produkt (people, physical evidence, process). V důsledku neustálých změn potřeb a tržních podmínek existují stále snahy o jeho další doplnění (Staňková, 2013b, s. 50).

Zlámal (2006, s. 59) tvrdí, že marketingový mix pojednává o všech aspektech, které se nedílně vážou k produktu. Je tedy potřeba namixovat pro každého specifického klienta ten správný obsah, formu, cenu, formu distribuce apod. tak, aby celý komplex nabídky

odpovídal jeho potřebám, možnostem a přáním. Marketingový mix ve zdravotnictví je komplex hodnot, které jsou nabízeny klientům – pacientům.

Tab. 1. Základní marketingový mix z pohledu firmy a zákazníka

<i>4 P</i>	<i>4 C</i>
<i>Z pohledu firmy</i>	<i>Z pohledu zákazníka</i>
Výrobek (produkt)	Potřeby zákazníka, hodnota (customer solution, value)
Cena (price)	Náklady zákazníka (cost)
Distribuce (place)	Dostupnost řešení (convenience)
Komunikace (promotion)	Komunikace (communication)

Zdroj: Staňková (2013b, s. 51)

Firmy by měly vnímat marketingový mix především z pohledu zákazníka. Ten požaduje kvalitu (hodnotu) za nízkou cenu, při svém pohodlí a komunikaci (nikoliv propagaci).

Z pohledu zdravotnictví využíváme nejčastěji 4-prvkový systém marketingového mixu:

Produkt jako hodnota pro zákazníka

Cena

Konvenience

Komunikace (Staňková, 2013b, s. 51)

Základní chyby při používání marketingového mixu

Marketingový mix je taktickým, nikoliv strategickým nástrojem. Dříve než může být marketingový mix použit, je nutno vyřešit strategické problémy:

- Segmentaci (Segmentation) – nalezení skupin zákazníků a zjištění jejich potřeb, požadavků, zájmů, na co reagují.
- Zacílení (Targeting) – přesné zaměření na danou skupinu zákazníků, určení způsobu komunikace s danými segmenty. Zjistit, jak se nejlépe ke svým zákazníkům dostat, jak je zaujmout, jakou formu a způsob prezentace zvolit.
- Umístění (Positioning) – umístěním se myslí deklarace hodnoty či hodnot, které si musí veřejnost spojit s produktem. S jakými vlastnostmi si má zákazník službu spojovat. Zadat důvod, proč nakupovat právě u této firmy (Staňková, 2013b, s. 51).

Výrazným problémem při uplatňování nástrojů marketingového mixu může být i problematická komunikace. Buckley (2009, s. 108) například uvádí, že je k dispozici mnoho způsobů komunikace, ze kterých je možné si vybrat, ale je obtížné si vybrat ten pravý pro konkrétní účely i publikum.

Zvolený způsob komunikace se musí pokusit získávat nové klienty, to znamená oslovit i dosud nepodchycenou část segmentu. Úspěch má pouze ten, který je známý, jehož kvality jsou prověřeny, pozitivně ohodnoceny, ten který má „image“ a dobrou pověst (Zlámal, 2006, s. 77-78).

3 MARKETINGOVÉ ŘÍZENÍ NEMOCNIC

Kotler (2001, s. 25) definuje marketingové řízení jako proces plánování a implementace koncepcí, cen, propagace a distribuce idejí, zboží a služeb pro vytváření směn, jež uspokojují cíle jednotlivců a organizací.

Gladkij (2003, s. 164) rozlišuje v řídicí práci manažera pět základních manažerských funkcí. Úroveň managementu má pouze vliv na poměr těchto funkcí, nikoliv na jejich počet. Hlavní manažerské funkce bývají často uspořádány do kruhu, který nazýváme manažerským cyklem. Komponentami manažerského cyklu jsou:

1. Plánování
2. Organizování
3. Personální zajištění
4. Vedení
5. Kontrolování

Lednický (2000, s. 35) definuje manažerské funkce jako úlohy, které vedoucí pracovník řeší v průběhu své řídicí činnosti, a které zabezpečují dosažení předem stanovených cílů. Dosažení cílů se tudíž zabezpečuje vzájemným souladem manažerských funkcí. Tyto funkce se řeší různým způsobem, přičemž nejjednodušší dělba je rozdělení do dvou základních skupin na funkce sekvenční, kam patří plánování, organizování, vedení lidí, personální práce a kontrola. Tyto funkce mají cyklický charakter, což prokazuje jejich vzájemnou propojenost v podobě tzv. Demingova cyklu či kruhu. Pro každou sekvenční manažerskou funkci je společné, že jimi prostupují manažerské funkce průběžné (paralelní), kam patří analýza činností, rozhodování, implementace a komunikace.

Staňková (2013a, s. 132) zdůrazňuje, že na marketingovém řízení nemocnice se nesmí podílet pouze marketingové oddělení nebo člověk zodpovědný za marketing, ale kompletně celá nemocnice. Je nezbytně nutné, aby zaměstnanci chápali důležitost marketingového řízení, znali poslání, vize a cíle, byli s nimi ztotožnění a byli součástí týmu směřujícího ke stejnému cíli.

3.1 Marketingová situační analýza

Marketingovou situační analýzu lze chápat jako systematické a důkladné, kritické a nestranné zkoumání a posouzení vnitřní situace podniku s důrazem na jeho marketingové aktivity a také postavení podniku ve vnějším prostředí s důrazem na analýzu trhu a konkurence. Analýza se provádí ve třech časových úrovních a zkoumá minulý vývoj, současný stav a možný budoucí vývoj, jeho odhad (Boučková, 2003, s. 17).

Marketingová situační analýza obsahuje analýzu makroprostředí, analýzu vnějšího mikroprostředí a analýzu vnitřního mikroprostředí.

Tab. 2. Faktory vnějšího a vnitřního prostředí

<i>Vnější prostředí</i>		<i>Vnitřní prostředí</i>
<i>Makroprostředí</i>	<i>Mikroprostředí</i>	
Ekonomické	Dodavatelé	Organizace a řízení
Demografické	Klienti (pacienti)	Materiálně–technické vybavení
Přírodní	Konkurence	Finanční situace
Technologické	Potenciální konkurenti	Lidské zdroje
Politické	Substituty	Umístění
Kulturní	Komplementy	Image organizace

Zdroj: Staňková (2013b, s. 80)

3.1.1 Analýza makroprostředí

Makroprostředí je tvořeno společenskými faktory, jež působí na mikroprostředí všech aktivních účastníků trhu (Boučková, 2003, s. 83).

Analýza makroprostředí zdravotnických institucí nám dává odpovědi na následující otázky (Staňková, 2013b, s. 80):

- Jak mohou ovlivnit naši organizaci celosvětové trendy zdravotnictví?
- Jak ovlivní připravované změny v regulaci a zákonech naší společnost, klienty, dodavatele, odběratele, konkurenty?
- Jak ovlivní současná ekonomická situace a hospodaření státu finanční situaci naší organizace?
- Jaký je současný demografický vývoj a jaký bude mít vliv na oblast zdravotnictví?
- Jaké jsou nové vynálezy a jaké je jejich uplatnění ve zdravotnictví?
- Jak ovlivňuje naši organizaci ochrana životního prostředí?

Pro analýzu makroprostředí můžeme aplikovat metody PEST analýzy, což představuje analýzu:

- P: politických a právních,
- E: ekonomických,
- S: sociálních a
- T: technologických faktorů prostředí.

PEST analýza bývá často doplňována zvláště o další „E“ a to o faktory enviromentální, ekologické. PEST analýzu lze nahradit jí podobnou analýzou SLEPT (social: sociální, legal: legislativní, political: politické, technological: technologické prostředí) nebo také analýzou STEP se stejným významem písmen jako u analýzy PEST (Staňková, 2013b, s. 80).

3.1.2 Analýza vnějšího mikroprostředí

Analýza vnějšího prostředí bývá většinou prováděna prostřednictvím tzv. Porterova modelu konkurenčních sil. Cílem tohoto modelu je zobrazit a popsat konkurenční síly v oborovém prostředí (odvětví) a zároveň určit místo v prostředí, jak se těmito silám bránit. Porter určil 5 základních konkurenčních sil (někdy se uvádí i šestá – síla komplementářů). Model charakterizuje základní faktory, které ovlivňují ziskovost odvětví a působí na organizaci. Hrozby potom představují silná konkurence a velká rivalita, dále velká smluvní síla kupujících a také velká smluvní síla dodavatelů. Opačné situace představují příležitosti pro organizaci (Staňková, 2013b, s. 83).

První síla – noví konkurenti vstupující do odvětví

V rámci první síly je důležité s jakou pravděpodobností a jednoduchostí mohou noví konkurenti zvýšit konkurenční tlak na existující společnosti a za jakých podmínek mohou nové subjekty vstoupit na trh (Staňková, 2013b, s. 83).

Druhá síla – substituční výrobky

Jedná se o alternativní výrobky nebo služby, které nahrazují současnou nabídku na trhu. Rizikem potom je, že zákazník dá přednost výrobku, který lépe uspokojuje jeho potřeby. Hrozbě lze čelit snížením cen stávajících výrobků, zvýšením užitné hodnoty výrobků, včasným předvídaním potřeb zákazníků a vývojem nových výrobků (Staňková, 2013b, s. 83-84).

Třetí síla – vyjednávací síla kupujících

Analyzuje strukturu a koncentraci kupujících na trhu. Vyjednávací síla kupujících je silná v případě, že existuje pouze několik kupujících a ti nakupují ve velkých objemech, výrobek je standardní, kupující mají nízké náklady spojené s přechodem jinam, mají všechny informace nebo upřednostňují především kvalitu produktu (Staňková, 2013b, s. 84).

Čtvrtá síla – vyjednávací síla dodavatelů

Zajímá nás zejména velikost dodavatelů na trhu a jejich potenciál diktovat podmínky i dodávky výrobků a služeb na trh. Hrozbu představuje v případě monopolu, nedostatku zdrojů pro výrobu nebo v případě převahy naší nabídky nad poptávkou. Síla dodavatelů je výraznější při jejich omezeném počtu, při důležitosti výrobků pro kupující, jedinečnosti výrobků nebo v případě značných nákladů na získání substitutů.

Pátá síla – rivalita mezi současnými konkurenty na trhu

Popisuje rivalitu v prostředí. Může být ovlivněna velikostí a počtem konkurentů, stupněm odlišnosti mezi výrobky a službami i úrovní bariér vstupu na trh i odchodu z trhu. Rivalita je intenzivnější za podmínek, kdy je na trhu mnoho malých nebo stejně velkých konkurentů nebo pokud není možno například výrobek odlišit od ostatních (Staňková, 2013b, s. 84).

Šestá síla – síla komplementářů

Jedná se o struktury, které jsou závislé na naší organizaci a naopak (Staňková, 2013b, s. 84).

3.1.3 Analýza vnitřního mikroprostředí

Analýza vnitřního prostředí a analýza vlastní nabídky dává dle Staňkové (2013b, s.87) odpovědi na následující otázky:

- Má organizace pružné vedení? Používá nové technologie?
- Jaká je ziskovost poskytovaných služeb?
- Jaká je efektivnost distributorů a distribučních cest?
- Snižuje nebo zvyšuje se význam některých z nich?
- V čem převyšuje firma konkurenci, kde má rezervy?

3.1.4 SWOT analýza

SWOT analýza představuje celkové shrnutí jednotlivých dílčích analýz vztahujících se k vnitřnímu a vnějšímu prostředí nemocnice. Vychází z předpokladu, že získané informace z provedených analýz je třeba vhodně interpretovat a sumarizovat. SWOT analýza pomáhá posoudit současné postavení organizace a identifikovat silné stránky nemocnice (Strengths), slabé stránky nemocnice (Weaknesses), příležitosti (Opportunities) a hrozby nemocnice (Threats). Nejprve se tedy definují hrozby a příležitosti a poté silné a slabé stránky (Staňková, 2013a, s. 159).

Výsledkem SWOT analýzy je pak vytvoření tzv. SWOT matice, která má definovat strategie pro jednotlivé kvadranty:

- Strategie SO – potenciálně nejúspěšnější strategie využívající vnitřních silných stránek nemocnice k získání příležitostí.
- Strategie ST – strategie využívá vnitřních silných stránek nemocnice k potlačení hrozeb, cílem je vyloučit nebo omezit negativní dopady vnějšího prostředí.
- Strategie WO – cílem strategie je eliminace vnitřních slabých stránek pomocí vnějších příležitostí.
- Strategie WT – znamená redukci určitých stávajících služeb nebo likvidaci podnikatelských záměrů nemocnice (Staňková, 2013a, s. 161).

Tab. 3. Strategická matice SWOT

<i>SWOT analýza</i>		<i>Interní analýza</i>	
		Silné stránky	Slabé stránky
<i>Externí analýza</i>	Příležitosti	S – O strategie	W – O strategie
	Hrozby	S – T strategie	W – T strategie

Zdroj: Staňková, 2013a, s. 162

3.2 Marketingové plánování

Marketingové plánování prezentuje schopnost vytvořit, udržovat a rozvíjet potřebné vazby mezi marketingovými cíli podniku, stanovenými na základě jeho poslání a z něho odvozených podnikových cílů a mezi strategiemi zvolenými pro naplnění cílů v návaznosti na vyhrazené zdroje, a to vše v rámci proměnlivého konkurenčního prostředí (Boučková, 2003, s. 15).

Základní funkce marketingového plánování:

- přispívá k dosažení záměrů a cílů organizace,
- je prioritní mezi manažerskými úlohami,
- vztahuje se na veškeré aktivity organizace,
- umožňuje efektivní provádění marketingových činností (Staňková, 2013b, s. 75).

Gladkij (2003, s. 170) uvádí, že marketingové strategické plánování zahrnuje 4 základní činnosti:

- a) hodnocení vnějšího prostředí,
- b) hodnocení vnitřního prostředí,
- c) stanovení poslání, vizí, cílů a strategií,
- d) realizaci a hodnocení.

Marketingové cíle

Marketingové cíle jsou cíle druhotné, odvozené od primárních celopodnikových cílů pro funkční oblast marketingu (Boučková, 2003, s. 15).

Stanovené cíle musí být měřitelné, časově definované, reálné a hodnotitelné. K tomu slouží pomůcky zvaná SMART. SMART je označení správně stanovených cílů v procesu plánování, zkratku SMART lze chápat jako chytře stanovené cíle a je zkratkou anglických slov Specific (specifický), Measurable (měřitelný), Achievable (atraktivní), Relevant (relevantní) a Time – bound (termínovaný).

Cíle jsou měřeny prostřednictvím tzv. tvrdých a měkkých indikátorů. Tvrdé indikátory jsou ty, které jsou přesně definovány legislativou nebo jsou obecně známy (např. zisk, osobní náklady, tržby, počet pracovníků). Měkké indikátory jsou indikátory, jejichž obsah je nutné teprve definovat (např. spokojenost pacientů, kvalita).

Lednický (2000, s. 53) uvádí, že cíle musí být určovány ve všech oblastech činnosti organizace, které naplňují poslání organizace. Jedná se minimálně o tyto organizační cíle:

- a) postavení na trhu,
- b) inovace,
- c) produktivita,

- d) materiálové a finanční zdroje,
- e) rentabilita,
- f) manažerská výkonnost a odpovědnost,
- g) výkonnost pracovníků a jejich postoje,
- h) sociální zodpovědnost.

Účinné plánování vyžaduje měřitelné cíle, neboť objektivní vyhodnocování dosažených cílů musí být integrální součástí managementu.

3.3 Marketingové strategie

Strategie obsahuje vizi firmy, strategické cíle a strategické operace. Vize formuluje budoucí obraz daného zdravotnického zařízení, to, jak bude vypadat na konci strategického období. Strategické cíle formulují stav určitých veličin, kterých chceme dosáhnout. Definují např. ekonomické ukazatele, parametry služeb, které chceme poskytovat svým zákazníkům a také cíle, které vyjadřují vlastní poslání zdravotnického zařízení. Definuje také cíle, které se týkají zaměstnanců. Strategické operace jsou činnosti, směřující k naplnění vizi a strategických cílů (Souček, Burian, 2006, s. 17-18).

Staňková (2013b, s. 92) uvádí, že strategie definuje, jakou cestou bude dosaženo dlouhodobých cílů v oblasti zdrojů (materiálních, personálních, finančních, technologických, marketingových, informačních).

Zdravotnické zařízení, které nemá kvalifikovaně formulovanou strategii, nemůže v současném náročném konkurenčním prostředí přežít a tím méně se rozvíjet.

Hlavním cílem strategického plánování je určení strategického směru a lokace prostředků pro strategické obory podnikání. Při formulaci strategie je třeba mít na vědomí následující (Staňková, 2013b, s. 92):

- Co je naše služba?
- Jak se chce nemocnice profitovat vůči daným klientským segmentům?
- Které služby k tomu chce nemocnice použít, včetně jejich výhod?
- Jaké cenové a promoční programy použije?
- Jaká bude dostupnost služby?

- Jakým komunikačním programem spotřebitele osloví a přesvědčí?
- Bude tento komunikační program skutečně efektivní?
- Jaký odborný personál bude službu zajišťovat?
- Osloví novou skupinu klientů?

Staňková (2013b, s. 92) uvádí následující typy strategií:

- Strategie kvality (nejlepší, průměrné, levné).
- Strategie zaměřená na nediferencovaný trh, na diferencovaný trh (několik segmentů), koncentrovaný trh (specifický segment).
- Strategie vzhledem k obchodu (tlaku – push, tahu – pull).
- Strategie vzhledem ke konkurenci (vůdce, vyzyvatel, následovník, výklenek).
- Strategie růstové – vstup na nový trh (sbírání smetany, průnik).
- Strategie směřující k výhodě (postavení v nízkých nákladech, diferenciaci).
- Podpora celopodnikové strategie, rozvoje služeb, inovace, horizontální a vertikální strategie, soustředěná či složená diverzifikace, redukce.

Souček s Burianem uvádí poněkud odlišné rozdělení strategií, zároveň definují přednosti jednotlivých typů strategií, které jsou uvedeny v tabulce.

