

# **Projekt zavedení Školy artrózy v soukromé ortopedické ambulanci**

Bc. Andrea Slováčková

---

Diplomová práce  
2016

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav managementu a marketingu  
akademický rok: 2015/2016

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Andrea Slováčková**  
Osobní číslo: **M14288**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zavedení Školy artrózy v soukromé ortopedické ambulanci**

Zásady pro vypracování:

## Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

### I. Teoretická část

- Na základě dostupných zdrojů popište systém zdravotní péče v ČR a jeho specifika.
- Popište trh zdravotnických služeb a způsoby jejich financování.

### II. Praktická část

- Analyzujte existující podmínky pro založení Školy artrózy.
- Na základě výsledků analýzy vytvořte projekt zavedení Školy artrózy v soukromé ortopedické ambulanci.
- Projekt zhodnoťte z hlediska jeho implementace do praxe.

## Závěr

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

## Prohlašuji, že

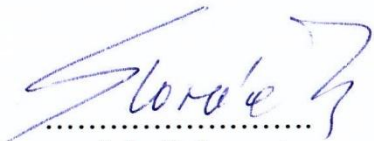
- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská 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

18. 4. 2016

  
.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce, jejímž cílem je implementovat do praxe edukační projekt pro pacienty s artrózou, je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část popisuje zdraví jako nejcennější statek, zabývá se různými systémy zdravotní péče a soustavou zdravotnických zařízení a institucí v ČR, marketingem ve zdravotnictví a komunikací v kontextu zdravotní péče. Druhá, praktická část této diplomové práce krátce přibližuje jedno z nejčastějších degenerativních onemocnění, artrózu. Dále popisuje marketingové prostředí privátní ortopedické ambulance, včetně SWOT analýzy. K marketingovému výzkumu této práce byla využita metoda kvantitativního sběru dat. Projektová část navrhuje vytvoření edukačního programu Škola artrózy, a jeho zavedení do praxe.

Klíčová slova: artróza, zdraví, zdravotní služby, zdravotní péče, zdravotnické zařízení, financování, management, marketing, marketingový mix, komunikace ve zdravotnictví, pacient

## **ABSTRACT**

The aim of the master's thesis is to educate the practise of patients with arthrosis. Thesis is divided into two parts, First the theoretical part describes health as a most valuable thing and deals with the different systems of health care and the systém of health facilities and institutes in the Czech republic. It also deals with marketing and communication in context of healthcare. Second part of this Master thesis is describing one of the most common degenerative illnesses as well as arthrosis. It also describes marketing of the private orthopedics ambulance, SWOT analysis is also included in the program. For marketing research the quantitative method was used to collect data for this thesis. The project part suggests creation of an educational program called 'School of arthrosis' and its use in the practice.

Keywords: arthrosis, health, health services, healthcare, health institutes, funding, management, marketing, marketing mix, communication in the healthcare, patient

*Třemi cestami můžeme dojít k moudrosti: První je cesta zkušenosti, to je cesta nejtěžší. Druhá je cesta napodobení, to je cesta nejlehčí. Třetí je cesta přemýšlení, to je cesta nejušlechtilejší.*

Konfucius

Děkuji prof. MUDr. Jaroslavu Slanému CSc. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytl při zpracování této diplomové práce a za morální vzor, kterým mi byl po celou dobu studia. Děkuji také své rodině a svým blízkým za trpělivost, toleranci, pomoc a podporu.

# OBSAH

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....  | <b>9</b>  |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                                   | <b>10</b> |
| <b>1 ZDRAVÍ</b> .....  | <b>11</b> |
| 1.1 ZDRAVÍ A JEHO DETERMINANTY .....                             | 11        |
| 1.1.1 Endogenní faktory .....                                    | 11        |
| 1.1.2 Exogenní faktory .....                                     | 12        |
| 1.2 ZDRAVÍ JAKO VÝZNAMNÁ SPOLEČENSKÁ HODNOTA.....                | 12        |
| 1.2.1 Podpora zdraví – Health Promotion .....                    | 13        |
| 1.2.2 Medicinalizace .....                                       | 14        |
| 1.3 VEŘEJNÉ ZDRAVÍ.....  | 14        |
| 1.3.1 Veřejné zdravotnictví .....                                | 15        |
| 1.3.2 Demografický vývoj.....                                    | 15        |
| 1.4 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST .....                                   | 16        |
| <b>2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE</b> .....                             | <b>17</b> |
| 2.1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....                                      | 17        |
| 2.1.1 World Health Organization .....                            | 17        |
| 2.2 MODEL Y ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....                          | 18        |
| 2.2.1 Model zdravotního pojištění .....                          | 18        |
| 2.2.2 Model národní zdravotní služby.....                        | 19        |
| 2.2.3 Liberálně – tržní model .....                              | 20        |
| 2.2.4 Státní model .....   | 20        |
| 2.3 UKAZATELE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....                        | 21        |
| 2.3.1 Dostupnost péče .....                                      | 21        |
| 2.3.2 Kvalita péče.....  | 21        |
| 2.3.3 Ekonomická nákladnost .....                                | 22        |
| 2.3.4 Výkonnost zdravotnického systému .....                     | 22        |
| 2.3.5 Ekvita .....   | 22        |
| 2.3.6 Sociální akceptabilita a solidarita.....                   | 23        |
| 2.4 REFORMY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ .....                         | 24        |
| <b>3 SOUSTAVA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ A INSTITUCÍ V ČR</b> ..... | <b>26</b> |
| 3.1 AMBULANTNÍ PÉČE .....  | 26        |
| 3.1.1 Primární zdravotní péče .....                              | 27        |
| 3.1.2 Ambulantní specialisté .....                               | 27        |
| 3.1.3 Zvláštní ambulantní péče .....                             | 28        |
| 3.2 LŮŽKOVÁ PÉČE.....  | 29        |
| 3.3 DALŠÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V ČR .....                       | 30        |
| 3.4 ZDRAVOTNICTVÍ A PRÁVO .....                                  | 30        |
| 3.4.1 Ústava České republiky.....                                | 31        |
| 3.4.2 Listina základních práv a svobod.....                      | 31        |
| 3.4.3 Vybrané právní předpisy ve zdravotnictví .....             | 32        |
| 3.4.4 Právní odpovědnost ve zdravotnictví .....                  | 32        |
| <b>4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB</b> .....                    | <b>34</b> |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 4.1       | ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY .....                                       | 34        |
| 4.2       | PLÁTCI POJISTNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....                     | 35        |
| 4.3       | ÚHRADOVÉ MECHANISMY V ČR.....                                    | 36        |
| 4.3.1     | Kapitační platba .....   | 36        |
| 4.3.2     | Platba za výkon .....  | 37        |
| 4.3.3     | Paušální platba .....  | 37        |
| 4.3.4     | System DRG.....  | 38        |
| 4.4       | REGULAČNÍ MECHANISMUS .....                                      | 38        |
| <b>5</b>  | <b>MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ .....</b>                          | <b>40</b> |
| 5.1       | DEFINICE MARKETINGU .....  | 40        |
| 5.2       | MARKETINGOVÝ MIX 4P A 4C.....                                    | 41        |
| 5.2.1     | Product & Customer values .....                                  | 42        |
| 5.2.2     | Price & Costs.....   | 42        |
| 5.2.3     | Promotion & Communication .....                                  | 43        |
| 5.2.4     | Place & Convenience .....  | 44        |
| 5.3       | MARKETINGOVÁ KOMUNIKACE.....                                     | 45        |
| 5.3.1     | Formy komunikace.....  | 45        |
| 5.3.2     | Nástroje komunikace.....   | 46        |
| 5.3.3     | Cíle komunikace.....   | 47        |
| 5.4       | KOMUNIKACE V KONTEXTU ZDRAVOTNÍ PÉČE.....                        | 47        |
| 5.4.1     | Komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty.....             | 48        |
| 5.4.2     | Komunikace zdravotnických pracovníků s managementem.....         | 49        |
| 5.4.3     | Komunikace managementu s ostatními účastníky zdravotní péče..... | 49        |
| 5.4.4     | Komunikace s médii.....  | 49        |
| <b>6</b>  | <b>ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....</b>                | <b>51</b> |
| <b>II</b> | <b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>                                      | <b>52</b> |
| <b>7</b>  | <b>ARTRÓZA .....</b>   | <b>53</b> |
| 7.1       | DĚLENÍ ARTRÓZY .....   | 53        |
| 7.1.1     | Dělení artrózy dle RTG.....                                      | 54        |
| 7.2       | KLINICKÝ OBRAZ .....   | 54        |
| 7.3       | RIZIKOVÉ FAKTORY.....  | 55        |
| 7.4       | PREVALENCE ARTRÓZY .....   | 55        |
| 7.5       | LÉČBA ARTRÓZY .....  | 56        |
| <b>8</b>  | <b>PROSTŘEDÍ PRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCE.....</b>             | <b>57</b> |
| 8.1       | VNITŘNÍ PROSTŘEDÍ .....  | 57        |
| 8.1.1     | Lékař jako fyzická osoba .....                                   | 58        |
|           | Lékař je chápán jako fyzická osoba v těchto případech:.....      | 58        |
| 8.2       | VNĚJŠÍ MARKETINGOVÉ PROSTŘEDÍ - MIKROPROSTŘEDÍ.....              | 60        |
| 8.2.1     | Obchodní partneři.....   | 60        |
| 8.2.2     | Klienti.....   | 61        |
| 8.2.3     | Konkurence .....   | 61        |
| 8.2.4     | Veřejnost .....  | 61        |
| 8.3       | VNĚJŠÍ MARKETINGOVÉ PROSTŘEDÍ - MAKROPROSTŘEDÍ.....              | 62        |
| 8.3.1     | Demografické prostředí.....                                      | 62        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 8.3.2     | Ekonomické prostředí .....  | 62         |
| 8.3.3     | Přírodní prostředí .....  | 63         |
| 8.3.4     | Technologické prostředí .....   | 64         |
| 8.3.5     | Politické prostředí .....   | 64         |
| 8.3.6     | Kulturní prostředí .....  | 65         |
| <b>9</b>  | <b>SWOT ANALÝZA .....</b>   | <b>66</b>  |
| <b>10</b> | <b>MARKETINGOVÝ VÝZKUM .....</b>  | <b>68</b>  |
| 10.1      | STANOVENÍ CÍLŮ VÝZKUMU .....  | 68         |
| 10.2      | CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKŮ .....   | 69         |
| 10.3      | CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ .....   | 70         |
| 10.4      | VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....   | 70         |
| 10.5      | VÝSLEDKY VÝZKUMU .....  | 86         |
| <b>11</b> | <b>PROJEKT ZAVEDENÍ ŠKOLY ARTRÓZY VPRIVÁTNÍ<br/>ORTOPEDICKÉ AMBULANCI.....</b>                        | <b>88</b>  |
| 11.1      | CÍLE PROJEKTU .....   | 88         |
| 11.2      | PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ .....   | 88         |
| 11.3      | ČASOVÁ ANALÝZA .....  | 90         |
| 11.4      | NÁKLADOVÁ ANALÝZA .....   | 90         |
| 11.5      | ANALÝZA RIZIK A JEJICH ELIMINACE .....  | 94         |
|           | <b>ZÁVĚR .....</b>  | <b>96</b>  |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>  | <b>97</b>  |
|           | <b>SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ .....</b>  | <b>100</b> |
|           | <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>   | <b>102</b> |
|           | <b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>   | <b>103</b> |
|           | <b>SEZNAM TABULEK .....</b>   | <b>104</b> |
|           | <b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>   | <b>105</b> |
|           | <b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>   | <b>106</b> |
|           | <b>PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI .....</b>  | <b>107</b> |
|           | <b>PŘÍLOHA PII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ TEP V KROMĚŘÍŽSKÉ<br/>NEMOCNICI A. S. 2003 - 2012 .....</b> | <b>110</b> |
|           | <b>PŘÍLOHA PIII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ V ČR 2003 - 2012 .....</b>                                 | <b>112</b> |
|           | <b>PŘÍLOHA IV: HARMONY MEDICAL &amp; WELLNESS.....</b>  | <b>113</b> |