Tab. 4. Přednosti jednotlivých typů strategií

Specializace	Vyšší cena, nižší náklady, lepší péče o produkt a klienta. Koncentrace zdrojů, výzkum a vývoj na vyšší úrovni, použití vyšší úrovně postupů, myšlenkové spojení se zákazníkem, možnost rychlejší inovace.
Vertikální integrace dopředu dozadu	Získání většího podílu „zhodnocení“, snížení závislosti na dodavateli nebo odběrateli, možnost vyšší pružnosti, menší zásoby, větší jistota dodávek, optimální kvalita polotovarů, někdy nižší náklady.
Diferenciaci koncentrická konglomerátní	Snížení rizika z kolísání poptávky, možnost rozptýlit náklady, možnost využít poznatky z jednoho oboru v jiném, budování marketingu, vzájemná podpora jednotlivých oborů.
Fragmentace	Vyšší cena, nižší náklady.

Inovace	Možnost získání nových klientů a mimořádných zisků, velké riziko.
Velké objemy výkonů	Degrese nákladů, vývoj moderních postupů, nákup nejnovější techniky, možnosti investovat do výzkumu a vývoje.
Vedení v oblasti nákladů	Získání nových zákazníků, vytlačování konkurence.
Kooperace	Využití silných stránek partnera.
Horizontální integrace	Snížení režijních nákladů, lepší využití flexibility firmy, vyrovnání kolísání poptávky, společné využití marketingu.
Výrobek	Dokonalé propojení se zákazníky, dočasně vysoký zisk.

Zdroj: Souček, Burian, 2006, s. 132

Akční programy potom rozpracovávají strategie do konkrétních aktivit. Popisují:

- úkol, který má být proveden, včetně jeho cíle,
- personální odpovědnost – kdo je za danou aktivitu zodpovědný,
- časový harmonogram – stanovuje časový plán, počátek a konec aktivity,
- rozpočet – určuje očekávané marketingové náklady,
- rizika a opatření (Staňková, 2013b, s. 94).

3.4 Marketingová kontrola

Hodnocení vlastní úrovně marketingu nemocnice a jeho postavení v systému nemocnic je základem pro kvalitní marketingové řízení. Je totiž nezbytné uvědomit si, kde má nemocnice své slabé stránky, rezervy a kde naopak získává konkurenční výhodu. Část plánu věnující se marketingové kontrole, vychází ze stanovených marketingových cílů a uvádí, jak často bude kontrola naplňování marketingových cílů probíhat (Staňková, 2013a, s. 149). Hodnocení by mělo probíhat minimálně kvartálně.

Cílem marketingové kontroly je stanovení odchylek od marketingového plánu a navržení alternativ při jejich řešení.

4 EKONOMICKÉ UKAZATELE HODNOCENÍ EFEKTIVNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

Základními zdroji informací každé zdravotnické instituce a organizace ve vztahu k řízení a hodnocení efektivnosti procesů je účetnictví, operativní evidence a statistika. Hlavním nástrojem pro monitorování ekonomických procesů v organizaci je systém účetnictví. V podmínkách tržní ekonomiky plní účetnictví tyto základní funkce:

- eviduje pohyb finančních prostředků v organizaci,
- je důkazním prostředkem při uznávání a ochraně práv věřitele před dlužníkem a dlužníka před věřitelem,
- poskytuje podklady potřebné pro vyměření daní, zdravotního a důchodového pojištění,
- poskytuje informace všem zúčastněným stranám o ekonomické situaci a o podnikatelské zdatnosti managementu dané organizace.

Rozlišujeme tři vzájemně související subsystémy účetnictví: finanční účetnictví, vnitropodnikové účetnictví a manažerské účetnictví.

Finanční účetnictví tvoří základ účetnictví. Poskytuje komplexní informace o aktivech organizace, nákladech a výnosech, hospodářském výsledku, vlastním jmění a dlužích. Ve finančním účetnictví jsou zachyceny finanční vztahy k dodavatelům, odběratelům, finančnímu úřadu, zdravotním pojišťovnám a jiným subjektům.

V České republice stanovuje povinnost podnikatelských subjektů a dalších organizací vést účetnictví Zákon o účetnictví č. 539/1991 Sb. ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a příslušných novel. Zákon stanovuje rozsah a způsob vedení účetnictví a jeho průkaznost pro dvě kategorie subjektů, tzv. účetních jednotek:

- pro všechny právnické osoby,
- pro fyzické osoby, které provozují podnikatelskou činnost nebo jinou výdělečnou činnost (Zlámal, 2002b, s. 17-18).

Finanční účetnictví se dělí tradičně na jednoduché účetnictví (účetní evidenci) a podvojně účetnictví. Výstupem finančního účetnictví je sestavení dvou základních výkazů: rozvahy (bilance) a výsledovky (výkaz zisků a ztrát).

Finanční účetnictví poskytuje ucelený soubor informací o organizaci jako celku a o jejich vztazích k vnějšímu prostředí, vnitropodnikové účetnictví zajišťuje především informace o strukturách a vztazích uvnitř dané organizace (Zlámal, 2000, s. 17-19).

Pojem manažerské účetnictví pronikl do prostředí našich organizací z anglosaského prostředí a zahrnuje vnitropodnikové účetnictví doplněné o některé aspekty finančního řízení. Zahrnuje například tvorbu kalkulací, rozpočetnictví, výpočet optimalizace výrobních nebo produkčních kapacit, problematiku investic a další.

Operativní evidence je zdrojem informací především pro operativní řízení, významnou úlohu má při ochraně vlastnictví (inventury). Sledují se v ní ukazatele, které nejsou zachyceny v jiných segmentech informační soustavy organizace.

Mimořádný význam v informační soustavě organizací má statistická evidence založená na vedení povinných statistických výkazů nebo na zvláště organizovaných šetřeních. Pomocí statistických ukazatelů se zkoumají různé sociálně ekonomické jevy z hlediska jejich věcné podstaty, z hlediska časového a z hlediska vzájemných vazeb a souvislostí (Gladkij, 2003, s. 249-250).

4.1 Náklady, výnosy a výsledek hospodaření

O tom, zda je v organizaci vytvářen zisk nebo ztráta informuje výsledek hospodaření, který spolu se strukturou nákladů a výnosů je zobrazen ve výkazu zisku a ztráty. Výše nákladů je jedním ze základních ekonomických ukazatelů pro posuzování úrovně ekonomické efektivnosti daného zdravotnického zařízení. Snahou každého managementu je náklady žádoucím směrem ovlivňovat či minimalizovat (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 57).

Náklady jsou důležitým ukazatelem činnosti ekonomického subjektu, jejich stav a především pohyb je charakterizován hospodárností. Náklady musí vždy souviset s výnosy příštího období. Tato věcná a časová souvislost je naplněním aktuálního principu a projevuje se časovým rozlišením nákladů a výnosů. Od nákladů je třeba odlišit výdaje, které představují úbytek peněžních prostředků a mají stěžejní význam při vedení daňové evidence.

Každé zdravotnické zařízení má určité náklady, které musí být vyváženy výnosy, které vznikají úhradou zdravotnických služeb.

Hospodaření ekonomických subjektů se vždy k určitému datu posuzuje výsledkem hospodaření, který představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady za

určité období (Otrusínová, Tučková, 2011, s. 64-65).

Výkaz zisku a ztráty podrobně rozvádí dosažený zisk (ztrátu) za běžný rok. Základním posláním výsledovky je podrobně zobrazit strukturu výsledku hospodaření a zjistit, které náklady a výnosy ovlivnily vytvoření dosaženého zisku / ztráty za dané účetní období. Čistý zisk / ztráta je rozdílem mezi výnosy a náklady.

Výkaz zisku a ztráty je uspořádán stupňovitě a obsahuje náklady členěné podle druhů a podle účelu a výnosy podle jednotlivých zdrojů. Ve výkazu zisku a ztráty se zjišťuje provozní výsledek hospodaření, finanční výsledek hospodaření, výsledek hospodaření z běžné činnosti a mimořádný výsledek.

Tab. 5. Výkaz zisku a ztráty

<i>Výkaz zisku a ztráty za 20xx (v tis. Kč)</i>	
<i>Náklady</i>	<i>Výnosy</i>
- náklady z činnosti	- výnosy z činnosti
- spotřeba materiálu	- z prodeje vlastních výkonů a zboží
<i>(shodné jako u podnik. subjektů)</i>	- z místních poplatků
- prodané zboží, materiál	- změny stavu zásob
- daně a poplatky <i>(shodné s podnik. subjekty)</i>	- aktivace vlastních výkonů a služeb
- osobní náklady	- smluvní pokuty a penále
- odpisy	- výnosy z prodeje majetku
- tvorba a zúčtování rezerv	- čerpání fondů
- zůstatková cena prodaného DM	- ostatní výnosy z činnosti
- ostatní náklady	
- finanční náklady	- finanční výnosy
- prodané CP v účetní hodnotě	- výnosy z prodeje CP a podílů
- nákladové úroky	- přijaté úroky
- kurzové ztráty	- kurzové zisky
- náklady z přecenění na reálnou hodnotu	- výnosy z přecenění na reálnou hodnotu
- ostatní finanční náklady	- ostatní finanční výnosy
- náklady na nezpochybnitelné nároky na prostředky státního rozpočtu, rozpočtu ÚSC a SF	- výnosy z nezpochybnitelných nároků na prostředky státního rozpočtu, rozpočtu ÚSC a SF
Náklady celkem	Výnosy celkem
Hospodářský výsledek - zisk	Hospodářský výsledek - ztráta

Zdroj: Otrusínová, Tučková, 2011, s. 64

Výsledek hospodaření běžného období po zdanění (disponibilní zisk) se musí rovnat výsledku hospodaření za běžné účetní období vykázanému v rozvaze. Výsledek hospodaření tvoří spojovací článek mezi rozvahou a výsledovkou. V rozvaze je výsledek hospodaření zjišťován jako rozdílová položka mezi aktivy a pasivy, avšak tvorba a struktura hospodářského výsledku je dokumentována výsledovkou.

4.2 Nástroje řízení nákladů

Mezi základní nástroje řízení nákladů řadíme:

- kalkulace,
- rozpočetnictví,
- plánování nákladů, normativy nákladů a limitování nákladů,
- technickohospodářské normy (Zlámal, 2000, s.113-115).

4.3 Nástroje hospodaření a finančního řízení

Finanční řízení zahrnuje správné využití informací, především z finančního a manažerského účetnictví, metody finanční analýzy zaměřené na kapitálovou a majetkovou strukturu organizace, financování, plánovací procesy a zajištění zpětné vazby, analýzu případných odchylek od žádoucího stavu a odhalení příčin a podstaty zjištěných odchylek (Otrusínová, Tučková, 2011, s. 114).

Pojem finanční řízení je vhodné odlišovat od pojmu finanční hospodaření. Finanční hospodaření lze chápat jako převážně bezchybné plnění příkazů centrální metodiky, zatímco finanční řízení je ekonomickým pojmem a je zaměřeno především na efektivní činnost dané organizace.

Hlavní zásady finančního řízení a hospodaření s veřejnými prostředky jsou založeny na principu tzv. „6E“, dle anglických slov Economy, Efficiency, Effectiveness, Equity, Environment a Ethics. Uvedené výrazy lze volně interpretovat následujícím způsobem:

Economy (hospodárnost) – co nejnížší vynaložení prostředků při dodržení odpovídající kvality,

Effectiveness (efektivnost) – dosažení potřebných výstupů s minimem finančních vstupů, vztah mezi vstupy a výstupy,

Efficiency (efektivita) – výkonnost, účelnost,

Equity (spravedlnost) – snaha dělat věci správně, zejména ve vztahu k okolí,

Environment (prostředí) – odpovědný přístup ve vztahu k pracovnímu a životnímu prostředí,

Ethics (etika) – důraz na právní a morální chování managementu i zaměstnanců (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 115).

Při posuzování všech hledisek hospodárnosti, efektivnosti, účelnosti, spravedlnosti, etiky a prostředí je nezbytné postupovat vždy komplexně.

Benchmarking je potom nástrojem zvyšování konkurenceschopnosti, který spočívá ve srovnání s ostatními konkurenčními firmami, případně jejich aktivitami na trhu. Je zaměřen na zjišťování vlastních silných a slabých stránek. Odstranění nedostatků pomůže zvýšit výkon organizace, snižovat náklady a identifikovat rozvojové oblasti. Tyto nástroje jsou velice dobře uplatnitelné i v nepodnikatelské sféře.

Základními nástroji hospodaření a finančního řízení jsou:

- plánování,
- rozpočet,
- kalkulace,
- účetnictví,
- řízení finančních toků – cash flow,
- řízení daní,
- řízení rizik, pojištění,
- finanční analýza,
- finanční kontrola (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 117).

4.4 Finanční analýza

Finanční analýza je sestavována z důvodu, aby organizace získaly přehled o tom, jaká je jejich finanční situace. Průběžná znalost finanční situace každé instituce napomáhá k lepšímu financování a také k lepšímu získávání finančních zdrojů. Základním předpokladem je mít přístup ke komplexním ekonomickým informacím dané organizace.

Základními zdroji pro finanční analýzu jsou následující účetní výkazy:

- rozvaha,
- výkaz zisku a ztráty,
- výkaz cash flow,
- příloha k účetní závěrce (Zlámal, 2002a, s. 39-53).

Finanční analýza je pro každou organizaci bez rozdílu právní formy a zdrojů financování důležitá pro hodnocení úspěšnosti finančního řízení jak z pohledu ex ante, tak z pohledu ex post. V každém odvětví národního hospodářství má určitá specifika. Finanční analýza je významná pro zkvalitnění finančního rozhodování. Na základě analýzy minulého hospodaření má za úkol odhalit pozitivní i negativní faktory, které hospodaření ovlivnily. Finanční analýza je podkladem pro rozhodování managementu do budoucna a je rovněž předpokladem účinné kontroly (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 128).

4.5 Specifické ukazatele ve zdravotnictví

Pro zdravotnictví je typická celá řada specifických ukazatelů, které se používají pro měření, hodnocení a posuzování zdravotnických systémů ve všech vyspělých zemích světa. Nazývají se medicínsko – ekonomické ukazatele a umožňují i mezinárodní komparaci. Mezi základní ukazatele, které se používají při posuzování efektivnosti nemocnic i ambulantní péče patří:

Průměrná ošetřovanost, hospitalizovanost – ta je dána několika základními faktory, kterými jsou:

- úroveň zdravotnictví státu,
- kvalita lékařské péče,

- struktura zdravotnických zařízení (akutní péče x dlouhodobá péče, ambulantní péče x nemocniční péče),
- dostupnost zdravotní péče,
- přístup obyvatelstva k péči o zdraví,
- vládní politika v péči o zdraví (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 135-136).

$$\text{Ošetřovanost} = \text{hospitalizovanost} \times \text{průměrná ošetřovací doba}$$

Ukazatele vybavenosti:

- podíl zdravotníků na počet obyvatel,
- počet lékařů na počet obyvatel,
- podíl zdravotnických pracovníků na 1 lékaře,
- podíl specializací zdravotnických služeb na počet obyvatel,
- počet lůžek pro jednotlivé medicínské obory,
- lůžkodny (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 136).

Základní ukazatele v oblasti nemocnic – používá se jednotný systém 21 standardních intenzitních ukazatelů, které jsou odvozeny z 8 stavových ukazatelů a zahrnují ukazatele ekonomické i medicínské. Grafické znázornění ukazatelů se nazývá domorazský motýl a obsahuje například tyto ukazatele:

- průměrná ošetřovací doba,
- využití lůžek,
- obloženost lůžek,
- počet hospitalizovaných na 1 lékaře,
- úroveň nákladů a tržeb za hospitalizaci, za ošetřovací den, za provozované lůžko.

U nemocnic se sledují následující ukazatele:

- počet lůžek,
- počet hospitalizovaných (celkem, dle oborů, dle diagnóz),
- počet ošetřovacích dnů,
- počet lékařů, počet pracovníků ve zdravotnictví,

- náklady na lůžkovou činnost,
- tržby za lůžkovou činnost,
- využití lůžek ve dnech,
- využití lůžek v nemocnici,
- průměrně hospitalizovaní na 1 lůžko,
- vybavenost pracovníky ve zdravotnictví na 10 tisíc obyvatel a jiné (Papeš, Ulrich, 2002, s. 74-76).

V grafickém znázornění levá část ukazatelů charakterizuje určitou statiku nemocnice (závisí na relativně statickém počtu oddělení a lůžek a při zkoumání soustavy nemocnic také na jejich počtu), pravá část představuje dynamiku nemocnice (závisí na změnách počtu pacientů, pracovníků nemocnice apod.). V horní části ukazatelů jsou známé stavové identifikátory nemocnic a indikátory intenzity jejího života (průměrná ošetrovací doba, využití lůžek, průměrný počet lůžkodnů připadajících na 1 lékaře, počet pracovníků připadajících na 1 lékaře). Všechny tyto indikátory jsou spojeny pro nemocnici ukazatelem zásadní důležitosti – celkovým počtem realizovaných lůžkových dnů. Ten charakterizuje celkový rozsah činnosti ve dnech. V dolní části jsou umístěny všechny stavové veličiny a z nich odvozené indikátory intenzity spojeny indikátorem, který je považován za čistě ekonomický indikátor – náklady lůžkových činností (či výnosy z nich). Ten charakterizuje celkový rozsah činnosti v Kč. Pro hodnocení efektivnosti nemocnice je důležité pracovat s celým souborem indikátorů (Papeš, Ulrich, 2002, s. 74-76).

5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části diplomové práce je z dostupných zdrojů popsat problematiku poskytování zdravotní péče v České republice včetně principů jejího financování, specifikovat marketing ve zdravotnictví, popsat marketingové řízení nemocnic a podat přehled o základních ekonomických ukazatelích včetně specifických ukazatelů ve zdravotnictví. Teoretická část práce je podkladem pro vypracování praktické části diplomové práce.

První kapitola popisuje jednotlivé segmenty zdravotní péče a zabývá se principy jejího financování. Základním informačním zdrojem byla publikace I. Gladkého a kolektivu, využity byly statistické údaje dostupné ze Statistické ročenky ÚZISu.

Druhá kapitola definuje marketing ve zdravotnictví, zabývá se jeho specifiky, charakterizuje jednotlivé úrovně marketingu ve zdravotnictví a popisuje základní nástroj marketingu ve zdravotnictví, marketingový mix. Hlavním informačním zdrojem byly publikace P. Staňkové a J. Zlámala.