## ÚVOD

Zdraví je považováno za nejcennější statek. Znamé rčení, že zdraví si nelze koupit, dnes poněkud ztrácí smysl. Zdraví má dnes svou přesně vyčíslitelnou hodnotu, kterou je možné zařadit do tabulek a grafů. Často si neuvědomujeme, jak je pro nás zdraví důležité a stále platí, že hodnotu toho co máme, poznáváme, až když to ztrácíme, což platí o zdraví mnohonásobně. Pomalu se ovšem do podvědomí lidí také dostává názor, že je potřeba o své zdraví pečovat, dodržovat zdravý životní styl a předcházet nemocem. Stále častěji se setkáváme s lidmi, kteří nechtějí jen pasivně přijímat rozhodnutí lékaře, chtějí se aktivně na své léčbě podílet a především očekávají od zdravotníků, že s nimi budou jednat, jako s rovnocennými partnery. Jedním ze základních problémů našeho zdravotnictví je komunikace. Cílem této práce je zlepšení kvality života pacientů s artrózou, prostřednictvím projektu, který je založen právě na komunikaci a dostatečné edukaci pacientů s tímto onemocněním. Tato práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se věnuje zdraví jako významné hodnotě, která je důležitá jak pro každého jednotlivce, tak pro celou společnost, vymezuje některé pojmy a rozděluje determinanty zdraví. Další část práce popisuje systém zdravotní péče s jeho různými modely a vyjmenovává některé ukazatele, jimiž jsou zdravotnické systémy srovnávány. V této části práce jsou krátce zmíněny i reformy zdravotnických systémů, které se nejčastěji týkají financování a efektivnosti zdravotní péče a které jsou v posledních letech tak často diskutovány. Dále popisuje soustavu zdravotnických zařízení a institucí v ČR, především její složky ambulantní a lůžkové péče. Věnuje se také právu ve zdravotnictví, některým právním předpisům a právní odpovědnosti. Jedna z kapitol je věnována financování zdravotních služeb, včetně jejich regulace. Poslední kapitola teoretické části se zabývá marketingem ve zdravotnictví. Marketingový mix propojuje produkt se zákaznickými hodnotami, cenu a náklady, komunikaci a propagaci a místo a pohodlí v souvislosti se zdravotnictvím. Důležitou částí práce je marketingová komunikace, její formy a nástroje a především komunikace v kontextu zdravotní péče. Druhá praktická část popisuje artrózu, jako jedno z nejčastějších degenerativních onemocnění pohybového systému. Dále analyzuje vnější a vnitřní prostředí privátní ortopedické ambulance, včetně SWOT analýzy. Součástí praktické části této práce je i marketingový výzkum, který pracoval s metodou dotazníkové šetření a výsledky výzkumu byly popsány a vyhodnoceny. Na jejich základě vznikl edukační projekt pro pacienty s názvem Škola artrózy.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 ZDRAVÍ

Definovat pojem zdraví je složitý, víceúrovňový problém. Přesto, že se někteří autoři domnívají, že zdraví definovat nelze, existuje mnoho různých definic pojmu zdraví. Velmi rozšířená je definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která definovala pojem zdraví v roce 1948 jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), a nejen pouhou nepřítomnost nemoci či vady.“ (WHO©2015, online) Této definici bylo vytýkáno, že vychází ze subjektivního pocitu jednotlivce a proto ji experti WHO v roce 1957 upravili a definovali zdraví jako „stav nebo kvalitu organismu, který vyjadřuje jeho adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek prostředí.“ Z tohoto komplexnějšího chápání zdraví vychází v roce 1960 Burešova definice, která zdraví popisuje jako „potenciál schopností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí, bez narušení životních funkcí.“ Německý sociolog Winter definuje zdraví jako „stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stádií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli“. (Bártlová, 2005, s. 22) Definice zdraví se nám tedy posunula od stavu nepřítomnosti nemoci do schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život. (Dolanský, 2008, s. 21)

Částí ekonomů, sociologů a zdravotníků je zdraví považováno nejen za individuální, ale také jako celospolečenský tedy veřejný statek. Část odborné veřejnosti s tímto názorem nesouhlasí a považuje zdraví za individuální statek, protože zdraví nenaplňuje charakteristické znaky veřejného statku, tak jak je definuje veřejná ekonomie. (Zlámal a Bellová, 2013, s. 32)

### 1.1 Zdraví a jeho determinanty

Zdraví je ovlivňováno mnoha faktory, jejichž souhrn nazýváme determinanty zdraví. Tyto faktory mohou člověka ovlivňovat v pozitivním i negativním smyslu a mohou na zdraví člověka působit přímo nebo zprostředkovaně, tedy nepřímo. Determinanty působí na zdraví člověka ve vzájemné interakci. Zdraví člověka a tedy i zdravotní stav obyvatelstva ovlivňují faktory zdravotnické, tedy endogenní a faktory nezdravotnické, které označujeme jako exogenní. (Šatera, 2010, s. 7)

#### 1.1.1 Endogenní faktory

Endogenní faktory neboli faktory zdravotnické ovlivňují zdraví člověka pouze z 15- 20 %. Jedná se především o kvalitu poskytované zdravotní péče, dostupnost zdravotní péče, a to

jak dostupnost regionální, tak dostupnost časovou, spoluúčast pacienta a možnost jeho vstupu do systému zdravotního pojištění. (Šatera, 2010, s. 7) Zdravotní péče tak jak ji známe u nás je zcela odlišná od zdravotní péče v rozvojových zemích nebo zemích třetího světa.

### 1.1.2 Exogenní faktory

Faktory nezdravotnické neboli exogenní ovlivňují zdravotní stav jedince velmi významným způsobem, a to až z 80 %. Přesto jsou v populaci velmi často významně opomíjeny, což vede ke zvyšující se incidenci civilizačních onemocnění a tím také k nárůstu výdajů na zdravotní péči. V rámci nezdravotnických faktorů rozlišujeme faktory vnějšího prostředí, kam řadíme kvalitu životního prostředí a kvalitu sociálního prostředí, včetně způsobu života. Velmi důležité jsou faktory vnitřního prostředí, a to především dědičné dispozice. Faktory vnějšího a vnitřního prostředí se velmi často vzájemně ovlivňují a zhoršená úroveň těchto faktorů se projevuje na zdravotním stavu obyvatelstva, často i s mnohaletým zpožděním. (Šatera, 2010, s. 7)

## 1.2 Zdraví jako významná společenská hodnota

Hodnotou rozumíme něco, čeho si vysoce vážíme, čemu dáváme přednost před něčím jiným, nebo něco co si přejeme mít a pro dosažení čeho jsme ochotni vynaložit skutečné úsilí. (Gladkij, 2003, s. 1) Pod pojmem hodnota můžeme rozumět ceněný objekt, postoj k tomuto objektu nebo měřítko pro rozhodování a jednání. (Jandourek, 2001, s. 97) Lidské zdraví splňuje všechny tři významy. Zdraví se v hodnotovém žebříčku staví na nejvyšší příčku. Lidé si přejí zdraví navzájem, ale taky sami sobě. V minulosti jsme často slyšeli, že zdraví se nedá vyčíslit v penězích. To dnes už není pravda. Dobrý zdravotní stav pomáhá lidem využít jejich potenciál a žít plnohodnotný život. V západních společnostech je zdraví považováno za určující společenskou hodnotu, která má význam pro sociální život a ekonomický rozvoj. (Ivanová, Juríčková, Gladkij, s. 18 – 19) Některé společnosti nahlíží na zdraví jako na společenský nebo kolektivní statek a to zejména tam, kde občané cítí prospěch z toho, že každý jedinec obdrží nezbytnou léčebnou nebo preventivní péči. (Gladkij, 2003, s. 3) Hodnoty jsou také základními principy organizace, na kterých jsou postaveny poslání a vize, které dělají každou organizaci jedinečnou. Nejčastěji se diskuse o hodnotách organizace týkají etického chování a sociálně odpovědného rozhodování. Etické

a sociální odpovědnosti hodnoty jsou nesmírně důležité, nejen pro zdravotnická zařízení, ale pro všechny občany. (Duncan, Ginter, and Swayne, 2008, s. 179)

*„Zdraví se upevňuje a rozvíjí zajišťováním adekvátní životní úrovně, dobrých pracovních podmínek, školního vzdělávání, tělesné kultury, prostředků pro odpočinek a rekreaci. K dosažení toho je nutné vyvíjet koordinované úsilí velkých skupin lidí, politiků, pracovníků průmyslu, vychovatelů a lékařů, kteří jako experti ve věcech zdraví musí vymezovat normy a vytyčovat standardy.“* (Henry Sigerist)

Je zřejmé, že lidské zdraví a zdravotní situace daného státu není pouze záležitostí samotného zdravotnictví, daného zdravotnického systému či schopností a dovedností lékařů a zdravotníků, ale že se jedná o daleko širší, globální záležitost, která do značné míry koresponduje s ekonomickou, mravní a hodnotovou orientací daného státu. Souvisí s filozofickým nazíráním na postavení člověka uvnitř lidské komunity, souvisí s pojetím a úrovní humanního smýšlení dané společnosti, ale rovněž i s pojetím sociálního chápání, stratifikace společnosti, jejími prioritami politickými, ekologickými a dalšími. V tomto slova smyslu probíhá péče o zdraví nejen v samotném systému zdravotnictví, ale ve všech systémech státu, zahrnujících školství, organizaci státní správy, péči o přírodu, ale také morálku a sociální cítění dané společnosti. Právě z takto široce koncipovaného pojetí péče o zdraví vyplývá nutnost pojímat lidské zdraví i jako celospolečenskou hodnotu a považovat ho i za veřejný statek, který je třeba do značné míry financovat i prostřednictvím veřejných statků. (Gladkij, 2003, s. 96)

### **1.2.1 Podpora zdraví – Health Promotion**

V řadě zemí Evropy došlo v 60. a 70. letech 20. století k obratu v názoru na orientaci péče o zdraví. Stále více lidí si začalo uvědomovat význam zdravotní výchovy, prevence, širokého zapojení občanské veřejnosti do péče o zdraví a nezbytnost rozvoj meziresortní spolupráce směřující ke zdraví. Zmíněné názory se začaly uplatňovat v oblasti posilování a rozvoje zdraví, nazvané Health Promotion (HP). V České republice je termín volně překládán jako podpora zdraví. Termín podpora ale zcela nevystihuje celou šíři pojmu promotion. Jde o ochranu, posilování, udržování i rozvoj zdraví. HP získalo celosvětovou základnu uspořádáním mezinárodní konference v kanadské Ottawě, na níž byla přijata Ottawská charta. HP je zaměřeno na celou populaci, věnuje se zejména opatřením, které postihují determinanty zdraví, využívá různé metody a postupy, usiluje o účast a konkrétní podíl

veřejnosti. Důležitou roli v dalším rozvoji HP hrají zdravotničtí pracovníci. (Holčík, Kaňová a Prudil, 2015, s. 51)

### 1.2.2 Medicinalizace

Jako medicinalizaci označujeme jev, kdy určité sociologické otázky a fyziologické aspekty života dostávají označení v medicínské terminologii, jsou chápány jako medicínské problémy a očekává se jejich řešení lékařskou intervencí. (Bártlová, 2005, s. 114) Stále častěji o zdraví rozhodují více ekonomové než lékaři. Velkou péči o zdraví ale stále častěji projevují také velké farmaceutické firmy. Spojení těchto oborů se projevuje objevováním nových nemocí, což nazýváme medicinalizací sociálních jevů, nebo také povyšováním zlovyků na nemoci. Jde o „komercializaci medicíny – více nemocí – více pacientů – více léků – více peněz“. V popředí je nikoli snaha vyléčit, ale dlouhodobě léčit. Co bylo dříve označováno za slabost či zlovyk je dnes klasifikováno jako nemoc nebo také „civilizační nemoc“. Medicína tak místo role hříšníka nabízí roli nemocného, a postiženému člověku dává důstojný sociální status. Odpadá nutnost problém řešit vlastními silami, protože z jeho postavení vyplývá, že na to sám nestačí, a může a nakonec vlastně musí spoléhat na pomoc medicíny. (MEDICAL TRIBUNE ©2000 - 2016. online) Někteří odborníci upozorňují na to, že ohromné množství lidí je diagnostikováno jako „ne-nemocní“, což je stále se rozšiřující jev. Desetitisíce lidí jsou například diagnostikováni jako hypertenzní a jsou jim dlouhodobě předepisovány léky na vysoký tlak, jen proto, že jim nějaký lékař náhodně naměřil vyšší hodnotu krevního tlaku. V posledních padesáti letech existuje více psychiatrů, než za celou dobu historie tohoto oboru. Jde o medicinalizaci problémů v životě, to znamená, že soukromé myšlenky, chování, emoce a společenské hodnoty byly důkladně psychiatrizovány, přičemž tyto běžné a opakující se problémy lidského života nejsou primárně záležitostmi medicíny. (Bártlová, 2005, s. 117)

### 1.3 Veřejné zdraví

Veřejné zdraví můžeme definovat jako zdravotní stav populace, případně jednotlivých populačních skupin. (Jarošová, 2007, s. 3) Veřejné zdraví, tedy zdravotní stav obyvatelstva jako celku je ovlivněn působením přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem, tedy stylem života. Veřejné zdraví je předmětem výzkumu veřejného zdravotnictví. (Dolanský, 2008, s. 12) Ochrana a podpora veřejného zdraví je souhrnem činností a opatření k vytváření a ochranně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření

infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a doзору nad jejich zachováním. Ohrožení veřejného zdraví je situace, při které je obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z kterého míra zátěže rizikovými faktory překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví. (Vurm a kol., 2007, s. 60)

### 1.3.1 Veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví je interdisciplinární obor, který využívá aplikace teoretických poznatků především sociálního a preventivního lékařství, hygieny, epidemiologie, managementu zdravotnictví, ekonomiky, demografie, sociologie, teorie řízení, sociálních a právních věd v praxi. Veřejné zdravotnictví se zabývá otázkami organizace, řízení a financování zdravotní péče, ochrannou a podporou zdraví, podporou vzdělávání a získáváním nových poznatků ve zdravotnictví, rozvojem informatiky, vědy a techniky, novými léčebnými a diagnostickými postupy. Dále se veřejné zdravotnictví věnuje problematice nárůstu nákladů na zdravotní péči nebo rozporem mezi léčebně diagnostickými možnostmi a jejich úhradou. Cílem veřejného zdravotnictví je přispět k dosažení co nejvyšší možné úrovně zdraví obyvatelstva. (Dolanský, 2008, s. 12) Veřejné zdravotnictví staví na předpokladu, že zdraví, péče o zdraví a zdravotnictví není jen důležitým individuálním zájmem a potřebou, ale i významnou sociální prioritou, veřejným statkem a všeobecnou humánní hodnotou. Mezinárodně se veřejné zdravotnictví opírá zejména o myšlenky, orientaci a výsledky tradičně pojímaného oboru Public Health. Ve veřejném zdravotnictví se uplatňuje jak složka medicínská, tak nemedicínská, což je dáno mezioborovou povahou péče o zdraví. Významnou oblastí oboru je hodnocení účinnosti, hospodárnosti a kvality zdravotní péče, včetně otázek spravedlnosti při poskytování zdravotnických služeb. (Holčík, Kaňová, Prudil, 2015, s. 37)

### 1.3.2 Demografický vývoj

Demografie je věda o obyvatelstvu. Studuje počet, složení, a rozmístění obyvatelstva, podmínky a zákonitosti jeho vývoje. Je jedním z důležitých teoretických základů péče o zdraví a zdrojem důležitých údajů pro plánování, organizaci a poskytování služeb v péči o zdraví. Hlavní metodou demografie je demografická statistika, která poskytuje číselné údaje o populaci. (Dolanský, 2008, s. 128) Demografický vývoj je jedním z rozhodujících faktorů ovlivňujících charakter sociální politiky, ale také potřebu zabezpečení konkrétních

zdravotních a sociálních služeb. K nejvýraznějším trendům demografického vývoje celého evropského prostoru patří snižování porodnosti, zvyšování počtu rozvodů, zvyšující se riziko nezaměstnanosti, hrozba sociálního vyloučení a především stárnutí společnosti. Věková struktura obyvatel je významnou demografickou charakteristikou, která má svůj dopad prakticky ve všech oblastech společenského, politického a ekonomického života. (Ša-tera, 2010, s. 8)

#### 1.4 Zdravotní gramotnost

S pojmem gramotnost se původně spojovala schopnost číst, psát a počítat, která byla označována jako trivium. V současné době lze pojem chápat v širších souvislostech. Východiskem se stala tak zvaná funkční gramotnost, kterou se označovala schopnost lidí podílet se na aktivitách potřebných pro život v současné civilizaci. V současnosti můžeme hovořit například o gramotnosti literární, dokumentové nebo například numerické. (Ivanová, Juričková a Gladkij, 2013, s. 38) V přeneseném významu označuje termín gramotnost schopnost nějaké aktivity spojené s duševní činností. Termín zdravotní gramotnost se začal používat s rostoucím významem zdraví pro každého jedince a dále z důvodu nutnosti zvýšit podíl občanů na péči o zdraví. Zdravotní gramotnost je pro jedince i pro společnost nepostradatelná hodnota. Jde o schopnost činit správná rozhodnutí týkající se zdraví a péče o zdraví a schopnost lidí naučit se brát na sebe část odpovědnosti za své zdraví. (Holčík, 2009, s. 142 – 144) Zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví, protože zvyšuje celkovou úroveň zdravotního stavu populace. Je také významnou součástí sociálního kapitálu. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti vede k ekonomickým ztrátám a ke zvýšenému zdravotnímu riziku, ale je také příčinou značných rozdílů v úrovni zdraví mezi různými sociálními skupinami. Zdravotní gramotnost je dále nespornou ekonomickou prioritou. Podle několika výzkumů bylo zjištěno, že nízká zdravotní gramotnost populace způsobuje každoročně mnohamilionové ztráty. A v neposlední řadě je zdravotní gramotnost cennou součástí obecné kultury, která neovlivňuje jen zdraví lidí, ale také zdravý životní styl, tvůrčí přístup k životu, vědomí sounáležitosti a posilování osobní zodpovědnosti, to všechno jsou hodnoty, které by se měly stát samozřejmou charakteristikou zdravé společnosti a její obecné kultury. (Ivanová, Juričková a Gladkij, 2013, s. 40 – 41)