Třetí kapitola se popisuje problematiku marketingového řízení nemocnic. V jednotlivých kapitolách pojednává o marketingové situační analýze, marketingovém plánování, marketingových strategiích a marketingové kontrole. Jako informačních zdrojů bylo opět použito publikací P. Staňkové a J. Zlámala. Jejich orientace na české prostředí je v této kapitole ještě důležitější než v předchozí, protože na marketingové řízení má výrazný vliv jak systém poskytování zdravotní péče, tak i například problematika vlastníků a zřizovatelů zdravotnických institucí, a ta je v jednotlivých zemích odlišná.

Závěrečná, čtvrtá kapitola, je zaměřena na analýzu jednotlivých ekonomických ukazatelů při hodnocení efektivnosti zdravotní péče. Kapitola definuje náklady, výnosy, výsledek hospodaření, nástroje řízení nákladů, nástroje hospodaření a finančního řízení a specifické ukazatele ve zdravotnictví. Jako informačního zdroje bylo použito především publikace M. Otrusínové a Z. Tučkové, ale i dalších.

I přes poměrně značné množství dostupné literatury týkající se marketingu, bylo v práci použito pouze několik hlavních informačních zdrojů. Příčinou je určitá odlišnost marketingu zdravotnictví od obecného marketingu, navíc řada zahraničních zdrojů je na systém poskytování zdravotní péče v České republice pouze obtížně aplikovatelná. V České republice se danou problematikou zabývá především P. Staňková a J. Zlámala, tato skutečnost se plně odráží i v teoretické části diplomové práce.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV



Obr. 1 Letecký snímek areálu SZZ Krnov, červenec 2010

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov (dále jen SZZ Krnov) bylo zřízeno rozhodnutím přednosty Okresního úřadu Bruntál pod č.j. P-612/91 ze dne 18.9.1991. Na základě ustanovení § 2 odst. 2 zákona č. 290/2002 Sb. přešla funkce zřizovatele s účinností od 1.1.2003 na Moravskoslezský kraj a instituce se stala jeho příspěvkovou organizací. SZZ Krnov je zřízeno zřizovací listinou vydanou na základě usnesení zastupitelstva kraje č. 15/454/1 ze dne 27.3.2003 a zapsáno v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Ostravě, oddíl Pr, vložka 876.

- Název:** Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace
- Sídlo:** I.P. Pavlova 9, 794 01 Krnov
- Zřizovatel:** Moravskoslezský kraj (Krajský úřad, 28. října 117, 702 18 Ostrava)
- Statutární zástupce:** MUDr. Ladislav Václavec, MBA
- Registrace:** Obchodní rejstřík vedený u Krajského soudu v Ostravě, oddíl Pr, vložka 876

IČO: 00844641
DIČ: CZ – 00844641
http: www.szzkrnov.cz

6.1 Základní charakteristika Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov

SZZ Krnov je jediným lůžkovým zdravotnickým zařízením na území mikroregionu Krnov a zajišťuje zdravotní péči pro více než 43 000 obyvatel regionu. V řadě oborů potom zajišťuje lůžkovou zdravotní péči pro obyvatele celého území bývalého okresu Bruntál (více než 105 000 obyvatel). Naopak vysoce specializovaná péče je poskytována mimo území mikroregionu.

Instituce je umístěna excentricky vzhledem k území mikroregionu i vzhledem k území bývalého okresu Bruntál (vliv bezprostřední blízkosti státní hranice). SZZ Krnov je atypické v tom, že je umístěno na území 3 obcí (Krnov, Město Albrechtice, Dvorce). Toto prostorové rozmístění klade zvýšené nároky na nejen na správu a údržbu jednotlivých budov, ale i na dopravní spojení mezi jednotlivými zařízeními a na celkové zajištění logistických procesů.

Hlavním účelem zřízení příspěvkové organizace je především zabezpečení předmětu činnosti organizace, tj. poskytování a organizace ústavní i ambulantní základní a specializované diagnostické léčebné péče, lékárenské péče a ostatních služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče; zajišťování sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (Výroční zpráva SZZ, 2011).

Kromě hlavní činnosti zajišťuje organizace dle zřizovací listiny, výpisu z obchodního rejstříku a živnostenských koncesních listin i další doplňkové činnosti v následujících oblastech:

- Hostinská činnost
- Opravy silničních vozidel
- Správa a údržba nemovitostí
- Obchodní činnost – koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje a prodej
- Podnikání v oblasti s nakládání s nebezpečným odpadem

- Výroba tepelné energie a elektřiny
- Činnost podnikatelských, finančních, organizačních a technických poradců

(Výroční zpráva SZZ Krnov, 2011)

6.2 Organizační charakteristika

Vzhledem k tomu, že Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce je součástí SZZ Krnov, je následující kapitola věnována organizační charakteristice tohoto zdravotnického zařízení.

Ředitel je nadřízeným všech zaměstnancům organizace. Přímou řídí sekretariát ředitele (podatelna a spisová služba, zdravotnický archív, knihovna), náměstka pro léčebnou péči, náměstkyni pro ošetrovatelskou péči, ekonomicko – personálního náměstka, provozně – technického náměstka, vedoucího oddělení ICT, pracovníka marketingu a public Relations, interního auditora a právního zástupce; je nadřízený Radě pro akreditaci a kvalitu (KZK), zastává funkci primáře COS a CS.

Náměstek pro léčebnou péči (NLP) prostřednictvím primářů a vedoucích lékařů metodicky vede a řídí lékařský zdravotnický personál včetně JOP a farmaceutů, chirurgických a interních oborů, urgentní a intenzivní medicíny, komplementu, centrálního příjmu a ostatních ambulancí včetně lékařské služby první pomoci (LSPP) a lékárny. NLP stojí v čele lékařské rady, Rady pro akreditaci a kvalitu, odpovídá za lékovou politiku a preskripci ve zdravotnickém zařízení. Vykonává funkci ombudsmana SZZ Krnov.

Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (NOP) koordinuje a řídí přímo či prostřednictvím vedoucích pracovníků činnost nelékařského zdravotnického personálu v kategorii ZPBD – zdravotničtí pracovníci bez odborného dohledu (všeobecná sestra, radiologický asistent, porodní asistentka, zdravotnický laborant, zdravotně sociální pracovník, farmaceutický asistent, fyzioterapeut, odborný pracovník v laboratoři), v kategorii ZPOD – zdravotničtí pracovníci pod odborným dohledem (zdravotnický asistent, ošetrovatel, laborant a sanitář) a pracovnice příjmací kanceláře.

Úsek ekonomicko – personálního náměstka (EPN) zajišťuje činnost v rozsahu:

- Oddělení finančního účetnictví – finanční a všeobecná účtárna, evidence majetku, správa daní a poplatků, pokladna.
- Oddělení lidských zdrojů – agenda mzdová a personální, likvidace cestovních náhrad, vzdělávání zaměstnanců.

- Oddělení zdravotních pojišťoven – agenda smluvních vztahů se zdravotními pojišťovnami a vyúčtování zdravotní péče.
- Oddělení centrálního zásobování – obchodně dodavatelské vztahy, výběrová řízení na dodávky materiálu, provoz centrálního skladu.
- Oddělení plánování, analýzy a controllingu – kontrola nákladovosti jednotlivých středisek ve vztahu ke stanovenému rozpočtu.

Úsek provozně – technického náměstka (PTN) zabezpečuje provozně – technické činnosti a služby na jednotlivých odděleních:

- Bezpečnost a ochrana zdraví při práci (BOZP), civilní obrana (CO), požární ochrana (PO).
- Oddělení technické – údržba, energetika, měření, regulace, klimatizace, revize techniky, odpadové hospodářství, telefonní ústředna, stravování, investice (realizace nové výstavby, rekonstrukce a opravy, výběrová řízení na dodavatele).
- Oddělení zdravotnické techniky – metrologie, evidence, servis.
- Doprava – doprava nemocných a raněných, vozový park.
- Správa majetku.
- Outsourcing – úklidové služby, praní prádla, ochrana a ostraha majetku.

Rada kontinuálního zvyšování kvality (KZK) je jmenována ředitelem. Odpovídá za veškerou kontrolní činnost týkající se kvality zdravotnické dokumentace, léčebné a ošetrovatelské péče a bezpečnosti poskytované péče. K této činnosti jí uděluje mandát ředitel SZZ. Na základě doporučení Rady KZK jmenuje ředitel manažera /manažerku kvality. Výkonným orgánem rady je oddělení KZK, které mj. vede, zpracovává a eviduje agendu řízené dokumentace.

Poradní orgány ředitele tvoří rada vedení, Rada kontinuálního zvyšování kvality (KZK), primářský sbor a komise.

Rada vedení – ředitel, náměstek pro léčebnou péči, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, ekonomicko – personální náměstek, provozně – technický náměstek, vedoucí oddělení informatiky, oddělení marketingu a public Relations, oddělení zdravotních pojišťoven.

Rada kontinuálního zvyšování kvality (KZK) – náměstek pro léčebnou péči, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, manažerka kvality, provozně – technický náměstek, jmenovaný

lékař, asistentka pro akreditaci.

Primářský sbor – primáři oddělení, vedoucí lékárník, vedoucí lékaři.

Komise – pro řízenou dokumentaci, pro šetření mimořádných událostí, etická, škodní a náhradová, inventarizační, likvidační, stravovací, léková, transfuzní a sterilizační (Výroční zpráva SZK Krnov, 2011).

6.3 Charakteristika poskytované zdravotní péče

SZZ Krnov je zdravotnickou institucí střední velikosti na úrovni tzv. okresní nemocnice. K 1.1.2015 SZK Krnov disponovalo celkem 312 lůžky akutní péče a 220 lůžky následné péče, celkem tedy 532 lůžky. Nemocnice rovněž provozuje 25 sociálních lůžek. Základní údaje o jednotlivých odděleních a jejich výkonnostní charakteristiky za rok 2014 jsou uvedeny v tabulce.

Tab. 6. Základní charakteristiky oddělení a využití lůžkového fondu SZK Krnov, rok 2014

Oddělení	Počet lůžek	Počet oš. pac.	Počet oš. dnů	Využ. lůž. v %	Pr. oš. doba
Interna	65	3 035	15 692	66,14	5,22
Chirurgie	40	3 761	10 406	72,18	2,78
Genekologie + porod.	28	1 980	6 388	62,50	3,25
Pediatric	40	3 692	10 784	73,86	2,94
ARO + DIOP	14	243	4 196	82,11	18,6
Neurologie	35	1 970	9 359	73,26	4,80
Ortopedie	25	1 408	5 936	65,05	4,22
Urologie	20	1 404	4 442	60,85	3,17
TRN	25	685	5 698	62,44	8,32
Rehabilitace	20	363	5 684	77,86	15,66
Akutní péče celkem	312	18 541	78 585	69,01	4,26
OOP Město Albrechtice	90	862	27 805	84,64	32,26
OOP Dvorce	60	502	20 721	94,62	41,28
LDN Město Albrechtice	45	232	15 014	91,41	64,72

OOP + LDN celkem	195	1 596	63 540	89,27	39,81
OLÚ TRN Město Albrechtice	25	281	7 619	83,50	27,11
Následná péče celkem	220	1 877	71 159	88,62	37,91
SZZ celkem	532	20 418	149 744	77,12	7,44

Zdroj: SZZ Krnov, 2014, vlastní zpracování

6.4 Následná lůžková péče

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov provozuje celkem 220 lůžek následné péče na čtyřech odděleních ve dvou lokalitách:

- Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice
- Léčebna dlouhodobě nemocných Město Albrechtice
- Odborný léčebný ústav TRN Město Albrechtice
- Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice

Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice je umístěno v hlavní budově nemocnice ve Městě Albrechticích. Nemocnice byla otevřena v roce 1932 řádem Svatého Karla Boromejského jako všeobecná nemocnice se základními odděleními. V roce 1936 byl k nemocnici přistavěn dětský pavilon. Počátkem padesátých let se nemocnice stává součástí tehdejšího OÚNZ Bruntál se sídlem v Krnově. Až do roku 1974 byla nemocnice provozována jako léčebna mimoplicní TBC, prováděly se zde ortopedické operace a po určitý čas zde bylo částečně umístěno i chirurgické oddělení krnovské nemocnice. Z původního dětského pavilonu se stal Dětský rehabilitační ústav o kapacitě 45 lůžek s působností pro celou Českou republiku.

S ubývajícím počtem nemocných TBC vznikají v roce 1974 nová oddělení: oddělení ORL se 30 lůžky, urologické oddělení s 54 lůžky, ortopedické oddělení s 52 lůžky a onkologický stacionář s 8 lůžky. Výše jmenovaná oddělení měla nadokresní význam, v případě Dětského rehabilitačního ústavu se jednalo o celostátní význam.

K 1. březnu 1993 došlo k restrukturalizaci lůžkového fondu a z Dětského rehabilitačního ústavu vznikla Jednotka ošetrovatelské péče o kapacitě 25 lůžek. V roce 2001 se nemocnice Město Albrechtice stává součástí Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. V roce 2004 došlo k dokončení druhé etapy rekonstrukce areálu krnovské nemocnice. V září 2004 se přemístila oddělení akutní péče z Města Albrechtic do nemocnice v Krnově. Po rekonstrukci uvolněných prostor ve Městě Albrechticích došlo od 1. října 2004 k přestěhování Jednotky ošetrovatelské péče z dětského pavilonu do I. patra hlavní budovy a v listopadu 2004 k přesunutí Jednotky ošetrovatelské péče z areálu OLÚ TRN Krnov – Ježník do II. patra nemocnice ve Městě Albrechticích.

Nové pracoviště neslo název Jednotka ošetrovatelské péče a bylo tvořeno 4 ošetrovacími jednotkami umístěnými v hlavní budově (uvolněné prostory po urologickém a ortopedickém oddělení). Celková kapacita byla 80 lůžek. I přes provedení pouze základních rekonstrukčních prací splňovalo toto oddělení požadavky kladené na provozování lůžek tohoto typu. Výhodou jsou dostatečné prostory, které nabízejí dostatek možností pro aktivizaci pacientů (jídlna, společenské místnost apod.). Značnou výhodou je rovněž přítomnost kvalitního komplementu, který je umístěn v přízemí budovy.

Od 1.1.2005 došlo k přejmenování oddělení na Oddělení rehabilitační a ošetrovatelské péče a od poloviny roku 2007 na Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice. Po přechodné redukci na 3 ošetrovací jednotky a 75 lůžek v souvislosti se zrušením Léčebny TRN Město Albrechtice – Žáry v letech 2006 – 2007 disponuje oddělení v současné době 90 lůžky na 3 ošetrovacích jednotkách. Přechodně v roce 2009 a potom trvale od roku 2011 je v nemocnici umístěn i úsek sociálních lůžek o celkové kapacitě 25 lůžek. Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice společně s LDN Město Albrechtice je jediným poskytovatelem následné lůžkové péče v regionu, částečně má nadregionální význam. Zajišťuje péči pro přibližně 150 000 obyvatel. Současná kapacita obou oddělení (celkem 135 lůžek) je poněkud nižší, než je doporučováno příslušnou vyhláškou (doporučeno 130 lůžek/100 000 obyvatel). V minulých letech byly do areálu investovány značné finanční prostředky (zateplení budov, plastová okna, nové výtahy, spojovací koridor), protože se do budoucna s areálem počítá jako s hlavním poskytovatelem následné lůžkové péče jak v rámci SZZ Krnov, tak i v rámci regionu.

Na rok 2015 jsou v nemocnici plánovány další investiční akce spočívající v rekonstrukci interiérů a změně dispozičního uspořádání pracovišť. Cílem je vybudování moderního komplexního centra geriatrické a paliativní péče na nejvyšší úrovni. Centrum bude čerpat

finance z programu mezinárodní spolupráce, z takzvaného „Švýcarsko – českého projektu“, jehož cílem je zlepšení dostupnosti a kvality ústavní a ošetrovatelské péče pro pacienty hospitalizované v nemocnici ve Městě Albrechticích. Celkové náklady by měly přesáhnout 36 miliónů Kč, z čehož asi 23 miliónů Kč bude čerpáno ze švýcarských fondů, na zbytku se bude podílet SZZ Krnov. Projekt je zaměřen nejen na zlepšení vnitřního vybavení, ale i na zvýšení kvality poskytované péče. Cílem nového projektu krnovské nemocnice bude posílení zdravotní péče na regionální i nadregionální úrovni se zvláštním důrazem na seniory, osoby znevýhodněné, hendikepované a umírající.

Léčebna Dlouhodobě nemocných Město Albrechtice je umístěna v bývalém dětském pavilonu v areálu nemocnice Město Albrechtice od roku 2008, kdy došlo k přestěhování léčebny z areálu bývalé Léčebny TRN Město Albrechtice – Žáry. Zařízení disponuje 45 lůžky. Výhodou umístění léčebny v areálu nemocnice Město Albrechtice je lepší dopravní dostupnost zařízení, komfortnější prostředí, návaznost na potřebný komplement i na lékařskou službu.

Odborný léčebný ústav TRN Město Albrechtice je v areálu nemocnice Město Albrechtice umístěn od podzimu 2011. Pracoviště o 25 lůžkách vzniklo v souvislosti s ukončením provozu Odborného léčebného ústavu TRN Krnov – Ježník. Pracoviště navazuje na poskytování následné specializované péče v oboru TRN na pracovištích Město Albrechtice – Žáry a především Krnov – Ježník v uplynulých desetiletích. Úzce spolupracuje s oddělení akutních lůžek TRN, která jsou umístěna v nemocnici v Krnově.

Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce disponuje v současné době 60 lůžky. Vzhledem k tomu, že diplomová práce se zabývá především tímto pracovištěm, jsou základní charakteristiky popsány v následujících kapitolách.

7 ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE



Obr. 2. Oddělení ošetrovateľskej péče Dvorce, podzim 2014

Zařízení je součástí SZZ Krnov od 1.10. 2003. K tomuto kroku došlo v rámci zajištění efektivního nakládání s majetkem ve vlastnictví kraje. Po organizační stránce léčebna spadá pod úsek následných lůžek, primářem úseku je MUDr. František Kubíček. Od 1.7.1997 se mění název léčebny na Oddělení ošetrovateľskej péče Dvorce. V listopadu téhož roku získává oddělení, stejně jako celé SZZ Krnov, Certifikát o udělení akreditace dle SAK ČR a stává se tak akreditovaným zdravotnickým pracovištěm.

Od 1.4.2009 je na oddělení na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zřízen úsek sociálních lůžek s celkovým počtem 15 lůžek. V průběhu měsíce října je v rámci reorganizace úseku sociálních lůžek snížen počet těchto lůžek na 6, zbývající lůžka byla umístěna do uvolněných prostor OLÚ TRN Krnov – Ježník. V roce 2011 potom v souvislosti s ukončením provozu OLÚ TRN Krnov – Ježník byla všechna sociální lůžka z uvedených pracovišť soustředěna do areálu nemocnice Město Albrechtice.

Z větších investičních akcí došlo v prosinci 2006 k propojení vytápění areálu do jedné kotelny, ve stejném roce byl areálu zaveden internet a zakoupeno nové EKG. V budově prádelny je vyčleněna místnost k ukládání biologického odpadu vybavená chladicím zařízením. V září 2009 byla provedena výměna a oprava elektroinstalace na pokojích nemocných. V roce 2010 byla provedena generální oprava ústředního vytápění v celé

hlavní budově, provedena výměna oken a zateplení budov v celém areálu. Následovala výměna střešní krytiny na hlavní i administrativní budově. V roce 2012 byla realizována rekonstrukce výtahu.

Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce je oddělením následné péče a disponuje celkem 60 lůžky. V indikacích k přijetí převažují stavy po cévních mozkových příhodách, poúrazové stavy s postižením mozku a míchy, progredující degenerativní mozková onemocnění a s věkem nemocných přibývajících závažné a nezvratné poruchy mozku (Alzheimerova choroba, demence, důsledky interních nebo neurologických chorob). Odborná a konziliární vyšetření nemocných zajišťuje nemocnice v Krnově.

V letech 2010 – 2013 zde bylo hospitalizováno ročně v průměru 380 nemocných s průměrnou ošetrovací dobou 50 dnů.

V letech 2010 a 2013 obhájilo pracoviště titul akreditovaného zařízení a opakovaně získalo Certifikát o udělení akreditace dle SAK ČR. Díky ní má nastavený stálý kontrolní systém ve fungování zařízení, jehož cílem je pravidelně zjišťovat veškerá rizika při poskytování péče s následným přijetím nápravných či preventivních opatření. Kontroluje se také prostředí nemocnice, její vybavenost, čistota i stravování pacientů.

8 ANALÝZA PROSTŘEDÍ ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE

Při analýze prostředí Oddělení ošetřovatelské péče Dvorce bylo analyzováno makroprostředí, mezoprostředí a mikroprostředí. Prostřednictvím SWOT analýzy byly zhodnoceny silné a slabé stránky pracoviště, jeho příležitosti a hrozby.

8.1 Analýza makroprostředí

Jedná se o vnější prostředí, které působí na nemocnici zvenčí. Makroprostředí je nahodilé, neovlivnitelné. Jedná se o prostředí politicko – právní, ekonomické, sociální a technologické.

8.1.1 Politicko – právní prostředí

Česká republika je právní stát postavený na demokratických principech. Provoz zdravotnických zařízení je ovlivňován řadou zákonů a vyhlášek – především z oblasti zdravotní, sociální, ekonomické a pracovně – právní (Prudil, 2006, s. 5). V současné době se poskytování zdravotní péče řídí především těmito normami:

- Zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 160/1991 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,

- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon),
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon),
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních),
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů (Šnédar, 2013, s. 9-10).

SZZ Krnov jako zdravotnická instituce zřizovaná krajem navíc musí respektovat i závazná pravidla daná krajem (např. jednotná organizační struktura nemocnic).

8.1.2 Ekonomické prostředí

Zdravotní péče je v České republice financována především z veřejného zdravotního pojištění, dále z veřejných rozpočtů a ze soukromých zdrojů.

- **Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2013:** 290,9 mld. Kč

- **Výdaje na zdravotnictví z veřejného zdravotního pojištění v roce 2013:** 229,9 mld. Kč
- **Výdaje na zdravotnictví z veřejných rozpočtů v roce 2013:** 16,7 mld. Kč
- **Výdaje na zdravotnictví domácnostmi v roce 2013:** 44,4 mld. Kč (ÚZIS, 2014a)

Celkové výdaje na zdravotnictví se oproti roku 2012 snížily o 2,4 mld. Kč a dosahují 27 681,- Kč na 1 obyvatele. Uvedené celkové výdaje představují 7,12% HDP roku 2013. Průměr všech výdajů systému zdravotního pojištění v přepočtu na 1 pojištěnce činil 22 095 Kč,-, průměrné příjmy na 1 pojištěnce 21 966 Kč,- (ÚZIS, 2013a, 2014a).

Česká republika společně s Japonskem, Itálií a Tureckem patří mezi země s největším podílem veřejných prostředků na financování zdravotní péče (asi 84,1%).

Celkové náklady nemocnic dosáhly ke konci roku 2013 hodnoty 131,3 mld. Kč a oproti roku 2012 vzrostly o 0,4%. Celkové výnosy nemocnic činily 129,4 mld. Kč. Největší nákladovou položku představují osobní náklady, které tvořily 46,3% nákladů nemocnic. Hlavním zdrojem příjmů nemocnic zůstávají úhrady od zdravotních pojišťoven, které se v roce 2013 podílely 81,1% na financování nemocnic, což byl ve srovnání s rokem 2012 pokles o 2,2% (ÚZIS, 2013a, 2014a).

Finanční hodnota distribuovaných léčivých přípravků v roce 2013 činila 55,21 mld. Kč a oproti roku 2012 byl zaznamenán pokles o 5,91% (ÚZIS, 2013a, 2014a).

8.1.3 Sociální prostředí

Mezi sociální faktory prostředí řadíme demografické faktory, životní styl obyvatelstva, prevenci, postoj zaměstnanců k práci a vzdělávání.

Na území Moravskoslezského kraje žilo k 31.12.2013 celkem 1 221 832 obyvatel. Tímto počtem je tento region nejlidnatějším regionem v České republice. Statistika za rok 2012 ukázala mírný pokles počtu obyvatel (ÚZIS, 2013b, 2014b).

V roce 2013 se narodilo 11 603 živě narozených dětí, oproti roku 2012 se jedná o velice mírný pokles o 184 dětí. Celkem bylo v roce 2012 hlášeno 4 293 umělých přerušení těhotenství, ve srovnání s rokem 2012 se jedná o nárůst o 70 umělých přerušení těhotenství (ÚZIS, 2013b, 2014b).

V roce 2013 došlo v Moravskoslezském kraji k růstu počtu zemřelých o 136 osob na 13 284 osob (10,9 na 1 000 obyvatel oproti hodnotě 10,7 v roce 2012). Nejčastější příčinou úmrtí byly v roce 2013 nemoci oběhové soustavy, druhou nejčastější příčinou byly

novotvary, na třetím místě potom nemoci dýchací soustavy (ÚZIS, 2013b, 2014b).

Celosvětový trend stárnutí populace se projevuje i v Moravskoslezském kraji, střední délka života se postupně pozvolna prodlužuje, u žen dosáhla v roce 2013 80 let a u mužů 73,8 let (ÚZIS, 2013b, 2014b).

Okres Bruntál potom patří v rámci kraje k sociálně slabším oblastem s vysokou mírou nezaměstnanosti a s tím spojenou vysokou migrací za prací do větších měst. Vzhledem v vysoké míře nezaměstnanosti, nízkým mzdám a nízké životní úrovni je značná část obyvatel odkázána na různé formy sociální pomoci. Dostupnost zdravotní péče je potom navíc komplikována horským terénem, značnými vzdálenostmi a nedostatečnou autobusovou a vlakovou dopravou (Ivanová, Králová, 2003, s. 25-28).

Vzdělávání zdravotnického personálu se řídí platnou zdravotnickou legislativou. Vzhledem k obtížné finanční situaci zdravotnictví jako celku je objem finančních prostředků na vzdělávání pracovníků nedostatečný (preferováni jsou obecně lékaři). Vzdělávání je významným prostředkem, který zásadně ovlivňuje kompetence zaměstnanců, kulturu organizace a v neposlední řadě i kvalitu poskytované péče (Ivanová, Králová, 2003, s. 49-54).

8.1.4 Technologické prostředí

V posledních letech došlo v oblasti zdravotnictví k výrazným technologickým změnám – došlo k zavedení zcela nových technologií i moderních diagnostických i léčebných přístrojů. To vše na jedné straně zvyšuje kvalitu poskytované péče, na druhé straně ale výrazně zvyšuje náklady na poskytovanou zdravotní péči.

Celosvětový rozvoj informatiky, kde převratný vývoj prostředků přenosu a zpracování informací způsobil že byl prakticky překonán problém času a komunikace, zapříčinil v oblasti zdravotnictví značný rozvoj informačních technologií a telemedicíny. Dnes jsou již prakticky všechny zdravotnické subjekty vybaveny počítači a připojením k internetu. Lůžková zdravotnická zařízení si dnes už nelze představit bez sofistikovaných nemocničních informačních systémů.

8.2 Analýza mezoprostředí

Oblast mezoprostředí je oblastí, kterou může instituce svým chováním ovlivnit. Pro analýzu mezoprostředí se používá Porterova analýza, která definuje konkurenční tlaky a rivalitu na trhu. Rivalita trhu závisí na působení a interakci základních sil (jedná se o zákazníky, dodavatele, konkurenci a substituty). Model určuje stav konkurence v odvětví, které závisí na působení pěti základních sil.

Analýza hodnotí: bodové hodnocení 1 – 5 (1 nejméně, 5 nejvíce)

- **Riziko vstupu potenciálních konkurentů:** Jak snadné nebo obtížné je pro nového konkurenta vstoupit na trh? Jaké existují bariéry vstupu?

Tab. 7. Riziko vstupu potenciálních konkurentů

Kapitálová náročnost vstupu do odvětví – kapitál hraje důležitou roli při vstupu do odvětví. K založení nové nemocnice je potřeba značného kapitálu, aby byla schopna konkurovat stávajícím zdravotnickým zařízením.	1
Potřeba vlastnit při vstupu do odvětví speciální technologie, know – how, patenty, licence – zdravotnické přístroje a technologie je nutné neustále doplňovat a obměňovat, vývoj technologií je velice rychlý.	1
Vládní politika – poskytuje nemocnicím dotace, ty však nejsou dostatečné a nejsou schopny pokrýt veškeré potřeby nemocnic.	4
Přístup k pracovní síle – zdravotníci, lékaři i nelékaři, se kontinuálně vzdělávají. Jedná se o celoživotní proces. Značný důraz je ve zdravotnictví kladen na odbornost a odborné kompetence pracovníků.	4

Zdroj: vlastní zpracování

Potenciální konkurence

Významným konkurentem je Slezská nemocnice v Opavě. Vzhledem ke společnému vedení se SZZ Krnov lze do budoucna předpokládat větší míru reprofilace a specializace obou nemocnic. Tento trend jistě ovlivní i vývoj OOP Dvorce. Druhým potenciálním konkurentem je Podhorská nemocnice, pracoviště Bruntál – člen skupiny AGEL. Ve srovnání s opavskou nemocnicí se však jedná o potenciálního konkurenta malého významu, a to přesto, že skupina AGEL je největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. V současné době skupina provozuje v České republice deset nemocnic a řadu dalších zdravotnických zařízení (např. polikliniky).

- **Rivalita mezi konkurenty:** Je mezi stávajícími subjekty silný konkurenční boj? Je na trhu jeden dominantní konkurent?

Tab. 8. Rivalita mezi konkurenty

Počet konkurentů a jejich konkurenceschopnost – oddělení konkuruje celkem 5 pracovišť. SZZ Krnov si stojí po ekonomické stránce nejlépe, hlavním rizikem je vybavení pracoviště a jeho personální zabezpečení.	3
Růst odvětví – minimální z důvodu značných fixních nákladů.	2
Diferenciace služeb – jednotlivá pracoviště nabízí širokou škálu zdravotnických služeb.	5
Diferenciace konkurentů	2
Charakter konkurence, postoj k business etice	2
Velké fixní náklady	5

Zdroj: vlastní zpracování

Konkurence

Mezi konkurenty řadíme:

Slezská nemocnice v Opavě, oddělení GDO

Podhorská nemocnice, pracoviště Rýmařov, oddělení OOP

Odborný léčebný ústav Paseka, pracoviště Moravský Beroun

Nemocnice Nový Jičín, pracoviště LDN Vítkov

Fakultní nemocnice Ostrava – Poruba, pracoviště Léčebna pro dlouhodobě nemocné Klokočov

- **Smluvní síla dodavatelů:** Jak silná je pozice dodavatelů? Jedná se o monopolní dodavatele? Je jich málo nebo naopak hodně?

Tab. 9. Smluvní síla dodavatelů

Počet a význam dodavatelů – nový dodavatel se dostává do odvětví poměrně obtížně. Konkrétní dodavatelé jsou zaměřeni především na zdravotnictví.	3
Existence substitutů – na trhu existuje značné množství zdravotnických prostředků a techniky v různých cenových relacích.	5
Význam odběratelů pro dodavatele – odběratelé jsou pro dodavatele důležití. Dodavatelé mají jen omezený okruh odběratelů.	3

Hrozba vstupu dodavatelů do analyzovaného odvětví – počet dodavatelů je odpovídající počtu odběratelů .	1
Organizovanost pracovní síly v odvětví	4

Zdroj: vlastní zpracování

Dodavatelé

Mezi dodavatele řadíme všechny společnosti, organizace, subjekty a firmy zajišťující jak zdravotnickou techniku a spotřební materiál, tak i dodávky náhradních dílů a kompletní servis. SZZ Krnov klade výrazný důraz na kvalitu. Významnou roli zde hraje dlouholetá spolupráce se subjekty, které nabízí zboží za přijatelné ceny a především následný servis. Na řadu dodávek je vypsáno veřejné výběrové řízení.

- **Smluvní síla odběratelů:** Jak silná je pozice odběratelů. Mohou spolupracovat a objednávat větší objemy?

Tab. 10. Smluvní síla odběratelů

Počet významných zákazníků – každý člověk má dle ústavy právo na poskytnutí zdravotní péče. Každému pacientovi by měla být věnována stejná péče, vyjednávací síla je nízká.	1
Význam služby pro zákazníka – význam služby je pro zákazníka vysoký. Služba je orientována na to nejcennější co člověk má – na jeho zdraví.	5
Hrozba zpětné integrace – zákazníci nejsou schopni sami podnikat v oblasti zdravotnictví. Jedná se o odborné, legislativní a finanční bariéry.	1
Náklady zákazníka při přechodu ke konkurenci – zákazník má možnost přejít ke konkurenci, jak do veřejného, tak i soukromého sektoru. Musí ale brát v úvahu čas, dostupnost, odbornost, náklady na ošetření i jiné faktory.	3

Zdroj: vlastní zpracování

Odběratelé

Odběratelé – klienti, kteří žádají kvalitní a bezpečnou péči.

- **Hrozba substitučních výrobků:** Jak snadno mohou být naše produkty a služby nahrazeny jinými?

Tab. 11. Hrozba substitučních výrobků

Existence mnoha substitutů na trhu – ty v pravém smyslu ve zdravotnictví neexistují.	1
Hrozba substitutů v budoucnu – malá pravděpodobnost vstupu substitutů na trh, a to vzhledem k nedostatečným finančním prostředkům na vzdělání, vědu a výzkum.	2
Vývoj cen substitutů – aby nové substituty mohly vstoupit na trh, musí být ceny nižší a nabídka služeb a jejich kvalita by musela být rostoucí.	3
Užité vlastnosti substitutů – zvyšují se s rozvojem nových technologií.	4

Zdroj: vlastní zpracování

Substituty

Vliv substitutů ve zdravotnictví je výrazně omezený. Okolní zařízení nabízí téměř identické služby, některé z nich však plně nesplňují požadavky pacientů, ani současné přísné nároky na personální a technické vybavení. Krnovská nemocnice a její pracoviště jsou moderně vybaveny, nemocnice naslouchá svým klientům a respektuje jejich přání.

8.3 Analýza mikroprostředí

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov je příspěvkovou organizací jejímž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Instituce je jedním z největších zaměstnavatelů v regionu – zaměstnává 100 lékařů, 8 farmaceutů, 587 nelékařských zdravotnických pracovníků, 57 technickohospodářských pracovníků a 71 pracovníků zajišťujících chod provozních úseků. Celkem zaměstnává 823 fyzických osob. Úklidové služby, praní prádla a strážní služba jsou zajišťovány formou outsourcingu.

Areál nemocnice je tvořen 15 budovami ve 3 areálech – Krnov, Město Albrechtice a Dvorce. Krnovská nemocnice prošla v posledních letech celkovou rekonstrukcí a modernizací lůžkových pavilónů, operačních sálů, přístavbou centrálního příjmu a výstavbou spojovacích koridorů. V současné době je v rámci mezinárodní spolupráce, z takzvaného „Švýcarsko – českého projektu, realizována rekonstrukce areálu ve Městě Albrechticích s cílem vytvoření komplexního centra geriatrické a paliativní péče.

8.4 SWOT analýza

SWOT analýza vyhodnocuje silné a slabé stránky příslušného subjektu, upozorňuje na příležitosti a hrozby vyplývající z vnějšího prostředí. Při sestavování SWOT analýzy OOP Dvorce jsem vycházel z Výroční zprávy SZZ Krnov za rok 2011 (jedná se o poslední dostupnou výroční zprávu dané instituce v kompletní verzi), využil jsem svých praktických znalostí a zkušeností, popř. jsem jednotlivé body konzultoval s managementem nemocnice.