## 2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Podle WHO můžeme systém zdravotní péče definovat jako veškeré činnosti, jejichž hlavním cílem je podporovat, obnovovat a udržovat duševní zdraví člověka. Základ pro vznik konkrétních zdravotních systémů v jednotlivých zemích dávají čtyři historické modely zdravotní péče. (Staňková, 2013, s. 22)

### 2.1 Zdravotní politika

Zdravotní politika je souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. (Gladkij, 2003., s. 11) První náznaky zdravotní politiky můžeme nalézt v období středověku a v rozvinutější formě v několika opatřeních států v 18. století. Tato opatření se většinou týkala přenosných onemocnění a snahy o jejich prevenci nebo zamezení jejich šíření. Zdravotní politika jako vědní obor a praktická cílevědomá činnost se prakticky zrodila až po druhé světové válce jako důsledek těžké zdravotní situace ve většině evropských zemí. Rozvoj zdravotní politiky velmi úzce souvisí s rozvojem medicínských technologií, a tím následně rychlým růstem výdajů na zdravotnictví ve většině ekonomicky vyspělých zemí světa. (Gladkij, 2003., s. 15)

#### 2.1.1 World Health Organization

Světová zdravotnická organizace (WHO) je řídicí a koordinující orgán pro mezinárodní spolupráci v oblasti péče o zdraví. Byla založena 7. dubna 1948. Tento den je proto každoročně slaven jako Světový den zdraví. Je organizací, ve které jsou zastoupeni odborníci jednotlivých vlád a která sdružuje všechny členské státy. Jejím cílem je dosažení co největší možné úrovně zdraví pro všechny lidi na celém světě. Podle její ústavy je právo na péči a zdraví jedním ze základních práv každého člověka, bez rozdílu rasy, náboženství, společenského přesvědčení, hospodářského či sociálního postavení. Podle WHO jsou vlády odpovědné za zdraví svého obyvatelstva. To může být dosaženo zajištěním přiměřených zdravotních a sociálních opatření. (Dolanský, 2008, s. 44) Mezi hlavní strategické cíle WHO patří omezování úmrtnosti, nemocnosti, postižení především u sociálně slabých skupin populace. Dále WHO podporuje zdravý životní styl a snaží se o omezení rizik vyplývajících z ekologických, ekonomických a sociálních podmínek. Dalším cílem je rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které odpovídají legitimním potřebám lidí a které budou finančně únosné. Hlavními směry činnosti WHO je vypracování zdravotní politiky a konzultační činnost dle potřeb členských států, odborná pomoc při

vypracování národních zdravotnických strategií, sledování indikátorů zdravotního stavu populace a mnoho dalších činností. Nejvyšším orgánem WHO je Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly – WHA), které se koná každý rok v květnu v Ženevě, kdy se rozhodují hlavní politické záležitosti a strategie WHO. (Maaytová, 2012, s. 45)

## 2.2 Modely zdravotnických systémů

V evropském chápání se zdravotní péče svým charakterem podstatně liší od ostatního zboží. S nemocí, která je provázána bolestí, strachem, úzkostí, a utrpením je spojená potřebná zdravotní péče, která je lidskou a sociální službou. (Dolanský, 2008, s. 67) Prostřednictvím zdravotnického systému dochází k realizaci zdravotní politiky. Zdravotní systémy v jednotlivých zemích procházely dlouhým a složitým vývojem. Po celá staletí se zdravotní systém skládal ze dvou subjektů, pacient a lékař. Pacientovi byla poskytována zdravotní péče za přímou úhradu. V průběhu staletí se ovšem měnily léčebné postupy, hygienické návyky, zvyšoval se počet obyvatel i počet civilizačních onemocnění. Společnost si uvědomovala, že je nezbytné zajistit své obyvatele v době nepříznivých sociálních podmínek. Zásadním mezníkem bylo zavedení systémů Beveridge a Bismarcka. V současnosti dochází k centralizaci financí a rozhodování, a zároveň řešení otázky vysoce nákladné zdravotní péče. Dnešní zdravotnické systémy se skládají ze čtyř subjektů: pacient, poskytovatelé zdravotní péče, subjekty hradící zdravotní péči a stát. Základním cílem fungování každého zdravotnického systému je uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. Naplnění tohoto cíle by mělo respektovat fakt, že výdaje na zdravotnictví neporostou rychleji než HDP. (Šatera, 2010, s. 20)

### 2.2.1 Model zdravotního pojištění

Tento model byl založen Otto von Bismarckem. Podstatou tohoto modelu je vzájemné propojení veřejného a privátního sektoru. Model tohoto zdravotnického systému je uplatňován v České republice, ale také v Polsku, Německu a Rakousku. Samozřejmě, že mezi jednotlivými zeměmi existuje řada odlišností, daných historickým vývojem, zvyklostmi a postavením sociální politiky. Tento systém byl první v historii, který se snažil zajistit financování garantované zdravotní péče. (Šatera, 2010, s. 24) V 80. letech 19. století byla v Německé říši uzákoněna tři základní odvětví dělnického pojištění: nemocenské, úrazové a invalidní a starobní pojištění. Dávkou nemocenského pojištění byla a dodnes je i zdravotní péče. (Weigl a kol, 2015, s. 35) Princip Bismarckovského modelu je tedy v odvodech

určité finanční částky ze mzdy zdravotní pojišťovně, která na základě smlouvy proplácí poskytnutou zdravotní péči poskytovateli této péče, tedy lékaři nebo zdravotnickému zařízení. V rámci tohoto systému je zřejmá role státu a veřejných institucí. Stát uplatňuje svoji roli vůči tomuto systému prostřednictvím legislativy, případně do něj zasahuje svými kontrolními mechanismy, a vyhrazuje si právo vstoupit do vztahu mezi poskytovateli zdravotní péče, plátcí a pacienty. Tento systém předává hlavní nástroje a mechanismy řízení do rukou veřejnoprávních institucí, pojišťoven a profesních organizací. Jedná se tedy o princip sociální solidarity pod dohledem státu pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost, solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními. (Dolanský, 2008, s. 74) Problémem tohoto systému je především to, že v rámci sociální solidarity přibližně 10 % pacientů spotřebuje finanční prostředky přijaté od 75 % účastníků systému. Dlouhodobě se podíl výdajů na zdravotnictví v rámci těchto systémů pohybuje ve výši 12 % HDP. (Šatera, 2010, s. 24)

### 2.2.2 Model národní zdravotní služby

Model národní zdravotní služby nebo také Beveridgeův model, je uplatňován především ve Velké Británii, kde funguje bez výrazných změn od roku 1948. Model vznikl na základě nových zkušeností po druhé světové válce. Zdrojem financování tohoto modelu je státní rozpočet, prostřednictvím výběru daní. Stát garantuje bezplatnou péči. Nemocnice jsou v drtivé většině ve vlastnictví státu. Silné postavení mají soukromí praktičtí lékaři, kteří jsou vstupní branou pro další vyšetření pacienta u odborného lékaře. Bez doporučení praktického lékaře není vyšetření specialistou možné. V tomto modelu stát garantuje dostupnost zdravotní péče prostřednictvím sítě zdravotnických zařízení. Přístup k praktickým lékařům je neomezený a míra spoluúčasti pacienta je nulová nebo jen velmi nízká. Pro tento model pojištění je typická nižší dynamika růstu výdajů na zdravotnictví, které činí asi 7 až 8 % HDP, protože má stát výraznou pravomoc při určování cen zdravotní péče. Existují zde okresní zdravotní služby, které pravidelně vyhodnocují objem poskytované zdravotní péče a další silné kontrolní mechanismy znemožňují zneužívání zdravotní péče. V rámci modelu je možnost soukromého připojištění, která je realizována především v oblasti léčiv nebo protetiky. Velkou nevýhodou tohoto systému jsou značně dlouhé čekací doby na většinu vyšetření. (Šatera, 2010, s. 23) Na principu tohoto systému jsou založeny systémy zdravotní péče již zmíněné Velké Británie a dále Norska, Dánska, Finska. Irsko, Itálie, Řecko, Portugalsko, Španělsko nebo například Kanada.

### 2.2.3 Liberálně – tržní model

Další model je vystavěn na principu dobrovolného pojištění. Je typický pro USA a do roku 1996 byl uplatňován také ve Švýcarsku. V tomto modelu stát negarantuje zdravotní péči a pacient je suverénním jedincem, který plně přebírá zodpovědnost za své zdraví a případné léčení. Zdravotní péče je zde chápána jako zboží a lékaři jsou soukromými subjekty. Zdravotní péče je hrazena přímou platbou pacienta nebo úhradou komerční pojišťovny, zdravotní pojištění je dobrovolné. Stát nekontroluje ani negarantuje nabídku ani cenu zdravotnických služeb, nekontroluje ani výši pojistného a také nevstupuje do vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Zdravotnická zařízení v tomto systému jsou silně orientovaná na zisk a typická je komercionalizace zdravotnictví. Pro USA je typický vysoký podíl výdajů na zdravotnictví, který je přibližně 15 % HDP a také vysoký podíl administrativních nákladů, kdy asi 20 % vybraných peněz v rámci komerčních pojišťoven je spotřebováno na zajištění administrativy a velmi složitého systému úhrad jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče. Pro mnohé je zdravotní péče těžko dostupná. (Šatera, 2010, s. 22) K dalším problémům patří nedostatečná preventivní péče a nedostatečná návaznost péče. K výhodám systému patří bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb, podpora rozvoje výzkumu a nových medicínských technologií, vysoký počet zákroků zachraňujících život a u vybraných skupin obyvatelstva zájem o zdravý životní styl a zodpovědnost za své zdraví. (Dolanský, 2008, s. 77)

### 2.2.4 Státní model

Tento model je také často nazýván podle svého zakladatele jako Semaškův model. Jde o vysoce centralizovaný systém, kde výlučným vlastníkem i provozovatelem zdravotnických zařízení je stát. Tento typ modelu je uplatňován ve státech tzv. socialistické soustavy například na Kubě, nebo ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami jako je Kuvajit nebo Brunei. Základním principem je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu, tedy z daní. Vše je plánováno a kontrolováno. Pacient nemá přehled o cenách za poskytované služby. Lékaři a další zdravotníci jsou zainteresováni na fungování systému pouze minimálně. Pro státní rozpočet se zdravotnictví stává nenasytným konzumentem s byrokratickými metodami regulace. Jedná se o zcela státní zdravotnictví, centrálně řízené a plánované. (Vurm a kol., 2007, s. 51)

## 2.3 Ukazatelé zdravotnických systémů

V rámci mezinárodní komparace zdravotnických systémů sledujeme několik základních ukazatelů, kterými jsou dostupnost zdravotní péče, kvalita péče, ekonomická nákladnost, výkonnost zdravotnického systému, ekvita a sociální akceptabilita.

### 2.3.1 Dostupnost péče

Tento ukazatel vyjadřuje překážky, které pro čerpání zdravotní péče pacient musí, případně nemusí překonat. Patří sem dostupnost **finanční**, tedy úhrada nákladů, typ pojištění nebo míra spoluúčasti pacienta. Dále dostupnost **geografická**, tedy distribuce zdravotnických služeb různých specializací v terénu. **Časová** dostupnost je dalším ukazatelem, který udává dobu, kterou musí pacient čekat na vyšetření nebo lékařský zákrok. Vstup do specializované péče na doporučení praktického lékaře je označována jako **organizační nebo administrativní** dostupnost. A **sociokulturní** dostupnost sleduje vzdělání, etniku, náboženské normy a jazykové problémy. (Jarošová, 2007, s. 42)

### 2.3.2 Kvalita péče

Kvalita péče vyjadřuje stupeň, v němž poskytnutá péče odpovídá poznatkům medicínského výzkumu a možnostem technologie. Závisí na ekonomické situaci země, na podmínkách trhu, technické a materiální vybavenosti zdravotnických zařízení, úrovni medicínského vzdělání. Jejím výstupem jsou ukazatelé zdravotního stavu populace, tedy střední délka života, úmrtnost, nemocnost a ukazatelé spokojenosti pacientů, tedy uspokojení jejich potřeb, volba lékaře, volba zdravotnického zařízení nebo přímý vstup ke specialistovi. Dále také úpravy zdravotnických zařízení, doplňkové služby, bezbariérový přístup. (Jarošová, 2007, s. 42) Kvalita zdravotní péče je hodnocena pomocí ukazatelů, které jsou používány v různých systémech. Systémy hodnocení kvality zdravotní péče vychází z principu tzv. Donebedianova schématu, které chápe zjišťování kvality péče ze tří hledisek a to z hlediska struktury, z hlediska procesu a z hlediska výsledků péče. Data, která jsou využívána v rámci standardizovaných metod, musí splňovat určitá kritéria. Měla by být jednoduchá, měřitelná, opakovatelná, musí popisovat strukturu, proces nebo výsledek a zároveň musí odrážet kvalitu péče. Základním požadavkem je jejich validita. (Maaytová, 2012, s. 83 – 85)

### 2.3.3 Ekonomická nákladnost

Udává spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je popisována procentuálním podílem těchto nákladů z HDP. Absolutní výše finančních prostředků vynaložených na zdravotnictví není ani po přepočtech srovnatelným ukazatelem, protože nebere v úvahu počet a demografické složení populace a cenové hladiny země. Obecně platí, že zdravotnické systémy více otevřené trhu jsou dražší, než systémy, kde převládají státní centrální regulace. (Dolanský, 2008, s. 79) Ekonomická účinnost se měří ukazateli hospodárnosti, které odpovídají na otázku, co stálo dosažení cílů v peněžních jednotkách. Snahou je dosažení stanoveného cíle za nejnižší možnou cenu. (Holčík, Kaňová a Prudil, 2015, s. 66)

### 2.3.4 Výkonnost zdravotnického systému

Výkonnost zdravotnického systému ukazuje jaký rozsah péče, jak široké populace, v jaké struktuře a kvalitě je zdravotnický systém schopen při vybraných výdajích zajistit. Výkonnost systému se vztahuje k ukazateli zdravotnických potřeb populace a ekonomických zdrojů jako jsou například jednoduchá administrativa, efektivní léčba nebo racionální struktura zdravotnických zařízení. K posuzování výkonnosti slouží řada postupů hodnocení efektivity procesu mezi vstupy a výstupy. (Dolanský, 2008, s. 80)

### 2.3.5 Ekvita

Spravedlnost je důležitou prioritou zdravotní politiky. Ekvita znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj potenciál zdraví. Je vyjádřena rovným přístupem k léčbě a aplikaci všech potřebných medicínských přístupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost nebo sociální postavení. (Dolanský, 2008, s. 80) Při vytváření zdravotní politiky vyspělých zemí působí dvojí protichůdné pojetí spravedlivého přístupu ke zdraví, které vychází z rozdílné představy spravedlnosti. Jde o přístup:

- **liberální**, který klade důraz na osobní zodpovědnost a zásluhy za úspěchy. Svobodu cení jako nejvyšší hodnotu. Sociální pomoc, tak jako i nezasloužené odměny podle liberálního přístupu zmenšují svobodu. Stoupenci liberálního přístupu se obávají, že vynětí zdravotní péče z oblasti odměn vede ke ztrátě motivace. (Ivanová, Juričková, Gladkij, 2013, s. 20 - 21) Maaytová (2012, s. 17) uvádí, že k charakteristikám liberálního přístupu mimo jiné patří, že přístup ke zdravotní péči je výsledkem individuálního úsilí, tedy že jedinec získá takovou péči, na kterou má fi-

nanční prostředky. Zdravotnické prostředky jsou předmětem svobodné směny a cena je určena trhem. Pojištění i solidarita jsou dobrovolné.

- **egalitářský**, neboli rovnostářský, který prosazuje rovný přístup při alokaci zdrojů. Tento přístup prosazuje vyjmutí některých komodit ze systému odměn za zásluhy, protože jde o věc práva a zdravotní péče patří k těmto komoditám. (Ivanová, Juríčková, Gladkij, 2013, s. 20 - 21) Zastánci tohoto pojetí odvozují právo na zdraví od práva na život. Zásadní otázkou získání zdravotní péče v tomto přístupu je určení zdravotní potřeby. Z pohledu objektivně stanovených zdravotních potřeb je rozlišována horizontální a vertikální rovnost. Horizontální rovnost předpokládá poskytování stejné péče osobám se stejnými zdravotními problémy a vertikální rovnost vyvozuje poskytování diferencované péče osobám s různými obtížemi. Charakteristické pro rovnostářský přístup je právo na přístup ke zdravotním službám, solidarita, a to jak solidarita bohatých s chudými, tak zdravých s nemocnými a povinné finanční příspěvky. Princip solidarity však obsahuje i nežádoucí prvek související se solidaritou jedinců odpovědných za zdraví s neodpovědnými jedinci. (Maaytová, 2012, s. 18)

### 2.3.6 Sociální akceptabilita a solidarita

Tento ukazatel vyjadřuje, do jaké míry odpovídá uspořádání zdravotnického systému potřebám a představám společnosti, které se utvářejí v dlouhodobém historickém a kulturním vývoji. Zdravotnické systémy mají podobné rysy v teoretické rovině, ale definitivní podoba národního zdravotnictví je nezaměnitelná a závisí na specifických potřebách populace dané země. (Dolanský, 2008, s. 80) Zdravotní politika je součástí politiky sociální. Sociální politika je v současné době neodmyslitelnou součástí moderních demokratických států. Společenská solidarita je vysvětlována jako pocit sounáležitosti u jinak vzájemně autonomních a sociálně i osobnostně různých jedinců konkrétního sociálního celku. Společenská solidarita je hodnota, která znamená vědomí jednoty a vůli nést její následky. Ve vztahu ke zdraví a zdravotnictví představuje solidarita důležitou hodnotu, která vytváří vzájemnou podporu obyvatel v případě poruchy zdraví, při níž jsou náklady na zdravotnickou péči záměrně poskytovány solidárně napříč celou společností. (Ivanová, 2006, s. 94)

Existuje mnoho dalších, podrobnějších ukazatelů zdravotnických systémů jako například počet lékařů na počet obyvatel, návaznost ambulantní péče, počet a struktura nemocničních

lůžek, struktura výdajů na zdravotní péči, střední délka života, úmrtnost podle věku a pohlaví a další. (Dolanský, 2008, s. 81)