Tab. 12. SWOT analýza OOP Dvorce

Silné stránky (Strengths)	Slabé stránky (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> • pracoviště akreditováno dle SAK ČR • propracovaný systém organizačních a řídicích norem • návaznost na odborná pracoviště nemocnice • návaznost na lékárnu nemocnice • vlastní doprava • zařízení prošlo celkovou rekonstrukcí • bezbariérový přístup na pracoviště • spokojenost pacientů s úrovní poskytované péče • dobrá informovanost zaměstnanců prostřednictvím intranetu • vysoká míra obloženosti a dobré ekonomické výsledky pracoviště 	<ul style="list-style-type: none"> • odloučenost areálu od vlastní nemocnice – vyšší náklady na provoz, správu a údržbu • problematický management logistiky • zastaralost vnitřního vybavení oddělení • nedostatečná úroveň rehabilitační péče • nedostatek kvalifikovaného personálu • přetrvávání zastaralých forem řízení ze strany liniového managementu oddělení

<i>Příležitosti (Opportunities)</i>	<i>Hrozby (Threats)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • zlepšení spolupráce s okolními zdravotnickými zařízeními • značný rozvojový potenciál nabízí spolupráce se Slezskou nemocnicí v Opavě (společný management) • zdravotnická reforma • důraz na péči o seniory • rostoucí míra vzdělanosti a informovanosti klientů 	<ul style="list-style-type: none"> • nesofistikované regulační mechanismy snižující množství klientů • tlak vlády a zdravotních pojišťoven na snížení počtu poskytovatelů zdravotní péče • nevýhodné úhradové vyhlášky a smlouvy na poskytování péče ze strany zdravotních pojišťoven • sociálně slabé obyvatelstvo v regionu • vysoká nezaměstnanost v regionu • úbytek počtu obyvatel v regionu • konkurence okolních zdravotnických zařízení • malý důraz na následnou péči v rámci zdravotní politiky

Zdroj: SZZ Krnov, 2013-2015, vlastní zpracování

8.5 Shrnutí analytické části

V analytické části byly prostřednictvím analýzy makroprostředí, mezoprostředí, mikroprostředí a následného vytvoření SWOT analýzy vyhodnoceno prostředí, ve kterém se Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce nachází.

Z hlediska makroprostředí je jedná o podmínky, které jsou společné prakticky všem zdravotnickým zařízením v České republice. Výrazným negativem je nedokonalá a dosud nekompletní zdravotnická legislativa, malá provázanost mezi resorty zdravotnictví a sociální péče, rigidní struktura státní správy a obecně špatná vymahatelnost práva v České republice. Z ekonomického hlediska došlo v posledních letech ke stabilizaci systému zdravotnictví, ale přesto i v této oblasti zůstává nedořešena řada problémů. Zejména výrazný růst nákladů na poskytování zdravotnických služeb a zhoršující se demografické ukazatele budou vyžadovat v nejbližších letech systémová řešení, která prostřednictvím uplatňování principu tzv. řízené péče budou regulovat výdaje na zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že následná péče se bude vždy prolínat s péčí sociální, je možné očekávat do

budoucná minimálně spoluúčast klientů na jejím poskytování. Výraznou hrozbou do budoucna je nepříznivý demografický vývoj v České republice a zejména hospodářské i společenské zaostávání regionu, ve kterém se zařízení nachází a to se všemi negativními jevy, které uvedený proces doprovází. Výrazný rozvoj technologií ve všech oblastech zdravotnictví potom klade ještě větší tlak na ekonomické výsledky jejich činnosti. A to přesto, že zdravotnictví není zcela postaveno na principech fungování trhu a jedná se o veřejnou službu jejíž poskytování má svá specifika.

Z analýzy mezoprostředí, pro kterou byla použita Porterova analýza vyplývá, že zařízení se nachází v klasickém tržním prostředí s ohledem na specifika trhu zdravotních služeb. Riziko vstupu konkurence na trh zdravotních služeb je poměrně malá, smluvní síla dodavatelů je z důvodů konkurence na trhu přiměřená, smluvní síla odběratelů je poměrně malá, substituty mají ve zdravotnictví jen malou možnost uplatnění a v pravém slova smyslu neexistují. Mnohé trendy, které vyplývají z analýzy však nelze v žádném případě přehlížet nebo podceňovat. Například vliv konkurence se může zásadním způsobem změnit vstupem například zahraničního kapitálu do některé ze stávajících zdravotnických institucí v regionu nebo vznikem úplně nové instituce poskytující následnou lůžkovou péči.

Z hlediska mikroprostředí se zařízení nachází v poměrně stabilním ekonomickém prostředí větší nemocnice poskytující kompletní základní péči.

Z vytvořené SWOT analýzy vyplývá, že u zařízení převládají silné stránky a příležitosti. Přesto slabé stránky a hrozby nelze v žádném případě podceňovat. Například nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu a obtíže s jeho získáváním může do budoucna vést až k potížím se zajištěním chodu pracoviště. Rovněž chybějící služby a problematika zastaralého vnitřního vybavení může v rostoucím konkurenčním prostředí způsobit snížení zájmu o poskytování zdravotnických služeb v zařízení.

Přesto z analýzy prostředí vyplývá, že pozitivní trendy převažují nad negativními. Část negativ lze eliminovat použitím vhodných marketingových nástrojů, část lze ovlivnit čistě ekonomickými nástroji, konkrétně nástroji eliminujícími náklady a zvyšujícími objem tržeb z hlavní činnosti.

9 ANALÝZA ZÁKLADNÍCH EKONOMICKÝCH UKAZATELŮ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE

Pro zhodnocení ekonomického prostředí pracoviště byla zvolena analýza standardních ekonomických ukazatelů a analýza specifických ukazatelů zdravotní péče.

9.1 Analýza ekonomických ukazatelů

Výběr standardních ekonomických ukazatelů bylo nutno přizpůsobit skutečnosti, že se jedná o analýzu ekonomického prostředí konkrétního zdravotnického oddělení a nikoliv zdravotnické instituce. Řadu dalších ekonomických ukazatelů využívaných v běžné praxi nebylo možno využít, protože většina těchto ukazatelů je vhodná především pro hodnocení zdravotnické instituce jako celku a nikoliv pouhého pracoviště. Například o investicích si konkrétní oddělení nerozhoduje, nebo pouze v omezené míře. Navíc příjmy oddělení tvoří pouze příjmy za realizovanou péči, tudíž příjmy z hlavní hospodářské činnosti. Pro práci byla zvolena analýza nákladů, výnosů a výsledku hospodaření, která má i v případě konkrétního zdravotnického oddělení vypovídací hodnotu. V rámci SZZ Krnov je uvedená metodika používána od roku 2008, proto jsou uvedena a zpracována data od tohoto roku. Data z předchozích období nenabízí relevantní srovnání.

Tab. 13. Zjednodušená rozborová tabulka OOP Dvorce za roky 2008 – 2014

Popis účtu / rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Náklady	16 776 472	20 558 296	21 694 778	16 394 820	15 339 191	16 495 550	17 215 576
Vnitř. náklady	3 150 307	2 884 699	2 590 469	4 531 617	4 370 018	3 080 486	5 362 053
Náklady celkem	19 926 779	23 442 995	24 285 247	20 926 437	19 709 209	19 576 036	22 577 629
Tržby	25 407 383	26 146 432	23 321 701	22 745 138	20 780 238	20 978 923	26 386 588
Výnosy celkem	25 407 383	29 211 852	26 050 019	22 745 138	20 781 193	20 978 923	26 386 588
Hosp. výsledek	5 480 604	5 768 857	1 764 772	1 818 701	1 071 984	1 402 887	3 808 959

Zdroj: SZZ Krnov, 2008-2014, vlastní zpracování

Nejpodstatnější složku tržeb tvoří účet 602 tržby z prodeje, konkrétně v případě zdravotnické instituce, resp. oddělení se jedná o příjmy od zdravotních pojišťoven za realizované zdravotnické výkony. U oddělení následné péče se jedná o platbu za ošetřovací den. Tato položka je ze strany zdravotnického zařízení poměrně dobře ovlivnitelná – se zvyšující se využitelností lůžek v % stoupá počet realizovaných ošetřovacích dnů a tím rostou i příjmy (tržby) ze strany zdravotních pojišťoven. V tabulce jsou uvedena data za

jednotlivé zdravotní pojišťovny, u kterých byly vykázány výkony.

Tab. 14. Zjednodušená rozborová tabulka plateb od ZP OOP Dvorce za roky 2008 – 2014

Popis účtu / rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
VZP	20 850 705	21 468 038	18 089 814	16 842 187	13 656 491	12 008 736	14 394 990
Vojenská ZP	319 095	104 455	134 661	402 180	179 529	960 163	1 310 884
Hutnická ZP*	598 318	646 260	789 329	1 328 386	1 566 609	3 075 948	2 455 694
Oborová ZP	122 533	324 060	-15 818	375 057	1 150 841	865 519	1 241 379
ZP MV ČR	1 406 377	569 606	749 144	1 137 737	1 117 913	1 718 749	2 158 264
Rev. brat. pokladna	293 908	241 058	687 412	815 846	428 375	989 623	1 669 505
METAL-ALIANCE	0	313 079	104 280	14 773	117 845	0	0
ČNZP	522 184	471 052	0	0	0	0	0
Vyúčtování ZP	-161 674	83 028	229 132	-349 737	946 821	-393 176	1 159 482
Tržby ostatní	607	274	55	2 231	1 317	1 922	1 931 082
Celkem	23 952 053	24 221 010	20 882 511	20 568 659	19 165 741	19 227 484	26 321 279
Tržby	23 952 053	24 221 010	20 882 511	20 568 659	19 165 741	19 227 484	26 321 279
Výnosy celkem	23 952 053	24 221 010	20 882 511	20 658 659	19 165 741	19 227 484	26 321 279
Hosp. výsledek	23 952 053	24 221 010	20 882 511	20 658 659	19 165 741	19 227 484	26 321 279

* od roku 2010 ČPZP

Zdroj: SZK Krnov, 2008-2014, vlastní zpracování

Při analýze ekonomických ukazatelů OOP Dvorce v letech 2008 – 2014 bylo zjištěno, že toto období lze rozdělit na dvě rozdílné etapy vývoje. V letech 2008 – 2012 docházelo s drobnými odchylkami k postupnému růstu nákladů (do roku 2010) a zároveň s výjimkou roku 2009 k poklesu výnosů. Tento stav zapříčinil zhoršující se hospodářský výsledek oddělení, minima bylo dosaženo v roce 2012. Přesto za celé sledované období byl hospodářský výsledek pracoviště kladný. Od roku 2013 dosud dochází k mírnému růstu nákladů, který je ale zapříčiněn podstatně výraznějším růstem výkonů pracoviště a je tudíž plně zdůvodnitelný. Růst výkonů zapříčiňuje růst výnosů, které představují především příjmy od zdravotních pojišťoven. Výrazný nárůst byl zaznamenán především v roce 2014, kdy bylo vzhledem k počtu lůžek dosaženo největších výkonů představovaných počtem ošetrovacích dnů, zároveň bylo za sledované období dosaženo rekordního využití lůžkového fondu ve výši téměř 95%. Je patrné, že opatření uplatňovaná od roku 2013 se v roce 2014 projevila již v plném rozsahu. Další opatření, která jsou navržena v návrhu zvýšení efektivnosti mohou zlepšit výši tržeb a tím i hospodářský výsledek v řádu jednotek procent. Přesto i tato opatření, společně s opatřeními v provozní oblasti a v oblasti

marketingu, mohou ještě zvýšit efektivitu poskytované zdravotní péče. Hospodářský výsledek pracoviště lze ovlivnit pouze zvýšením objemu realizovaných výkonů z hlavní hospodářské činnosti, z vedlejší hospodářské činnosti oddělení vlastní příjmy nemá.

9.2 Analýza specifických ukazatelů zdravotní péče

Pro analýzu specifických ukazatelů zdravotní péče na OOP Dvorce jsem zvolil ukazatele počtu lůžek, počtu ošetřených pacientů, počtu ošetřovacích dnů, využití lůžek v % a průměrné ošetřovací doby.

Pro analýzu nejen skutečného stavu, ale zejména trendů vývoje jsem zvolil srovnání s pracovišti následné péče SZZ Krnov jako celkem. I když struktura pracovišť se v průběhu let měnila, jedná se o segment péče v rámci kterého lze srovnání provádět.

Tab. 15. Využití lůžkového fondu OOP Dvorce v letech 2003 - 2014

Rok	Počet lůžek	Počet oš. pac.	Počet oš. dnů	Využ. lůž. v %	Pr. oš. doba
2003*	80	98	4 833	65,67	66,66
2004	80	225	21 993	75,11	126,76
2005	80	216	24 427	83,65	154,60
2006	80	192	25 782	88,29	202,21
2007	80	196	25 595	87,65	191,01
2008	80	173	24 448	83,50	212,59
2009	80	168	21 400	76,14	191,07
2010	76	147	18 907	68,16	199,02
2011	76	182	19 696	76,36	148,65
2012	60	218	16 269	74,08	74,63
2013	60	385	18 934	86,46	49,18
2014	60	502	20 721	94,62	41,28

* od 1.10.2003

Zdroj: SZZ Krnov, 2003-2014, vlastní zpracování

Pro srovnání výkonů pracoviště OOP Dvorce jsou v následující tabulce uvedeny výkony segmentu následné péče v SZZ Krnov jako celku. Tato položka je v SZZ Krnov statisticky zpracovávána od roku 2005 a tudíž jsou uvedena data od tohoto roku.

Tab. 16. Využití lůžkového fondu následné péče SZZ Krnov v letech 2005 – 2014

Rok	Počet lůžek	Počet oš. pac.	Počet oš. dnů	Využ. lůž. v %	Pr. oš. doba
2005	394	2 043	115 922	80,61	63,69
2006	359	1 761	113 445	86,58	72,74
2007	310	1 584	103 101	82,96	73,10
2008	310	1 321	88 929	78,38	77,20
2009	310	1 459	84 603	79,58	66,33
2010	285	1 391	81 422	78,27	67,46
2011	285	1 331	73 055	76,01	63,14
2012	220	1 341	64 966	80,68	48,45
2013	220	1 648	68 330	85,09	44,53
2014	220	1 877	71 159	88,62	37,91

Zdroj: SZZ Krnov, 2005 – 2014, vlastní zpracování

Srovnání specifických zdravotnických ukazatelů OOP Dvorce a celkového segmentu následné péče v SZZ Krnov je velice důležité, protože umožňuje zjišťovat odchylky mezi jednotlivými pracovišti a realizovat případná regulační opatření.

Počet lůžek následné péče v SZZ Krnov v období 2005 – 2014 měl klesající tendenci, výrazný pokles o 35 lůžek mezi lety 2005 a 2006 byl způsoben zrušením OLÚ TRN Žáry. Pokles o dalších 49 lůžek v roce 2007 byl způsoben zrušením OLÚ TRN Město Albrechtice (převedení zbývajících lůžek do OLÚ TRN Krnov – Ježník) a zrušením LDN Kunov. Snížení o 25 lůžek v roce 2010 bylo způsobeno redukcí nadbytečných lůžek ve stávajících zařízeních. Největší pokles o 65 lůžek v roce 2012 byl způsoben ukončením činnosti OLÚ TRN Krnov – Ježník na podzim roku 2011.

V souvislosti s poklesem počtu lůžek klesaly až na drobné odchylky i počty ošetřených pacientů a zejména počet ošetřovacích dnů a to až do stabilizace lůžkového fondu v roce 2012. V roce 2012 bylo dosaženo minimálního počtu ošetřovacích dnů, od roku 2013 výkony následné péče rostou. Pozitivním trendem je rovněž rostoucí míra využití lůžkového fondu a klesající průměrná ošetřovací doba.

OOP Dvorce ve srovnání s následnou péčí SZZ Krnov jako celkem dosahovalo v některých letech nižší míry využití lůžkového fondu, výrazným problémem byla výrazně delší průměrná ošetřovací doba ve srovnání s ostatními pracovišti následné péče. Minimálního počtu ošetřovacích dnů bylo dosaženo v roce 2012, od roku 2013 počet ošetřovacích dnů stoupá, v roce 2014 bylo realizováno o 4 452 více ošetřovacích dnů než v roce 2012. Využití lůžek v roce 2014 dosáhlo téměř 95% a naráží již na nemožnost dalšího zvýšení

využití lůžek, a to zejména z praktických provozních důvodů. Výrazně pozitivním trendem je potom snižování délky průměrné ošetřovací doby od roku 2012, v roce 2014 dosáhla hodnoty 41,28 dne a blíží se již k průměrné hodnotě následné péče SZZ Krnov, která byla v roce 2014 37,91 dne.

Uvedených skutečností bylo dosaženo realizací opatření, která jsou na OOP Dvorce postupně realizována od roku 2013 a jsou popsána v projektové části.

10 NÁVRH ZVÝŠENÍ EFEKTIVNOSTI ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE

V návrhu zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce jsou zpracovány návrhy z oblasti marketingového řízení oddělení, opatření v oblasti příjmů z hlavní činnosti a opatření z oblasti provozního zabezpečení, doplňková činnost není na pracovišti poskytována. Z časového hlediska jsou návrhy v jednotlivých oblastech rozděleny na opatření již realizovaná a na opatření, která budou realizována do konce roku 2015. Celý návrh je podroben finančnímu zhodnocení, kterou představuje návrh finančního plánu oddělení pro rok 2016.

10.1 Návrh marketingového řízení oddělení

Opatření v oblasti marketingového řízení Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce realizovaná postupně od roku 2013 vycházejí ze strategie SZZ Krnov pro roky 2011 – 2012, kdy po nezbytné restrukturalizaci lůžkového fondu nemocnice došlo ke snižování nákladů, a to zejména osobních. V roce 2012 se plně projevil efekt realizovaných změn, efekt provázání činností se Slezskou nemocnicí Opava. Cílem bylo zajistit při plné DRG platbě větší příliv klientů a využití plného potenciálu nemocnice. Pro následnou péči bylo stanoveno využití lůžkového fondu 95%. Vzhledem ke skutečnosti, že uvedená opatření se v případě OOP Dvorce plně neprojevila a došlo v roce 2012 k dalšímu zhoršení ekonomických výsledků pracoviště, tak jsem navrhl ve spolupráci s vrcholovým managementem SZZ Krnov marketingová opatření, která byla postupně realizována od počátku roku 2013:

- navrhl jsem zřízení funkce koordinátora následné péče, který zodpovídá za naplnění strategie instituce v oblasti marketingové a v oblasti hlavní hospodářské činnosti (využití potenciálu pracoviště a optimalizace příjmů od zdravotních pojišťoven),
- doporučil jsem navázání hlubší spolupráce se zdravotnickými institucemi v rámci Moravskoslezského a Olomouckého kraje,
- došlo k navázání strategické spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava s cílem stát se „zařízením první volby“ v rámci poskytování následné péče pro danou instituci,
- navrhl jsem a postupně byla realizována opatření s cílem propagace oddělení – bylo využito propagačních tiskovin (letáčky, publikace), článků v regionálním tisku i relací v regionální televizi a informačních spotů vysílaných na TV obrazovkách v

čekárnách nemocnice.