## 2.4 Reformy zdravotnických systémů

Stálý růst střední délky života, zvyšování počtu chronicky nemocných v důsledku tzv. civilizačních chorob, neustálý vývoj nových nákladných zdravotnických technologií, ale také rostoucí uvědomění občanů v oblasti zdraví a růst jejich očekávání to jsou hlavní důvody tlaku na veřejné i soukromé rozpočty v oblasti zdravotnictví. Hlavním důvodem reforem zdravotnických systémů v posledních desetiletích je značný růst nákladů péče o zdraví. Většina států v Evropě i další vyspělé státy mimo EU reagovala na tyto skutečnosti zaváděním programů a reforem, jejichž cílem bylo snížení míry růstu nákladů. V některých státech proběhly pouze dílčí reformy, například v oblasti zvýšení podílu soukromých zdrojů ve zdravotnictví, zavádění efektivnějších úhradových mechanismů, v některých státech došlo k významným celospolečenským změnám. Určitou společnou charakteristikou mnoha reforem bylo jejich ideologické zaměření, do jisté míry zastiňující reálná řešení nebo jejich pouze rétorický charakter a omezené skutečné reformní aktivity. Reformy jsou ovlivňovány řadou tlaků, které stojí mimo zdravotnický systém. V řadě případů nejsou reformy zdravotnictví izolované, naopak jsou součástí změn v rámci systému sociálního zabezpečení. Proces reforem je ovlivňován řadou politických, ideologických, sociálních, historických, kulturních a v neposlední řadě také ekonomických faktorů. (Barták, 2010, s. 147 - 150) České zdravotnictví překonalo krizi a v roce 2014 poprvé od roku 2008 hospodařilo s přebytkem. Přebytku dosáhlo i navzdory zrušení zdravotnických poplatků. Podle Ministerstva financí ČR si udrželo kladnou bilanci i v prvním pololetí roku 2015. Přebytek ve výši 2,3 miliardy Kč pro období od ledna do června 2015 je nejlepším výsledkem od posledního předkrizového roku 2008. Tehdy byl ještě o osm a půl miliardy lepší. Ještě v roce 2013 se ale zdravotnictví pohybovalo ve více než miliardové ztrátě, největší téměř sedmimiliardový propad, zaznamenalo v roce 2010. Z krize dokázalo zdravotnictví vystoupit i přesto, že od začátku roku 2015 nemusí pacienti platit většinu zdravotnických poplatků. To může být kromě jiných úsporných opatření způsobeno i mírným zvýšením efektivity systému, například redukcí lůžek. Ke změně ovšem nejvíce pomohl růst ekonomiky a platů, díky kterému lidé odvádí na zdraví víc peněz. Stát navíc zvýšil platby na děti, seniory a další své pojištěnce. Průměrný příjem pojištěnec na jednoho klienta přesáhl třia dvacet tisíc korun. Výdaje přitom zůstaly zhruba o dvě stě korun nižší. Většinu z nich tvoří



samotná zdravotní péče, zhruba tři procenta tvoří výdaje na provoz a další vydání. Zdravotnictví by mělo zůstat v kladných číslech i po 1. lednu 2016. Ministr zdravotnictví pro rok 2016 prosazoval další zvýšení plateb za státní pojištěnce o víc než čtyři miliardy Kč, nakonec na jednání vlády uspěl jen s necelými dvěma. V nemocnicích budou peníze určeny na platy. Záměr Ministerstva zdravotnictví ČR ale komplikuje požadavek odborů. Ty vnesly požadavek na desetiprocentní růst mezd, který by si vyžádal víc než sedm miliard Kč. Argumentují tím, že jen výraznější přidání peněz zabrání odchodu doktorů do zahraničí. (HASIM©2013 - 2014. online)

### 3 SOUSTAVA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ A INSTITUCÍ V ČR

Každý stát má svou strukturu poskytovatelů zdravotní péče, kterou je soustava zdravotnických zařízení a institucí založená na systému zdravotního pojištění dané země. V ČR je tato soustava výsledkem mohutné decentralizace původního socialistického modelu. V devadesátých letech minulého století proběhlo v systému našeho zdravotnictví mnoho podstatných změn, z nichž můžeme zmínit především obrovský nárůst (více než stonásobný) počtu samostatných institucí, zejména v oblasti ambulantních služeb a soukromých ordinací. (Gladkij, 2003, s. 54) Koncem roku 2013 bylo v České republice evidováno 29 218 zdravotnických zařízení, oproti roku 2012 tak došlo k nárůstu o 465 zařízení. Pracovalo zde celkem 47 458 lékařů a 107 245 nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí. V průměru připadalo v ČR na 1 lékaře 222 obyvatel.

Rozdělíme-li zařízení dle zřizovatele, pak:

- 213 zařízení bylo státních – z toho u 116 zařízení bylo zřizovatelem Ministerstvo zdravotnictví a u 97 zařízení ostatní centrální orgány
- 29 005 zařízení bylo nestátních - 149 zařízení bylo zřizováno krajem, 156 zařízení zřizováno městem nebo obcí a 28 700 zařízení bylo zřizováno fyzickou osobou, církví nebo jinou právnickou osobou (ÚZIS ČR, © 2010-2016)

I přesto že, počet ambulantních i dalších zdravotnických zařízení stále roste, dosahují čekací doby na vyšetření u vybraných specialistů i několika měsíců.

#### 3.1 Ambulantní péče

Dle Dolanského (2008, s. 189) můžeme ambulantní péči v ČR rozdělit na primární zdravotní péči, kterou pacientům poskytuje jejich ošetřující, tedy registrující lékař a dále na specializovanou ambulantní zdravotní péči. Do systému ambulantní péče můžeme ještě zařadit zvláštní ambulantní péči. V roce 2013 vykázalo činnost celkem 24 979 ambulantních zařízení s 24 748 lékaři a 32 061 nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Mezi tato zařízení spadají sdružená ambulantní zařízení, zdravotnická střediska, samostatné ordinace praktických lékařů a ostatní ambulantní zařízení. Ve srovnání s rokem 2012 došlo k navýšení o 310 zařízení, z nichž největší nárůst zaznamenaly ostatní ambulantní zařízení, o 136 zařízení. Pokles zaznamenaly samostatné ordinace PL pro děti a dorost o 18 zařízení a PL gynekologa o 8 zařízení. V ambulantní péči pracovalo ke konci roku 2013 více než 70% všech lékařů a téměř 60% všech zdravotnických pracovníků nelékařů bez odborného do-

hledu (§5 až §21a zákona č. 96/2004 Sb.). Měřena úvazky lékařů byla ambulantní péče z 82,1 % poskytována v zařízeních soukromých. Primární péči tedy péči o děti, dorost a dospělé, gynekologickou a stomatologickou péči zajišťovalo 46,4% ambulantních lékařů a 53,6 % tvořili ambulantní specialisté. Na 1 ambulantního lékaře připadalo v průměru 311 obyvatel. (ÚZIS ČR, © 2010-2016)

### 3.1.1 Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péči poskytuje pacientům jejich praktický lékař, u dětí praktický lékař pro děti a dorost. Poskytování primární péče je velmi důležité, protože je jednou ze základních druhů péče. Jde o tak zvanou nárazníkovou zónu. Pacienti přicházejí se svými zdravotními problémy ke svému ošetřujícímu lékaři, který na základě vyšetření určí další postupy v léčbě. Často jsou u jednoho registrujícího lékaře zaregistrováni i rodinní příslušníci pacienta a tento lékař se pak stává rodinným lékařem, tak jak tomu často bývalo v minulosti. Takový stav svědčí o velké důvěře a vážnosti lékaře, což je nepochybně správný trend našeho zdravotnictví. (Dolanský, 2008, s. 189) Dle Gladkije (2003, s. 49) do systému primární péče v ČR patří také gynekolog a stomatolog. Ve zdravotnických systémech, kde platí povinnost odesílání lékařem prvního kontaktu (gatekeeper), což v ČR není povinné, ale pouze doporučené, jsou všechny neurgentní konzultace s lékařem nebo ostatními zdravotnickými pracovníky označovány jako primární péče. Na rozdíl od péče sekundární, kam jsou pacienti odesíláni na základě doporučení. Primární péči o dospělé populaci zajišťovalo k 31. 12. 2013, dle údajů Registru poskytovatelů, celkem 5 331 lékařů. Zajištění primární péče o dospělé pacienty je dlouhodobě bez výraznějších změn, počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé se pohybuje kolem 1 600 pacientů. Postupně „stárnoucí“ věková struktura praktických lékařů pro dospělé signalizuje problém pro budoucí zajištění primární péče o dospělé populaci. Ke konci roku 2013 představovali praktičtí lékaři pro dospělé ve věku 55 a více let 54,7 % z celkového počtu praktických lékařů pro dospělé v evidenčním počtu, lékaři ve věku nad 64 let 15,7 %. Lékaři do 44 let tvořili pouze pětinu celkového počtu praktických lékařů. (ÚZIS ČR, © 2010-2016, s. 20)

### 3.1.2 Ambulantní specialisté

V ČR se jedná o velmi početnou skupinu lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Mezi ambulantní specialisty patří specialisté všech oborů, tedy odborní lékaři. Tato skupina lékařů a ostatních zdravotníků představuje nejvíce problémovou oblast z hlediska jejich financování, protože systém financování jejich výkonů dlouhodobě neuspokojuje

obě strany, lékaře i pojišťovny. V tomto systému se kromě platby za výkon také uplatňuje systém maximální úhrady, která představuje určitou sumu, kterou ambulantní specialisté nesmí překročit. Po jejím překročení přistupuje pojišťovna k poměrně citelné regulaci plateb. (Gladkij, 2003, s. 117) Většina ambulantních specialistů poskytuje péči jako nestátní zdravotnické zařízení. Podmínkou k jeho provozování je vydání rozhodnutí o registraci, podle platného zákona o zdravotní péči. Žadatelem může být fyzická nebo právnická osoba. O registraci může fyzická osoba požádat, pokud je způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a má odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče v požadované odbornosti. V případě, že o registraci žádá právnická osoba, je povinna pokud nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče, ustanovit odborného zástupce, který odpovídá za vedení nestátního zdravotnického zařízení. Žádost se podává na příslušném krajském úřadě. (Barták, 2010, s. 70) Pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta, doporučí registrující lékař pacientovi poskytnutí zdravotní péče. Gladkij (2003, s. 50) uvádí, že tato péče nezahrnuje vysoce specializovanou péči, ale v mnoha směrech se jí přibližuje nebo se s ní kombinuje. Teoreticky přichází pacient k ambulantnímu specialistovi s žádankou od svého registrujícího lékaře, která obsahuje odůvodnění k vyšetření specialistou, včetně výsledků předchozích vyšetření. (Dolanský, 2008, s. 190) V praxi přichází pacienti v drtivé většině bez doporučení, což v důsledku způsobuje dlouhé čekací doby. Není výjimkou, že pacient v jednom měsíci navštíví se stejným problémem i několik specialistů.