Tato první etapa byla ukončena koncem roku 2014. Pro období 2015 – 2020 byla vytvořena nová strategie SZZ Krnov s cílem zveřejnit vize zdravotnického zařízení pro příštích 5 let tak, aby byly zřejmé jeho hlavní priority ve všech klíčových oblastech řízení organizace a především v poskytování zdravotnických služeb. Dokument slouží rovněž jako řídicí nástroj zřizovatele – KÚ MSK, s cílem sledovat, zda příspěvková organizace plní stěžejní cíle a poslání, pro které byla zřízena. Tento plán stanovuje základní strategické cíle nemocnice a jeho plnění bude vyhodnocováno každý rok na výroční primářské poradě.

Základem strategie je:

- zajištění kvalitní a bezpečné léčebné a ošetrovatelské péče,
- optimalizace úhrad ze strany zdravotních pojišťoven,
- firemní etika a efektivnost komunikace, která by měla vést k prohloubení pocitu sounáležitosti a loajality zaměstnanců k nemocnici,
- odborné reakreditace všech zdravotnických medicínských oborů,
- reakreditace celé nemocnice v systému kvality,
- vytvoření „bezpapírové“ nemocnice do roku 2017.

Součástí strategie jsou následující projekty týkající se následné péče:

- prostřednictvím fondů rekonstruovat nemocnici Město Albrechtice, která bude zahrnovat:
 - ✓ vybavení oddělení novým nábytkem,
 - ✓ vybavit oddělení potřebnými rehabilitačními pomůckami,
 - ✓ modernizovat oddělení sociálních lůžek,
 - ✓ vybudovat evakuační výtah,
 - ✓ vybudovat školící místnost.

Ze strategie vyplývá, že pro pracoviště OOP Dvorce se do roku 2020 nepočítá s novými projekty. Přesto bude nutno realizovat opatření, která přispějí k naplnění cílů strategie i na uvedeném pracovišti. Pro rok 2015 jsem po dvou letech navrhl realizaci marketingové akce s cílem zlepšení propagace oddělení. Kromě již uvedených metod propagace bude kladen zvláštní důraz na elektronické formy propagace a na orientaci na cílové skupiny.

10.2 Návrh v oblasti hlavní činnosti

Z provedených analýz vyplývá, že podstatnou část příjmů oddělení tvoří příjmy od zdravotních pojišťoven, tj. z hlavní činnosti. Příjmy z doplňkové činnosti nejsou na pracovišti vykazovány. Minimálního objemu realizovaných ošetrovacích dnů bylo na OOP Dvorce dosaženo v roce 2012, rovněž míra využití lůžkového fondu byla nižší než byl průměr následné péče v SZZ Krnov jako celku.

Od roku 2013 na pracovišti postupně navrhuji realizaci opatření, jejichž cílem je nejen naplnit strategii SZZ Krnov v uvedené oblasti, ale realizovat i další opatření s cílem dosáhnout maximálního potenciálu oddělení.

Postupně jsem navrhl a v oblasti příjmů z hlavní činnosti jsou realizována tato opatření:

- Délka hospitalizace pacientů je sledována automaticky prostřednictvím služby SQL Agent, seznamy pacientů na oddělení s uvedenou délkou hospitalizace jsou automaticky 1 x týdně zasílány e-mailem vedoucím pracovníkům oddělení následné péče včetně managementu nemocnice.
- Toto opatření společně s důsledným dodržováním maximální délky hospitalizace eliminuje počet nezaplacených realizovaných ošetrovacích dnů ze strany zdravotních pojišťoven.
- Důraz je kladen na maximální využití lůžkové kapacity oddělení, míra využití lůžkového fondu má od roku 2013 rostoucí tendenci a v roce 2014 dosáhla 94,62%. Tato hodnota již přesahuje průměrnou míru využití lůžkového fondu u následné péče v SZZ Krnov, která dosahuje hodnoty 88,62%. Těchto hodnoty bylo dosaženo díky spolupráci s větším počtem zdravotnických institucí v Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Od roku 2013 je rovněž uplatňována strategická spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava.
- Pro rok 2015 jsem v rámci optimalizace úhrad ze strany zdravotních pojišťoven naplánoval pravidelné schůzky s oddělením ZP s cílem pravidelně konzultovat průběh plnění plateb ze strany jednotlivých ZP. V důsledku opatření by mělo dojít ještě k efektivnějšímu získávání plateb od ZP a k minimalizaci korekcí a srážek z jejich strany. Výrazných efektů by mělo být dosaženo především v případě zdravotních pojišťoven u kterých je smlouvou stanoven limit pro maximální rozsah realizované zdravotní péče (pojišťovna 205 ČPZP a Revírní bratrská pokladna 213) a v případě VZP ČR, kde dochází k celkovému poklesu počtu pojištěnců. Frekvence

schůzek je navržena 1 x za 3 měsíce.

- Při plné realizaci navržených opatření a podle současné úhradové vyhlášky lze pro rok 2016 počítat s navýšením příjmů z hlavní činnosti ve srovnání s rokem 2014 o 5%.

10.3 Návrh v provozní oblasti

Na OOP Dvorce byla v uplynulých letech realizována opatření, jejichž cílem bylo snížit energetickou náročnost celého areálu. Snížení energetické náročnosti se pozitivně promítlo do snížení nákladů za energie, zjednodušením systému vytápění došlo rovněž k úsporám v personální oblasti. V současné době zajišťuje údržbu areálu i vytápění pouze jediný zaměstnanec.

V listopadu 2013 byla realizována úspora v administrativní oblasti, funkce pokladníka s úvazkem 0,5 byla převedena do činnosti koordinátora následné péče.

Provoz stravovacího provozu na OOP Dvorce nelze do budoucna při současných nárocích efektivním způsobem zajistit. V roce 2015 je navrženo zrušení stávajícího stravovacího provozu, strava bude na oddělení dovážena ze stravovacího provozu SZK Krnov, který prošel kompletní rekonstrukcí a splňuje nejpřísnější hygienické podmínky. Celý proces by měl být realizován do června 2015. Ekonomický efekt opatření je uveden v tabulce.

Tab. 17. Ekonomický efekt zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce

<i>Náklady / měsíc</i>	<i>Stávající stav</i>	<i>Stav po zrušení strav. provozu</i>
Mzdy	66 700	16 000
Režijní náklady	1 000	500
Elektřina	14 000	5 000
Ostatní	20 000	5 000
Doprava	0	30 000
Náklady celkem	101 700	56 500

Zdroj: SZK Krnov, 2015, vlastní zpracování

Měsíční úspora nákladů na zajištění stravovacích služeb je 45 200,- Kč, roční úspora činí 542 400,- Kč. Jednorázové náklady na technické vybavení pro rozvoz stravy na OOP Dvorce byly vyčísleny na 84 524,- Kč a budou nákladem stravovacího provozu SZK Krnov. Uvedeným opatřením bude dále vyřešena problematika kontrol přípravy stravy po nutriční stránce nutričními terapeutkami stravovacího provozu SZK Krnov, ve stravovacím provozu

OOP Dvorce tato možnost není. Ekonomické efekty zrušení stravovacího provozu na OOP Dvorce jsem konzultoval s vedoucím stravovacího provozu SZZ Krnov panem Lumírem Válkem. Uvedená opatření se plně projeví v roce 2016 a bude s nimi možné počítat při sestavování finančního plánu pro uvedené období.

10.4 Časový plán navržených opatření

Jednotlivé návrhy ke zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce byly a jsou realizovány postupně v letech 2013 – 2015. Jednotlivá opatření včetně efektů jsou uvedena v tabulce.

Tab. 18. Časový plán realizace navržených opatření a efekty opatření

Rok / opatření	Efekt opatření
<p>2013</p> <ul style="list-style-type: none"> • zřízení pracovní pozice koordinátora následné péče • navázání spolupráce se zdravotnickými institucemi v Moravskoslezském a Olomouckém kraji • strategické spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava • marketingová akce s cílem propagace pracoviště • průběžné sledování délky hospitalizací prostřednictvím služby SQL Agent 	<ul style="list-style-type: none"> • realizováno 18 934 ošetrovacích dnů • využití lůžek 86,46% • průměrná ošetrovací doba 49,18 dne • hospodářský výsledek + 1 402 887,- Kč

<p>2014</p> <ul style="list-style-type: none"> • pokračování spolupráce se zdravotnickými institucemi a strategické spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava • aktualizace propagačních materiálů pracoviště, distribuce propagačních letáčků • výrazný důraz na maximální využití kapacity pracoviště 	<ul style="list-style-type: none"> • realizováno 20 721 ošetrovacích dnů • využití lůžek 94,62% • průměrná ošetrovací doba 41,28 dne • hospodářský výsledek + 3 808 959,- Kč
<p>2015</p> <ul style="list-style-type: none"> • realizace pravidelných schůzek s oddělením ZP s cílem optimalizovat příjmy od ZP • opakování marketingové akce s cílem propagace pracoviště, využití nových forem propagace, uplatnění forem cíleného marketingu • zrušení stravovacího provozu na OOP Dvorce 	<ul style="list-style-type: none"> • předpoklad realizace minimálně 21 000 ošetrovacích dnů • předpokládané využití lůžek nad 95% • pokles ošetrovací doby pod 40 dnů • plánovaný hospodářský výsledek minimálně na úrovni roku 2014

Zdroj: SZZ Krnov, 2013-2015, vlastní zpracování

10.5 Návrh finančního plánu na rok 2016

Na základě provedených analýz a zhodnocení ekonomických a specifických zdravotnických ukazatelů jsem vypracoval návrh finančního plánu oddělení pro rok 2016. Plán předpokládá stejné podmínky při realizaci hlavní činnosti (platby ze strany ZP) jako v roce 2015 a zohledňuje navržená opatření. Návrh finančního plánu na rok 2015 vychází z trendů vývoje příjmů z hlavní hospodářské činnosti od roku 2013 a z tohoto důvodu počítá s předpokládaným růstem výnosů. Plán předpokládá, že rostoucí náklady pracoviště v důsledku větší realizace počtu ošetrovacích dnů budou plně kompenzovány úsporami ze zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce a že vnitropodnikové náklady zůstanou na přibližně stejné výši.

Plán počítá s dalším zvýšením příjmů z hlavní činnosti přibližně o 10%, čehož bude dosaženo jak zvýšením výkonů o 5%, tak i zvýšením příjmů od zdravotních pojišťoven v důsledku průběžného sledování čerpání péče u jednotlivých pojišťoven a jejich pravidelným vyhodnocováním. Tím se výrazně sníží objem srážek a korekcí ze strany pojišťoven, předpokládaný efekt činí 5% z celkových tržeb od zdravotních pojišťoven.

V důsledku navržených opatření lze reálně předpokládat, že hospodářský výsledek oddělení se může ve srovnání s rokem 2014 zlepšit přibližně o 10% a dosáhnout zisku téměř 4 200 000,- Kč. Tím se nabízí pro instituci možnost v rámci vnitropodnikového účetnictví převést část zdrojů k financování méně ziskových segmentů zdravotní péče a udržet tak široké spektrum nabízených služeb.

Tab. 19. Návrh finančního plánu OOP Dvorce na rok 2016 ve formě rozborové tabulky

Účet	Název	Rok 2016 celkem
501	Spotřeba materiálu	2 350 405
502	Spotřeba energie	302 000
511	Opravy a udržování	22 000
512	Cestovné	10 000
518	Ostatní služby	2 620 000
521	Mzdové náklady	9 110 000
524	Zákonné sociální pojištění	3 100 000
525	Jiné sociální pojištění	38 900
527	Zákonné sociální náklady	93 500
531	Daň silniční	2 400
538	Jiné daně a poplatky	0
549	Ostatní náklady z činnosti	0
551	Odpisy dlouhodobého majetku	200 000
557	Náklady z vyřazených pohledávek	150 000
558	Náklady z drobného dlouhodobého majetku	80 000
Součet	Náklady	18 079 205

701	Vnitřní náklady ředitelství	610 000
702	Vnitřní náklady úseku náměstka LP	65 000
703	Vnitřní náklady úseku náměstka OP	55 000
704	Vnitřní náklady úseku ekonomicko – personálního nám.	390 000
705	Vnitřní náklady úseku provozně – technického nám.	1 200 000
710	Vnitřní náklady zdravotnických provozů	200 000
720	Vnitřní náklady ostatních provozů	2 900 000
Součet	Náklady vnitropodnikové	5 420 000
Součet	Správní režie	0
Součet	NÁKLADY CELKEM	23 499 205
602	Výnosy z prodeje služeb	27 630 000
603	Výnosy z pronájmu	9 860
662	Úroky	0
672	Výnosy vybraných míst. vládních institucí na transfery	55 000
Součet	Tržby	27 694 860
Součet	VÝNOSY CELKEM	27 694 860
Součet	HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK	4 195 655

Zdroj: vlastní zpracování

Předpokládaný hospodářský výsledek umožní část zisku investovat do obnovy vnitřního zařízení a vybavení oddělení a odstranit tak jednu ze slabých stránek pracoviště. Zároveň dojde tímto krokem ke zvýšení konkurenceschopnosti ve srovnání s okolními zdravotnickými pracovišti nabízejícími identický segment péče.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na vypracování návrhu zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce, které je součástí Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. Vzhledem k tomu, že se jedná po ekonomické stránce o stabilizované pracoviště s dlouhodobě kladným hospodářským výsledkem, tak se práce nezabývá kompletním projektem, ale pouze návrhy na zvýšení efektivity procesů probíhajících na daném oddělení. Přesto se v práci oddělení vyskytuje několik negativních jevů, které je vhodné odstranit a dosáhnout tak ještě vyšší efektivity poskytované zdravotní péče.

Teoretická část práce popisuje systém poskytování zdravotní péče v České republice a principy jejího financování. V následujících kapitolách teoretické části je definován marketing ve zdravotnictví s důrazem na jeho specifika, marketingové řízení nemocnic a ekonomické ukazatele hodnocení zdravotní péče. Marketingové metody a metody ekonomické analýzy jsou využity v praktické části diplomové práce jako nástroje pro zhodnocení prostředí oddělení a pro analýzu ekonomických ukazatelů.

Praktická část diplomové práce analyzuje instituci jako celek a popisuje konkrétní zdravotnické oddělení, Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce. Analytická část je rozdělena na marketingovou analýzu prostředí a na analýzu ekonomických ukazatelů. Výstupy analytické části jsou zpracovány do tabulek, které jsou doplněny o textovou interpretaci zjištěných skutečností.

Výstupem analytické části práce je potom návrh zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce. V návrhu jsou rozlišena již realizovaná opatření od roku 2013 a opatření, která budou realizována do konce roku 2015. Na základě zjištěných skutečností byl potom vypracován návrh finančního plánu oddělení pro rok 2016. Všechna uvedená opatření navrhuji z pozice koordinátora následné péče SZZ Krnov po konzultaci s vrcholovým managementem nemocnice, návrhy podléhají schválení managementem Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov.

Cílem této práce bylo navrhnout opatření, která přispějí k efektivnějšímu poskytování zdravotní péče na konkrétním oddělení. Tato opatření jsou aplikována v běžné provozní praxi od roku 2013, další opatření budou realizována do konce roku 2015. Analýzou ekonomických ukazatelů bylo dokázáno, že již realizovaná opatření přispěla ke zvýšení efektivity poskytované péče na daném pracovišti.

Práce může být podkladem pro návrh opatření, která by byla realizována i na dalších odděleních následné péče v rámci Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. Praktické využití diplomové práce očekává i management uvedené instituce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOUČKOVÁ, Jana, et al. 2003. *Marketing*. Vyd. 1. Praha: C.H. Beck, 432 s. ISBN 80-7179-577-1.

BUCKLEY, Patrik T., c2009. *The complete guide to hospital marketing*. 2nd ed. Danvers, MA: HCPro, 173 s. ISBN 978-1-60146-351-7.

ČESKO, 1997. Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=45178&fulltext=&nr=48~2F1997&part=&name=&rpp=15#local-content>

ČESKO, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z : <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&fulltext=&nr=372~2F2011&part=&name=&rpp=15#local-content>

GLADKIJ, Ivan, 2000. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého, 178 s. ISBN 80-244-0176-2.

GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD, 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 112 s. ISBN 80-244-0500-8.

GLADKIJ, Ivan a Zdenka KOLDOVÁ, 2005. *Propedeutika sociálního lékařství*. Vyd. 3. Olomouc: Univerzita Palackého, 180 s. ISBN 80-244-1020-2.

GLADKIJ, Ivan, et al., 2003. *Management ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 380 s. ISBN 80-7226-966-8.

IVANOVÁ, Kateřina a Jaroslava KRÁLOVÁ, et al., 2003. *Sociálně právní ochrana a pomoc seniorům ve zdraví a nemoci*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 84 s. ISBN 80-244-0696-9.

KLUSÁKOVÁ, Petra. VZP: Náklady na zdravotní péči letos porostou. *Zdravotnictví a medicína*. 2014, roč. 1, č. 3, s. 1-2.

KOTLER, Philip, 2001. *Marketing management*. Vyd. 10 rozšířené. Praha: Grada Publishing, 720 s. ISBN 80-247-0016-6.

LEDNICKÝ, Václav, 2001. *Základy managementu*. Vyd. 2. Ostrava: Akademie Jana Ámose Komenského, 166 s. ISBN 80-7048-017-3.

PAPeŠ, Zdeněk, 2002. *Zdravotnické instituce*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 56 s. ISBN 80-244-0543-1.

PAPeŠ, Zdeněk a Miloš ULRICH, 2002. *Zdravotnická ekonomika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 86 s. ISBN 80-244-0567-9.

PRUDIL, Lukáš, 2006. *Vybrané kapitoly práva pro zdravotnický management*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 82 s. ISBN 80-244-1304-3.

SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Vyd. 1. Praha: Professional Publishing. 196 s. ISBN 80-86946-18-5.

SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV P.O. *100 let od výstavby a 90 let od otevření veřejné nemocnice ve Dvorcích*. © 2010. Text v plném znění.

SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV P.O. *Výroční zpráva za rok 2011*. © 2012. Vyd. 1. 78 s.

STAŇKOVÁ, Pavla, 2013a. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg, 208 s. ISBN 978-80-89401-62-2.

ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 126 s. ISBN 978-80-7454-135-3.

THOMAS, Richard K., 2008. *Health services marketing*. 2Nd ed. New York: Springer science + Business Media, 157 s. ISBN 978-0-387-73604-4.

ÚZIS ČR, 2013a. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 270 s. ISBN 978-80-7472-083-3.

ÚZIS ČR, 2014a. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 276 s. ISBN 978-80-7472-135-9.

ÚZIS ČR, 2013b. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2012*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 178 s. ISBN 978-80-7472-081-9.

ÚZIS ČR, 2014b. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2013*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 178 s. ISBN 978-80-7472-131-1.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2000. *Jednoduché účetnictví ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 188 s. ISBN 80-244-0114-2.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2002a. *Podnikové finance*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 134 s. ISBN 80-244-0541-7.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2002b. *Jednoduché účetnictví pro právníky*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 114 s. ISBN 80-244-0540-7.

ZLÁMAL, Jaroslav, 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana Bellová, 2009. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 206 s. ISBN 80-70-13-429-1.

Elektronické zdroje

OTRUSINOVÁ, Milana a Zuzana TUČKOVÁ, 2011. *Ekonomika zdravotnictví*. [online]. [citace 2015-02-02]. Dostupné z:

http://www.fame.utb.cz/klin/dokumenty/pdfskepta/ekonomika_zdravotnictvi.pdf.

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace [online]. [citace 2015-02-02]. Dostupné z www: <http://www.szzkrnov.cz/>

STAŇKOVÁ, Pavla, 2013b. *Marketing zdravotnictví*. [online]. [citace 2015-02-02].

Dostupné z:

http://www.fame.utb.cz/klin/dokumenty/pdfskepta/marketing_zdravotnictvi.pdf.

ŠNĚDAR, Libor, 2013. *Zdravotnictví a právo*. [online]. [citace 2015-02-02]. Dostupné z: http://www.fame.utb.cz/klin/dokumenty/pdfskepta/zdravotnictvi_a_pravo.pdf.

Přednášky

PASTUSZKOVÁ, Eliška. 2014. *Veřejné finance a zdravotnictví*. (přednáška) Zlín: UTB.

STAŇKOVÁ, Pavla. 2013. *Marketing zdravotnictví*. (přednáška) Zlín: UTB.

ŠATERA, Karel. 2014. *Zdravotní pojištění a hodnocení systémů*. (přednáška) Zlín: UTB.

ŠNĚDAR, Libor. 2014. *Zdravotnictví a právo*. (přednáška) Zlín: UTB.

Ostatní zdroje

SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV. *Interní informační a statistické materiály společnosti Sdružené zdravotnické zařízení Krnov*.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
JIP	Jednotka intenzivní péče
SZZ	Sdružené zdravotnické zařízení
OOP	Oddělení ošetrovatelské péče
OLÚ	Odborný léčebný ústav
TRN	Tuberkulóza a respirační nemoci
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
NLP	Náměstek pro léčebnou péči
NOP	Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
EPN	Ekonomicko – personální náměstek
PTN	Provozně – technický náměstek
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
DRG	Diagnosis Related Groups
ZP	zdravotní pojišťovna
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
ČNZP	Česká národní zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
MV ČR	Ministerstvo vnitra České republiky
vnitř.	vnitropodnikové
hosp.	hospodářský
oš.	ošetřených, ošetrovacích, ošetrovací
využ. lůž.	využití lůžek
Sb.	Sbírka zákonů

PEST	Analýza politicko – právního, ekonomického, sociálního, technologického prostředí
SWOT	Analýza silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Letecký snímek areálu SZZ Krnov, červenec 2010	52
Obr. 2. Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce, podzim 2014	60

SEZNAM TABULEK

Tab. 1. Základní marketingový mix z pohledu firmy a zákazníka	31
Tab. 2. Faktory vnějšího a vnitřního prostředí	34
Tab. 3. Strategická matice SWOT	37
Tab. 4. Přednosti jednotlivých typů strategií	40
Tab. 5. Výkaz zisku a ztráty	44
Tab. 6. Základní charakteristiky oddělení a využití lůžkového fondu SZZ Krnov, rok 2014	56
Tab. 7. Riziko vstupu potenciálních konkurentů	66
Tab. 8. Rivalita mezi konkurenty	67
Tab. 9. Smluvní síla dodavatelů	67
Tab. 10. Smluvní síla odběratelů	68
Tab. 11. Hrozba substitučních výrobků	69
Tab. 12. SWOT analýza OOP Dvorce	70
Tab. 13. Zjednodušená rozborová tabulka OOP Dvorce za roky 2008 – 2014	73
Tab. 14. Zjednodušená rozborová tabulka plateb ZP OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 ...	74
Tab. 15. Využití lůžkového fondu OOP Dvorce v letech 2003 – 2014	75
Tab. 16. Využití lůžkového fondu následné péče SZZ Krnov v letech 2005 – 2014	76
Tab. 17. Ekonomický efekt zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce	81
Tab. 18. Časový plán realizace navržených opatření a efekty opatřeními	82
Tab. 19. Návrh finančního plánu OOP Dvorce na rok 2016 ve formě rozborové tabulky ..	84

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: ZŘIZOVACÍ LISTINA SZZ KRNOV

Příloha P II: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA SZZ KRNOV

Příloha P III: TABULKA VYUŽITÍ LŮŽKOVÉHO FONDU SZZ KRNOV, ROK 2014

Příloha P IV: ROZBOROVÁ TABULKA OOP DVORCE, ROK 2014

PŘÍLOHA P I: ZŘIZOVACÍ LISTINA SZZ KRNOV



ÚPLNÉ ZNĚNÍ ZŘIZOVACÍ LISTINY
KE DNI 21. PROSINCI 2007

ZL/323/2003

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ ZASTUPITELSTVO KRAJE

vydává

na základě svého usnesení č. 15/454/1 ze dne 27. 3. 2003

ZŘIZOVACÍ LISTINU

příspěvkové organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace
(dále jen „organizace“)

Čl. I

Označení zřizovatele

1. Moravskosleský kraj, 28. října 117, 702 18 Ostrava, IČ: 70890692.
2. Na základě ustanovení § 2 odstavce 2 zákona č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 290/2002 Sb.“), přešla funkce zřizovatele na kraj ke dni 1. lednu 2003.

Čl. II

Název organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

Čl. III

Sídlo organizace

I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

Čl. IV

Identifikační číslo organizace

00844641

Čl. V
Právní forma organizace

Příspěvková organizace.

Čl. VI
Vymezení hlavního účelu a předmětu činnosti organizace

Hlavním účelem zřízení organizace je účelové poslání spočívající v zabezpečení předmětu činnosti organizace, jímž je poskytování a organizace ústavní i ambulantní základní a specializované diagnostické a léčebné péče, včetně preventivních opatření ve stanoveném spádovém území ve smyslu platných právních předpisů, jakož i zajišťování ostatních služeb s poskytováním zdravotní péče souvisejících.

Čl. VII
Statutární orgán organizace

Statutárním orgánem organizace je ředitel, kterého jmenuje a odvolává rada kraje. Ředitel jedná jménem organizace samostatně. Je odpovědný radě kraje za činnost organizace a při své činnosti je povinen postupovat v souladu s platnými právními předpisy.

Čl. VIII
Vymezení majetku zřizovatele předávaného organizaci do správy

Nemovitý majetek, movitý majetek, finanční a peněžní fondy, pohledávky, zásoby a peníze ve vlastnictví zřizovatele, předávaný organizaci do správy k jejímu vlastnímu hospodářskému využití, je uveden v příloze č. 1, která je nedílnou součástí této zřizovací listiny.

Čl. IX
Vymezení majetkových práv organizace

1. Obecná ustanovení

- 1.1 Organizace spravuje svěřený majetek včetně majetku získaného vlastní činností pro hlavní účel, k němuž byla zřízena a v rámci předmětu její činnosti. Organizace hospodaří s prostředky získanými vlastní činností včetně účelových dotací a příspěvků od jiných subjektů, prostředky přijatými z rozpočtu zřizovatele, státního rozpočtu a státních fondů. Dále hospodaří s prostředky svých fondů, s peněžními dary od fyzických a právnických osob, včetně prostředků poskytnutých ze zahraničí, zejména ze zahraničních veřejných zdrojů. Organizace hospodaří s prostředky získanými z pronájmů majetku a prodeje movitého dlouhodobého majetku a získanými zapojením finančních a peněžních fondů, zásob, finančních prostředků na účtech a získanými splacením pohledávek.
- 1.2 Při správě svěřeného majetku postupuje organizace podle platných právních předpisů, této zřizovací listiny a pokynů zřizovatele, byly-li vydány.

- 1.3 Organizace je povinna spravovaný majetek udržovat a opravovat včetně periodických revizí, chránit před poškozením a zničením, jakož i proti neoprávněným zásahům.
- 1.4 Majetková práva neupravená touto zřizovací listinou vykonává organizace samostatně v rámci platné právní úpravy.

2. Nemovitý majetek

- 2.1 Organizace není oprávněna svěřený nemovitý majetek zcizovat (např. prodat, směniti, darovat), zatížit zástavním právem ani věcnými břemeny, není oprávněna jej vložit do majetku právnických nebo fyzických osob nebo jej jinak používat k účasti na podnikání třetích osob.
- 2.2 Organizace je oprávněna pronajmout a výjimečně vypůjčit svěřený nemovitý majetek nebo najmout si nemovitý majetek na dobu delší než 1 rok jen s předchozím souhlasem zřizovatele.

3. Movitý majetek

- 3.1 Organizace je oprávněna převádět úplatně nadbytečný a neupotřebitelný movitý majetek na třetí osoby za cenu obvyklou, pokud nestanoví tato zřizovací listina nebo zřizovatel jinak. Organizace upřednostní úplatný i bezúplatný převod vlastnictví k movitému majetku na jiné příspěvkové organizace zřízené zřizovatelem.
- 3.2 Organizace je oprávněna zatížit movitý majetek zástavním právem, vložit do majetku jiných osob nebo jej jinak používat k účasti na podnikání třetích osob jen s předchozím souhlasem zřizovatele.
- 3.3 Organizace je oprávněna pronajmout a výjimečně vypůjčit svěřený movitý majetek, včetně majetku získaného její činností, na dobu delší než 1 rok jen s předchozím souhlasem zřizovatele.
- 3.4 Organizace je oprávněna uzavírat smlouvy o půjčce nebo o úvěru jen s předchozím souhlasem zřizovatele.
- 3.5 Organizace je oprávněna pořizovat věci nákupem na splátky nebo smlouvou o pronájmu s právem koupě jen s předchozím souhlasem zřizovatele.
- 3.6 Organizace není oprávněna nakupovat akcie nebo jiné cenné papíry. Přijímat je jako protihodnotu za své pohledávky vůči jiným subjektům je oprávněna jen se souhlasem zřizovatele.

4. Jiná majetková práva

- 4.1 Organizace je povinna vést účetní a operativní evidenci nemovitého a movitého majetku.
- 4.2 Organizace je povinna provádět odpisy majetku podle odpisového plánu schváleného zřizovatelem.
- 4.3 Organizace je povinna provádět pravidelnou roční inventarizaci majetku, na základě provedených inventur předávat zřizovateli soupis přírůstků a úbytků nemovitého majetku.
- 4.4 Organizace není oprávněna poskytovat dary jiným subjektům, s výjimkou obvyklých peněžitých nebo věcných darů svým zaměstnancům a jiným osobám ze svého fondu kulturních a sociálních potřeb.

- 4.5 Organizace je oprávněna postoupit pohledávku, převzít dluh, vzdát se práva a prominout dluh jen s předchozím souhlasem zřizovatele, nejde-li o vzájemný zápočet pohledávek.
- 4.6 Organizace je oprávněna upustit od vymáhání pohledávky jen s předchozím souhlasem zřizovatele, nejde-li o pohledávku do výše 25.000,- Kč v jednotlivém případě a jestliže dlužník zemřel a pohledávka nemohla být uspokojena ani vymáháním na dědicích anebo jestliže pohledávka je promlčena a dlužník odmítá dluh dobrovolně splnit anebo nelze-li prokázat trvání pohledávky anebo nelze-li prokázat její výši a to ani v soudním či jiném řízení anebo je-li zřejmé, že další vymáhání pohledávky by bylo spojeno s náklady převyšujícími výši pohledávky či by bylo neúspěšné.
- 4.7 Organizace je oprávněna ručit majetkem jen s předchozím souhlasem zřizovatele, a to jen jde-li o ručení za dlužníka, jímž je zřizovatel nebo jím zřízená či založená právnická osoba.
- 4.8 Organizace je oprávněna provádět na nemovitém majetku opravy a stavební úpravy v hodnotě nad 1.000.000,- Kč (včetně DPH) jen s předchozím souhlasem zřizovatele.
- 4.9 Organizace plní povinnosti provozovatele vyhrazených technických zařízení.
- 4.10 Organizace je povinna zajistit pojištění majetku podle pokynů zřizovatele, byly-li vydány.
- 4.11 Organizace odpovídá za škodu na majetku a zdraví třetích osob vzniklou nedodržením právních předpisů na úseku bezpečnosti, požární ochrany a životního prostředí.

Čl. X

Doplňková činnost organizace

Okruhy doplňkové činnosti organizace jsou vymezeny na základě ustanovení § 27 odstavce 2 písmene g) zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, v příloze č. 2, která je nedílnou součástí této zřizovací listiny.

Čl. XI

Zajištění kontroly organizace

Organizace je povinna umožnit provádění kontroly v rozsahu a způsobem vymezeným pokyny zřizovatele pro organizaci a provádění kontrol.

Čl. XII

Závěrečná ustanovení

1. Organizace byla zřízena rozhodnutím přednosty Okresního úřadu Bruntál č. j. P-612/91 ze dne 18. 6. 1991.
2. Na základě zákona č. 290/2002 Sb. se příspěvková organizace Sdružené zdravotnické zařízení Krnov stala dnem 1. ledna 2003 příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje (viz. Čl. I. odst. 2.).

Čl. XIII
Vymezení doby, na kterou je organizace zřizována

Organizace je zřizována na dobu neurčitou.

V Ostravě dne 27. března 2003

Účinnost dodatků:

- dodatek č. 1 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 18/646/1 ze dne 25. 9. 2003 účinný dnem 1. 10. 2003
- dodatek č. 2 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 20/737/1 ze dne 18. 12. 2003 účinný dnem 18. 12. 2003
- dodatek č. 3 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 21/835/1 ze dne 26. 2. 2004 účinný dnem 26. 2. 2004
- dodatek č. 4 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 25/1080/1 ze dne 30. 9. 2004 účinný dnem 30. 9. 2004
- dodatek č. 5 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 3/54/1 ze dne 17. 2. 2005 účinný dnem 18. 2. 2005
- dodatek č. 6 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 4/196/1 ze dne 28. 4. 2005 účinný dnem 29. 4. 2005
- dodatek č. 7 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 13/1133/1 ze dne 21. 9. 2006 účinný dnem 22. 9. 2006
- dodatek č. 8 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 15/1341/1 ze dne 21. 12. 2006 účinný dnem 22. 12. 2006
- dodatek č. 9 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 17/1495 ze dne 26. 4. 2007 účinný dnem 27. 4. 2007
- dodatek č. 10 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 20/1779 ze dne 22. 11. 2007 účinný dnem 23. 11. 2007
- dodatek č. 11 schválený usnesením zastupitelstva kraje č. 21/1821 ze dne 20. 12. 2007 účinný dnem 21. 12. 2007

Úplné znění zřizovací listiny vydal: odbor zdravotnictví ke dni 10. 1. 2008

Vyhotovila: Jana Brodová


Ing. Petra Eliášová, Ph.D.
vedoucí odboru zdravotnictví

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ
Krajský úřad
26. října 117
702 18 OSTRAVA
-37-

Příloha č. 1
ke zřizovací listině příspěvkové organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

ze dne 27. 3. 2003

Vymezení majetku, který se příspěvkové organizaci svěřuje do správy.

1. Rozpis nemovitého majetku

a) Budovy a stavby			
parc. č.	čp/če	způsob využití	k. ú.
1852/1, 1867/6	549	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí (LV 2088)
5445	Pod Bezručovým vrchem 1814	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
5449	1815	bydlení	Krnov-Horní Předměstí
5455	Pod Bezručovým vrchem 1816	technická vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1856	1962	bydlení	Krnov-Horní Předměstí
1176	Pod Bezručovým vrchem bez čp/če	technická vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1857	bez čp/če	jiná stav.	Krnov-Horní Předměstí
1858	bez čp/če	jiná stav.	Krnov-Horní Předměstí
1859	bez čp/če	garáž	Krnov-Horní Předměstí
1861	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1862	bez čp/če	garáž	Krnov-Horní Předměstí
1863/1, 1867/5	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí (LV 2088)
1865/1, 1866/9	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí (LV 2088)
1866/2	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1866/4	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1866/7	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1867/2	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
1867/7	bez čp/če	občanská vybavenost	Krnov-Horní Předměstí (LV 2088)
1888/4	bez čp/če	jiná stav.	Krnov-Horní Předměstí (LV 2088)
5441/5	bez čp/če	technická vybavenost	Krnov-Horní Předměstí (LV 2088)
5456	bez čp/če	technická vybavenost	Krnov-Horní Předměstí
5457/4	bez čp/če	garáž	Krnov-Horní Předměstí (LV 10002)

1368	184	občanská vybavenost	Město Albrechtice
1801	3 Žáry	občanská vybavenost	Město Albrechtice
1369	bez čp/če	občanská vybavenost	Město Albrechtice
1370	bez čp/če	občanská vybavenost	Město Albrechtice
1338/1	152 Ondřejovice	bydlení	Ondřejovice v Jeseníkách
st. 418	287 Dvorce	občanská vybavenost	Dvorce u Bruntálu
st. 431	298 Dvorce	občanská vybavenost	Dvorce u Bruntálu
st. 432	bez čp/če	občanská vybavenost	Dvorce u Bruntálu
st. 433	bez čp/če	občanská vybavenost	Dvorce u Bruntálu
st. 255	70 Kunov	občanská vybavenost	Nové Heřminovy
st. 297	bez čp/če	občanská vybavenost	Nové Heřminovy
st.121, st. 307	bez čp/če	techn. vybavenost	Skrbovice (LV 4) Nové Heřminovy (LV 10002)

b) Pozemky			
parc. č.	výměra (m ²)	druh	k. ú.
1176	2823	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1852/1	427	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1856	381	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1857	330	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1858	747	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1859	353	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1861	426	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1862	343	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1863/1	69	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1863/2	14	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1863/3	9	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1864	76	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1865/1	82	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1865/2	20	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1865/3	3	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1866/2	2701	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1866/3	952	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1866/4	50	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1866/6	803	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1866/7	976	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1866/8	8807	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1867/2	476	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1869	92	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5445	1705	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
5446	175	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5447	19	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
5448	457	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5449	251	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí

5452	1415	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5454	5172	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5455	122	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
5456	736	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1368	1352	zast. plocha a nádvoří	Město Albrechtice
1369	171	zast. plocha a nádvoří	Město Albrechtice
1370	665	zast. plocha a nádvoří	Město Albrechtice
1371/3	12221	zahrad	Město Albrechtice
1371/4	1257	zast. plocha a nádvoří	Město Albrechtice
1371/5	2798	zahrad	Město Albrechtice
1372	3387	zahrad	Město Albrechtice
1801	779	zast. plocha a nádvoří	Město Albrechtice
1337/1	2341	ostatní plocha	Ondřejovice v Jeseníkách
1337/3	6	zast. plocha a nádvoří	Ondřejovice v Jeseníkách
1338/1	695	zast. plocha a nádvoří	Ondřejovice v Jeseníkách
1338/2	1595	ostatní plocha	Ondřejovice v Jeseníkách
st. 278	874	zast. plocha a nádvoří	Dvorce u Bruntálu
st. 418	691	zast. plocha a nádvoří	Dvorce u Bruntálu
st. 431	294	zast. plocha a nádvoří	Dvorce u Bruntálu
st. 432	122	zast. plocha a nádvoří	Dvorce u Bruntálu
st. 433	71	zast. plocha a nádvoří	Dvorce u Bruntálu
227/1	4241	ostatní plocha	Dvorce u Bruntálu
st. 255	2820	zast. plocha a nádvoří	Nové Heřminovy
st. 297	108	zast. plocha a nádvoří	Nové Heřminovy
st. 362	46	zast. plocha a nádvoří	Nové Heřminovy
1962	1757	ostatní plocha	Nové Heřminovy
1963	20149	ostatní plocha	Nové Heřminovy

c) Ostatní

název

k. ú.

dílna	Krnov-Horní Předměstí
kanalizace	Krnov-Horní Předměstí
pavilon hud.	Krnov-Horní Předměstí
studna Ježník	Krnov-Horní Předměstí
studna Ježník	Krnov-Horní Předměstí
studna Ježník	Krnov-Horní Předměstí
transformátor	Krnov-Horní Předměstí
sklad ocelový	Krnov-Horní Předměstí
plynovodní př.	Krnov-Horní Předměstí
rozvod top.	Krnov-Horní Předměstí
plot	Krnov-Horní Předměstí
plot	Krnov-Horní Předměstí
studna	Krnov-Horní Předměstí
studna(Waldheim)	Krnov-Horní Předměstí

budova likus.	Krnov-Horní Předměstí
Heliport LZS	Krnov-Horní Předměstí
komunikace	Krnov-Horní Předměstí
nádv. zpevněné	Krnov-Horní Předměstí
oplocení	Krnov-Horní Předměstí
oplocení ústav.	Krnov-Horní Předměstí
osvětł. veř.	Krnov-Horní Předměstí
parkoviřtř	Krnov-Horní Předměstí
připoj. kabel.	Krnov-Horní Předměstí
připoj. kanal.	Krnov-Horní Předměstí
připoj. vod.	Krnov-Horní Předměstí
rozvod kabel.	Krnov-Horní Předměstí
rozvody NN	Krnov-Horní Předměstí
stan. přeřer.	Krnov-Horní Předměstí
kolárna	Krnov-Horní Předměstí
úprava terén.	Krnov-Horní Předměstí
rozvody med.	Krnov-Horní Předměstí
veř. osvětlení	Krnov-Horní Předměstí
vozovka beton.	Krnov-Horní Předměstí
sklad ocelový	Krnov-Horní Předměstí
sklad ocelový	Krnov-Horní Předměstí
sklad ocelový	Krnov-Horní Předměstí
přist. hl. bud.	Krnov-Horní Předměstí
přist. výt.	Krnov-Horní Předměstí
chodba spoj.	Město Albrechtice
kanalizace	Město Albrechtice
oplocení	Město Albrechtice
skleník	Město Albrechtice
budova kůlny	Dvorce u Bruntálu
sklad zeleniny	Dvorce u Bruntálu
oplocení	Dvorce u Bruntálu
kanalizace	Dvorce u Bruntálu
vodovod	Nové Heřminovy
polní cesta	Nové Heřminovy
silnice	Nové Heřminovy
kabel	Nové Heřminovy
osvětlení	Nové Heřminovy

2. Rozpis movitého majetku ke dni 1. 1. 2003 je uveden v inventárních soupisech uložených u příspěvkové organizace.

Příloha č. 2
ke zřizovací listině příspěvkové organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

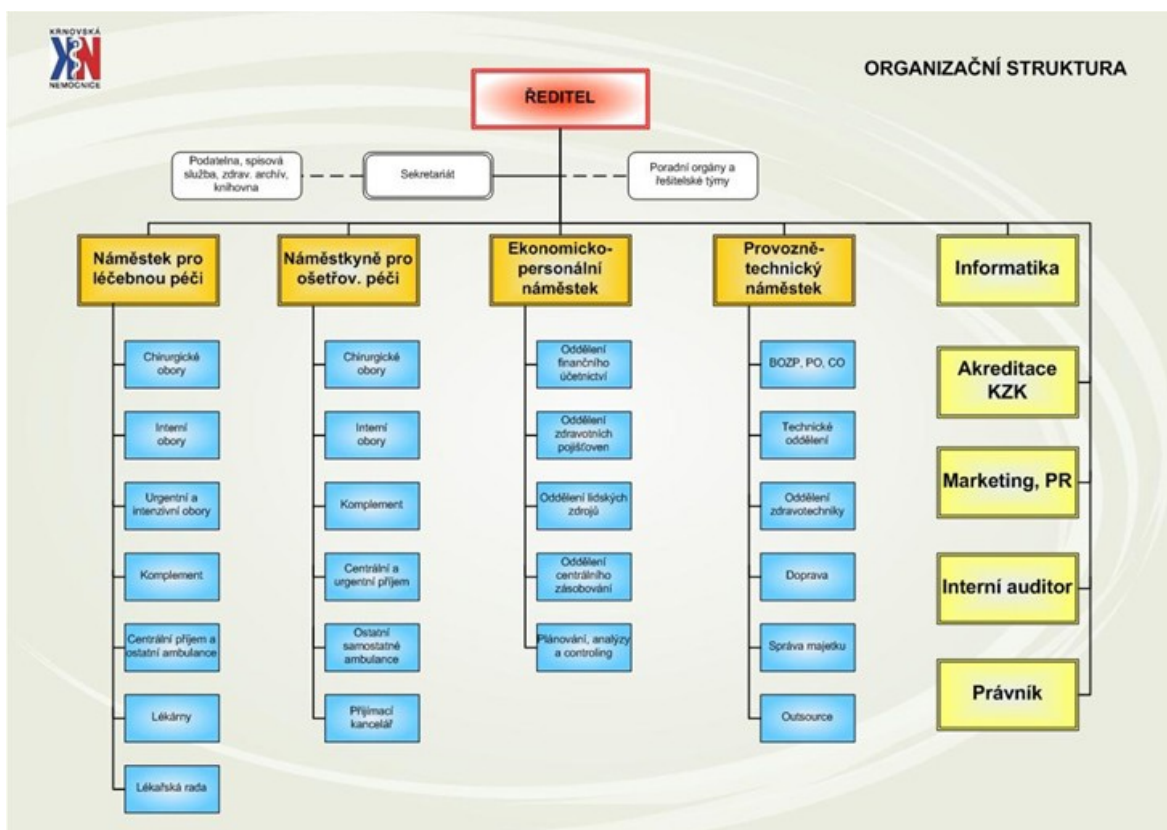
ze dne 27. 3. 2003

Vymezení doplňkové činnosti organizace

Okruhy doplňkové činnosti příspěvkové organizace:

- a) hostinská činnost,
- b) silniční motorová doprava nákladní,
- c) prádelna a mandlovna,
- d) opravy karosérií,
- e) opravy silničních vozidel,
- f) opravy motorových vozidel,
- g) správa a údržba nemovitostí,
- h) obchodní činnost – koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje a prodej,
- i) výroba tepelné energie,
- j) výroba elektřiny,
- k) podnikání v oblasti nakládání s nebezpečnými odpady,
- l) technické činnosti v dopravě.

PŘÍLOHA P II: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA SZZ KRNOV



Zdroj: SZZ Krnov, 2011

PŘÍLOHA P III: TABULKA VYUŽITÍ LŮŽKOVÉHO FONDU SZZ KRNOV, ROK 2014

Období: leden-prosinec 2014

VYUŽITÍ LŮŽKOVÉHO FONDU SZZ KRNOV

Oddělení	Počet lůžek	Zač. stav	Přijetí pacientů		Propuštění pacienti			Konec stav	Poč. os. pac.	Využ. lůž.v %	Pr. os. doba	Pr. den. stav	Pr. obl. na 1 lůžko		
			zj. zač.	zj. od.	celkem	v od.	z. zarif.							umrti	na j. od.
INTERNA 201201	60	24	2460	75	2535	155	71	23	2714	14581	66,58	5,42	39,95	243,02	
JIP 201301	5	3	194	53	247	71	162	4	321	11111	60,88	3,50	3,04	222,20	
CELKEM 201	65	27	2654	128	2782	226	27	27	3035	15692	66,14	5,22	42,99	241,42	
CHIR 101201	32	16	2430	40	2470	468	362	9	2954	8493	72,71	2,89	23,27	265,41	
MULTILOBR. JIP 101301	8	4	157	63	220	583	115	688	4	807	1913	69,88	2,38	5,24	255,07
CELKEM 101	40	20	2587	103	2690	1051	13	13	3761	10406	72,18	2,78	28,51	263,44	
GYNEKOL 105201	15	5	1047	16	1063	0	1051	0	1068	2413	44,07	2,27	6,61	160,87	
POROD 105202	13	11	897	4	901	0	904	0	912	3975	83,77	4,40	10,89	305,77	
CELKEM 105	28	16	1944	20	1964	0	18	10	1980	6388	62,50	3,25	17,50	228,14	
PEDIATRIE 202201	20	11	959	1	960	587	106	3	1558	4336	59,40	2,80	11,88	216,80	
MATKY 202201	5	6	591	0	591	0	595	0	597	1909	104,60	3,22	5,23	381,80	
JIP PED 202301	5	2	565	1	566	106	87	0	674	1114	61,04	1,66	3,05	222,80	
NOVOROZ/202203	10	11	852	0	852	0	851	2	863	3425	93,84	4,02	9,38	342,50	
CELKEM 202	40	30	2967	2	2969	693	16	16	3692	10784	73,86	2,94	29,55	269,60	
DIOP 301502	8	8	16	2	18	10	15	4	36	2814	96,37	78,17	7,71	351,75	
ARO 301301 od 1.6.13.-6.lůž.	6	3	106	94	200	4	33	5	207	1382	63,11	6,81	3,79	230,33	
CELKEM 301	14	11	122	96	218	14	48	13	243	4196	82,11	18,16	11,50	299,71	
NEUROLOGIE 203201	30	18	1183	26	1209	332	1409	22	1559	8151	74,44	5,29	22,33	271,70	
NEUROLOGIE JIP 203301	5	3	356	30	386	22	42	2	411	1208	66,19	2,96	3,31	241,60	
CELKEM 203	35	21	1539	56	1595	354	1451	18	1970	9359	73,26	4,80	25,64	267,40	
ORTOPEDIE 108201	25	0	1092	12	1104	304	976	0	1408	5936	65,05	4,22	16,26	237,44	
UROL.103201	20	3	1363	38	1401	0	1360	0	1404	4442	60,85	3,17	12,17	222,10	
TRN Krnov 209201	25	0	632	53	685	0	630	0	685	5698	62,44	8,32	15,61	227,92	
REHAB.208201	20	0	140	223	363	0	342	0	363	5684	77,86	15,66	15,57	284,20	
AKUTNÍ PÉČE CELKEM	312	128	15040	731	15771	2642	14786	99	18541	78585	69,01	4,26	215,30	251,88	
OOP M. ALCE 214201	90	63	799	0	799	0	711	0	862	27805	84,64	32,26	76,18	308,94	
OOP DVORCE 214211	60	48	454	0	454	0	410	0	502	20721	94,62	41,28	56,77	345,35	
LDN M. ALCE 212201	45	38	194	0	194	0	154	0	232	15014	91,41	64,72	41,13	333,64	
OOP+LDN CELKEM	195	149	1447	0	1447	0	1275	0	1596	63540	89,27	39,81	174,08	325,85	
OLÚ TRN ALCE 215201	25	12	269	0	269	0	245	0	281	7619	83,50	27,11	20,87	304,76	
NÁSLEDNÁ PÉČE CEL.	220	161	1716	0	1716	0	1520	0	1877	71159	88,62	37,91	194,96	323,45	
SZZ CELKEM	532	289	16756	731	17487	2642	16306	282	20418	149744	77,12	7,44	410,26	281,47	

Zpracovala:

Elen Mičková

Dne: 5.1.2015

PŘÍLOHA P IV: ROZBOROVÁ TABULKA OOP DVORCE, ROK 2014

Účet	Název	Následná půla												Celkem	
		Leden	Únor	Březen	Duben	Květen	Červenec	Srpen	Září	Říjen	Lистопад	Prosinec	CELKEM		
501	Společná materiálu	230 329	210 994	18 994	233 016	152 040	156 953	186 855	174 269	18 653	31 693	21 733	21 658	32 591	2 439 481
502	Společná energie	20 763	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	18 744	227 184
510	Průmyslové	0	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	3 754	22 275
512	Cestovné	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7 223
518	Ostatní služby	227 871	191 782	349 382	62 273	212 307	199 807	215 972	193 347	193 347	259 873	241 191	195 258	181 163	2 172 233
521	Nákladové náklady	739 583	716 294	731 616	62 273	212 307	199 807	215 972	193 347	193 347	259 873	241 191	195 258	181 163	6 673 827
522	Nákladové náklady	12 701	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	24 847	2 580 232
525	Jině sociální příspěvky	12 701	3 017	3 095	3 095	3 090	3 158	295 816	295 796	2 831	2 847	2 904	2 843	-9 148	37 002
527	Základní sociální náklady	7 396	7 163	7 318	7 318	7 457	9 518	6 978	7 454	6 978	6 779	7 233	7 233	6 891	88 817
531	Dat. silniční	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 100
538	Jině daně a poplatky	100	2 140	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 440
551	Odpisy dlouhodobého majetku	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	15 695	189 875
557	Náklady z úhrady pohledávek	2 651	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	130 220
558	Náklady z úhrady dlouhodobého majetku	1 887 733	1 458 862	1 697 798	1 697 798	1 458 862	1 458 862	1 458 862	1 458 862	1 458 862	1 458 862	1 458 862	1 458 862	1 458 862	17 215 876
702	Náklady na mzdy, platy, oplatek	62 849	4 657	48 892	46 185	32 295	63 133	41 292	57 037	41 292	40 271	38 651	50 588	96 023	607 643
703	Vnitřní náklady úseku náměstka OP	6 533	3 747	3 193	4 574	4 412	7 189	4 665	4 665	3 992	4 864	4 387	9 720	4 424	64 465
704	Vnitřní náklady úseku ekonomicko-person	96 385	26 504	22 381	26 504	3 769	5 813	3 509	3 509	3 506	3 746	3 727	4 622	5 926	384 906
705	Vnitřní náklady úseku provozního	15 124	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	14 179	1 181 419
720	Vnitřní náklady ostatních provozů	218 312	244 847	261 618	262 548	240 851	230 729	249 535	236 664	224 803	235 950	243 939	252 249	252 249	2 853 045
Součet	Náklady vnitropodnikové	430 161	410 775	447 626	447 626	451 438	459 899	474 959	474 959	465 009	419 519	439 470	459 470	509 970	0
Součet	Správní rozlo	1 887 733	1 824 576	2 076 761	2 076 761	1 824 576	1 824 576	1 824 576	1 824 576	1 824 576	1 824 576	1 824 576	1 824 576	1 824 576	22 877 628
602	Výnosy z prodaje služeb	1 813 098	1 546 262	2 012 461	2 012 461	1 813 098	1 813 098	2 889 767	2 250 366	2 098 102	2 143 203	-1 467 036	5 760 406	3 043 846	26 321 279
603	Výnosy z pronájmu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9 130
604	Úroky	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 618
605	Výnosy z vybraných míst. vld. int. na tram	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	4 618	55 416
606	Součet VÝNOSY CELKEM	1 817 716	1 550 882	2 017 079	2 017 079	1 817 716	1 817 716	2 894 425	2 254 984	2 102 720	2 147 821	-1 461 378	5 769 664	3 048 505	26 386 686
Součet	VÝNOSY CELKEM	1 817 716	1 550 882	2 017 079	2 017 079	1 817 716	1 817 716	2 894 425	2 254 984	2 102 720	2 147 821	-1 461 378	5 769 664	3 048 505	26 386 686
Součet	HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK	-151 024	-273 894	-59 180	-171 646	603 166	954 034	344 337	366 584	344 337	347 650	-3 342 858	3 191 272	1 177 125	-3 608 599