### 3.1.3 Zvláštní ambulantní péče

Tento způsob péče je poskytován pacientům s akutním nebo chronickým onemocněním, dále pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby v jejich vlastním sociálním prostředí. Tento typ péče může být poskytován jako domácí zdravotní péče na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Dalším typem zvláštní ambulantní péče je zdravotní péče ve stacionářích a zdravotnických zařízeních ústavní péče a ústavech sociální péče. (Dolanský, 2008, s. 190) Síť pracovišť domácí zdravotní péče začala být v České republice budována po roce 1990. Přibližně od roku 2005 lze pozorovat stabilizaci sítě i rozsahu činnosti domácí zdravotní péče, přičemž přetrvávají výrazné rozdíly mezi jednotlivými kraji. Koncem roku 2013 poskytovalo v České republice domácí zdravotní péči (DZP) 496 pracovišť. Služeb domácí zdravotní péče v roce 2013 využilo více než 146 tisíc pacientů, z toho 80 % jich bylo ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny, 63 % tvořily ženy. Praktickým lékařem byla domácí zdravotní péče indikována

u více než 150 tisíc pacientů a ošetřujícím lékařem při ukončení hospitalizace u zhruba 28 tisíc pacientů. Z celkového počtu pacientů DZP představovali chroničtí pacienti 84 %. Domácí hospicová péče byla poskytována 6 279 pacientům. (ÚZIS ČR, © 2010-2016, s. 56)

### 3.2 Lůžková péče

Lůžková péče je poskytována v lůžkových zdravotnických zařízeních. Nemocniční péče představuje v ČR důležitou a nákladnou část systému zdravotní péče. Lůžkovou péči můžeme rozdělit na akutní lůžkovou, následnou lůžkovou a péči v odborných léčebných ústavech. Gladkij (2003, s. 51) uvádí, že nemocnice je „zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby.“ Přesto, že postavení nemocnic není v systému zdravotní péče (kromě fakultních nemocnic) v legislativě přesně definováno, lze konstatovat, že v nemocnicích a dalších lůžkových zařízeních je kladen důraz, především na péči, jejíž poskytování v ambulantní, případně domácí péči, není možné. (Staňková, 2013, s. 48)

Ke konci roku 2013 bylo v České republice evidováno 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek, z toho 47 033 lůžek bylo vyčleněno pro akutní péči, 7 652 lůžek pro následnou péči a 2 122 lůžek pro novorozence. V členění podle druhu zařízení dominovaly s počty lůžek nemocnice akutní péče, jejichž lůžkový fond představoval 95,5 % z celkového lůžkového fondu nemocnic. V roce 2012 činil lůžkový fond nemocnic akutní péče 95,6 %, došlo tedy k poklesu o 0,1 %. Ve srovnání s rokem 2012 klesl celkový lůžkový fond nemocnic o 2 025 lůžek, z 58 832 lůžek v roce 2012 na 56 807 lůžek v roce 2013, to znamená snížení počtu lůžek o 3,4 %. Snížení počtu lůžek bylo zaznamenáno u nemocnic akutní péče, kde došlo k poklesu o 2 039 lůžek, tedy o 3,8 % (z 56 262 lůžek v roce 2012 na 54 223 lůžek v roce 2013). K mírnému nárůstu počtu lůžek došlo u nemocnic následné péče. V roce 2012 zde bylo evidováno 2 570 lůžek, v roce 2013 se tento počet zvýšil na 2 584 lůžek tj. o 0,5 % tedy o 14 lůžek. (ÚZIS ČR, © 2010-2016)

Z pohledu rozdělení nemocnic podle zřizovatele bylo 19 nemocnic přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví, 23 nemocnic bylo zřizováno krajem, 17 nemocnic bylo zřizováno městem a obcí, 2 nemocnice byly zřizovány církví, 122 nemocnic bylo zřizováno jinou právnickou osobou a 5 nemocnic bylo zřizováno ostatními centrálními orgány. Nejvyšší využití nemocničních lůžek v krajích bylo v roce 2013 zaznamenáno ve Zlínském kraji

271,8 dne. Naopak nejnižší využití lůžek bylo evidováno v Ústeckém kraji 242,0 dne.(ÚZIS ČR, © 2010-2016)

### 3.3 Další zdravotnická zařízení v ČR

Mezi další zařízení, poskytující zdravotní péči v ČR patří lékárenská zařízení, hygienická služba a zvláštní zdravotnická zařízení. Lékárenská péče v ČR je hustá síť lékáren a výdejen zdravotnických pomůcek. V ČR stále narůstá jak počet lékáren, tak počet vydaných léků. V oblasti lékové politiky dochází v ČR ke ztrátám v oblasti veřejných prostředků, díky působení farmaceutických firem na preskripci léků. Farmaceutické firmy stále častěji stimulují lékaře k předepisování určitého léku různými finančními pobídkami. Farmaceutické firmy jsou silnou zájmovou skupinou ve zdravotnictví, která se snaží maximalizovat zisk prodejem velkého objemu léků za maximální ceny. (Maaytová, 2012, s. 61)

Hygienická služba je pověřena výkonem státní správy v jednotlivých krajích prostřednictvím krajských hygienických stanic, hygienickou službu vykonávají zdravotní ústavy jako příspěvkové organizace ministerstva zdravotnictví. Krajské hygienické stanice náleží vydávat rozhodnutí, povolení, osvědčení a plnit další úkoly státní správy v ochraně veřejného zdraví včetně státního zdravotního dozoru. V čele hygienických stanic stojí hlavní hygienik ČR, který ve věcech ochrany veřejného zdraví vystupuje jako orgán Ministerstva zdravotnictví. (Vurm, 2007, s. 62)

Skupinu zvláštních zdravotnických zařízení tvoří poměrně nesourodá skupina zdravotnických zařízení, do které můžeme zařadit například kojenecké ústavy a dětské domovy, speciální centra a stacionáře pro děti i dospělé, jesle, záchranné stanice nebo dopravní záchrannou službu.(Gladkij, 2003, s. 61)

### 3.4 Zdravotnictví a právo

Výkon zdravotnického povolání je spojen se značnou zodpovědností. Zdravotníci musí ve své práci denně činit závažná rozhodnutí, často v časové nebo materiální tísní, s nedostatečnými informacemi. Případnou chybu často není možné napravit. Někdy i drobné pochybení může mít tragické následky. Se situací, že se zdravotník dopustí chyby, ať již úmyslně nebo z nedbalosti, je spojen vznik odpovědnosti. Ve zdravotnictví rozeznáváme trestněprávní, občanskoprávní, správní, pracovněprávní a smluvní zodpovědnost. (Matochová, 2009, s. 102) V ČR je oblast zdravotnického práva upravena v několika desítkách zákonů, právních předpisů vyšší právní moci než zákon, tedy ústavou a ústavními zákony a meziná-

rodními smlouvami a ve velkém množství podzákonými právními předpisy, jakými jsou například nařízení vlády ČR, vyhlášky ústředních orgánů státní správy, ministerstev, obcí a vyšších územně samosprávných celků. (Barták, 2010, s. 163)

### 3.4.1 Ústava České republiky

Nejvyšší právní normou je Ústava České republiky, to je ústavní zákon č. 1/1993 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Již v její preambuli je zmíněna hodnota lidské důstojnosti a úcta k lidským právům. Tyto hodnoty determinují všechny zákony u nás, protože žádný ze zákonů nesmí být v rozporu s Ústavou a hodnotami, které jsou v ní obsažené. Pro zdravotnictví je důležitý již článek 1, který stanoví, že Česká republika je svrchovaný, jednotný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana a dodržuje závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva. Dále je pro zdravotnictví významný článek 3, který stanoví, že součástí ústavního pořádku je Listina základních práv a svobod. (Barták, 2010, s. 163)

### 3.4.2 Listina základních práv a svobod

Další důležitou součástí právního pořádku České republiky je Listina základních práv a svobod. Jedná se o ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Z hlediska zdravotnického práva je důležitý článek 1, který stanoví, že lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech a základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné. Dále článek 3, ve kterém je stanoveno, že základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení. Velmi důležitý je také článek 6, který stanoví, že každý má právo na život, že lidský život je hoděn ochrany již před narozením a nikdo nesmí být zbaven života i že trest smrti se nepřipouští. Neméně důležitý je také článek 10, který stanoví, že každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Kontroverzní je článek 31, který stanoví, že každý má právo na ochranu zdraví a že občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Především interpretace pojmu bezplatná zdravotní péče jsou velmi odlišné. Toto slovní spojení v žádném případě neznamená, že by péče o zdraví byla zdarma. Zdravotní péče v ČR je hrazena dominantně z prostředků veřejného zdravotního pojištění, prostřednictvím příspěvků na veřejné zdravotní pojištění. (Barták, 2010, s. 163)

### 3.4.3 Vybrané právní předpisy ve zdravotnictví

Dalšími právními normami, které se vztahují k systému veřejného zdravotního pojištění, jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 592/1992 Sb., o pojištění na všeobecném zdravotní pojištění a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který po více jak čtyřiceti letech nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. (EPRAVO.CZ© 1999-2016, online) Pro zdravotnické pracovníky je důležitý zákon č. 95/2004 SB., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta nebo zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Přehled právních norem v oblasti zdravotnického práva je značně obsáhlý a v rámci výuky zdravotnického práva se dělí do třinácti oblastí, z nichž můžeme zmínit organizaci zdravotnictví a zdravotní péče, zdravotničtí pracovníci, zdravotní pojištění, zdravotnická zařízení, komory, léky a zdravotnické prostředky nebo mezinárodní dokumenty. (Barták, 2010, s. 163) Česká republika se 1. května 2004 stala členským státem Evropské unie, proto je od tohoto dne pro naše občany závazná i evropská právní úprava, především nařízení Rady EHS a judikatura Evropského soudního dvora (EDS) v oblasti poskytování zdravotní péče. (Šatera, 2010, s. 38)

### 3.4.4 Právní odpovědnost ve zdravotnictví

V současném systému zdravotnictví se setkáváme s narůstajícím počtem pacientů, kteří jsou přesvědčeni o tom, že v průběhu léčebné nebo ošetrovatelské péče utrpěli fyzickou nebo psychickou újmu. Tito pacienti mohou využít možnost iniciovat soudní řízení, jehož cílem je získat nejčastěji finanční kompenzaci, případně jinou satisfakci. Nejčastějšími faktory, které pacienty k tomuto jednání vedou, jsou neočekávané nebo nedostatečně dobré výstupy, hrubé nebo arogantní jednání zdravotnického týmu nebo neprofesionální přístup. Každé takové soudní řízení znamená pro ZZ negativní medializaci, která je spojena s mnoha riziky. Pokud se pacient domnívá, že byl poškozen a požaduje náhradu škody, musí prokázat, že byly splněny podmínky vzniku odpovědnosti. Ve zdravotnictví rozeznáváme profesní a obecnou odpovědnost. Vědecké výzkumy ukazují, že pacient, se kterým zdravotnický personál zachází s respektem a který mu naslouchá, si nestěžuje a nesoudí se ani v případě, že dojde k pochybení. Především sestry vědí, že většina pacientů hledá jistotu v empatickém vztahu poskytovatelů péče. Důvěryhodný vztah pacienta s poskytovateli



péče snižuje jeho pocit strachu, úzkosti a frustrace. (Škrla a Škrlová, 2008, s. 32, 60) Při sebelepší odborné péči může být pacient zdravotníkem poškozen. Iatrogenie je pojem, který byl dříve používán spíše v teorii, zatímco v současné době ho stále častěji slyšíme v soudních síních. Jedná se o poškození pacienta nemocničním prostředím a chováním zdravotníků. (Ptáček, Bartůněk a kol., 2015, s. 47) Nejčastěji se jedná o poškození pacienta lékařem, zatímco poškození sestrou nazýváme srororigenie. V obou případech se jedná o pochybení zdravotnických pracovníků, které mohou zanechat následky na zdraví pacienta. Následky mohou být jak somatické tak psychické. Nejhorší pochybení ve zdravotnictví jsou ta, která mají fatální následky. Ke vzniku právní odpovědnosti musí být splněny obecné předpoklady. Musí jít o jednání nebo opomenutí, které je protiprávní, toto jednání musí vést ke škodlivému následku. Mezi jednáním a následkem musí být příčinná souvislost, a k jednání musí dojít úmyslně nebo z nedbalosti. (Matochová, 2009, s. 102)

## 4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Financování, to znamená úhrada výkonů zdravotní péče, patří mezi nejdůležitější ekonomické činnosti každého subjektu, zdravotnická zařízení nevyjímaje. Jejich výše silně ovlivňuje ekonomické chování. Peníze jsou motorem ekonomické aktivity. Každá oblast zdravotnictví je v ČR financována jiným způsobem. (Zlámal a Belová, 2013, s. 80) Na náš zdravotní systém lze pohlížet ze dvou pohledů. Na jedné straně jako na soubor institucí a činností v nich probíhajících, jejichž účelem a cílem je zlepšovat zdravotní stav občanů, například formou prevence nebo akutního lékařského zákroku. Na straně druhé jde o zajišťování optimálního chodu zdravotnických zařízení z hlediska organizace činností a finančního zajištění. (Dolanský, 2008, s. 182)

### 4.1 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost vychází ze zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákona č. 280/1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. K zahájení činnosti musí pojišťovna získat povolení Ministerstva zdravotnictví a navíc se musí zavázat, že do jednoho roku od svého vzniku musí získat minimálně 50 000 pojištěnců. (Dolanský, 2008, s. 182) Dalšími právními předpisy, které upravují činnost zdravotních pojišťoven v ČR, jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Systém veřejného zdravotního pojištění je charakterizován existencí zdravotních pojišťoven. Na trhu může být jedna zdravotní pojišťovna, která má dominantní postavení, nebo několik zdravotních pojišťoven, z nichž většinou jedna má na trhu dominantní postavení. Pro českou republiku je charakteristická druhá varianta. (Šatera, 2010, s. 54) Počet pojišťoven se v ČR stále mění, ale dominantní postavení si stále udržuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Koncem roku 2015 bylo v ČR registrováno sedm zdravotních pojišťoven:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (MZČR©2010, online).

Zdravotní pojišťovny mají v rámci systému zdravotního pojištění několik funkcí. Především vybírají pojistné na všeobecné zdravotní pojištění od plátců pojistného, za své pojištěnce. Provádí kontroly, zda jsou správným způsobem určeny a odvedeny částky pojistného. Hradí svým pojištěncům zdravotní péči poskytnutou ve smluvních zařízeních. Podílí se na stanovení systému úhrad zdravotní péče, zodpovídají za tvorbu sítě smluvních partnerů pro své pojištěnce a plní další funkce související s poskytováním zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky. (Šatera, 2010, s. 54)

## 4.2 Plátcí pojistného zdravotního pojištění

Všeobecné zdravotní pojištění je v ČR povinné pro osoby s trvalým pobytem na území ČR, pro osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo firmy na území ČR. Do systému veřejného zdravotního pojištění v ČR mohou vstoupit také nezaopatření rodinní příslušníci osob zaměstnaných na území ČR, kteří pocházejí ze zemí EU. Do systému naopak nemohou vstoupit osoby ze třetích zemí, například z Ukrajiny, které v ČR vykonávají pouze samostatnou výdělečnou činnost. (Šatera, 2010, s. 39)

Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Pojištěnec hradí pojistné, pokud je v pracovním poměru, z něhož vzniká účast na nemocenském pojištění, přičemž pojištěnec odvádí do systému 4, 5% z vyměřovacího základu. Dále pokud je osobou samostatně výdělečně činnou (OSVČ) výše pojistného činí 13, 5 % z vyměřovacího základu, kterým je 50 % příjmů po odpočtu výdajů. Minimální roční vyměřovací základ je 12 násobek 50 % průměrné mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok, který dva roky předchází roku, pro který se vyměřovací základ stanoví. Zaměstnavatel hradí část pojistného za své zaměstnance, které tvoří 2/3 pojistného, tedy 9 % z vyměřovacího základu. Stát je plátcem pojistného za nezaopatřené děti, poživatele důchodů, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče, osoby ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody, osoby bez zdanitelných příjmů pokud pobírají dávky nemocenského pojištění, osoby celodenně a řádně pečující o jedno dítě do sedmi let nebo dvě děti do 15 let, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo podnikání a osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro jeho přiznání. Stát platí pojistné ve výši 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za

kalendářní rok, který dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se zjišťuje. (Šatera, 2010, s. 40)

### 4.3 Úhradové mechanismy v ČR

Úhradový mechanismus je způsob, jakým jsou konkrétně hrazeny finanční prostředky za služby poskytovatelů zdravotnických služeb. (Barták, 2010, s. 7) Systém úhrad zdravotnických služeb by měl respektovat zájmy všech účastníků. Měl by být průhledný a jednoduchý, minimálně administrativně náročný, flexibilní a univerzální. Úhrady zdravotnických služeb z veřejného zdravotního pojištění tvoří přibližně 80 %. Za účelem zajištění poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají zdravotní pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Tato smlouva se uzavírá pouze na ty druhy péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Úhrada ZZ probíhá podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Výše úhrady je stanovena na základě výsledků dohodovacího řízení. Zdravotnické zařízení zasílá zdravotní pojišťovně pravidelně po skončení kalendářního měsíce nebo čtvrtletí fakturu spolu s dávkou provedených výkonů. Zdravotní pojišťovna data zkontroluje a následně uhradí ZZ oprávněnou částku. Data lze pojišťovně zaslat papírovou nebo elektronickou formou. Mechanismus úhrad je značně rozsáhlý a komplikovaný systém, protože různé typy zdravotnických zařízení mají různé mechanismy úhrady zdravotní péče. (Šatera, 2010, s. 65)

#### 4.3.1 Kapitační platba

Tato forma úhrady je určena praktickým lékařům pro dospělé a praktickým lékařům pro děti a dorost. Tito lékaři registrují své pacienty. Výše kapitační platby odráží počet registrovaných pacientů, jejich věkovou strukturu a rozsah ordinačních hodin. (Šatera, 2010, s. 67) Financování primární péče v současnosti probíhá kombinovanou kapitačně výkonovou platbou. Lékař dostává část své odměny ve fixní formě, to znamená ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, kterého má ve své registraci. Tato pevná část platby je závislá na věku pacienta, vykazuje se tak zvaný jednicový pojištěnec nebo kapitační jednotka (KJ). Druhou složkou plateb praktického lékaře jsou platby za konkrétní, provedené výkony. (Gladkij, 2003, s. 114) Jak již bylo výše zmíněno, v některých zdravotnických systémech je primární péče, zásadní a bez doporučení praktického lékaře není možná návštěva specialisty.

### 4.3.2 Platba za výkon

V rámci tohoto typu úhrady je hrazena vždy konkrétní položka zdravotní péče. Jednotlivým výkonům je přiřazen počet bodů nebo vyjádření hodnoty v korunách. Hodnota bodu je vždy určena pro příslušnou odbornost nebo daný typ zdravotnického zařízení. Tento typ úhrady je využíván především v ambulantní péči, tedy u ambulantních specialistů, stomatologů a v ambulancích nemocnic. (Šatera, 2010, s. 68) Platba za poskytnuté zdravotní výkony se odvíjí od Sazebníku zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vytvořeného MZ ČR, který má k dispozici každý ambulantní specialista. Pro výši financí je velmi podstatná aktuální výše jednoho bodu, která je předmětem střetu lékařů a pojišťoven. (Zlámal, Bellová, 2013, s. 84) Zvláštní skupinu ambulantních specialistů tvoří stomatologové. Česká stomatologická komora si již v roce 1997 prosadila samostatný sazebník stomatologických výkonů. Výkony nejsou ohodnoceny v bodech, ale přímo v korunovém vyjádření. Sazebník obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem. Výhodou tohoto způsobu úhrady zdravotní péče je detailní přehled o struktuře a množství poskytnuté zdravotní péče v konkrétním časovém období za konkrétní zdravotnické zařízení, snadná a průkazná kontrola vykázané a poskytnuté zdravotní péče, snadná regulovatelnost a kontrola pomocí Seznamu výkonů, Zákoníku práce a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. (Gladkij, 2003, s. 119) Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček se dohodl s prezidentem České lékařské komory (ČLK) Milanem Kubkem na tom, že ambulantní specialisté dostanou v roce 2016 od zdravotních pojišťoven o tři procenta víc peněz než v roce 2015. Podle původního návrhu měly ambulance dostat víc jen o jedno procento. Dojednána je i regulace zdravotní péče. Ambulantním specialistům stoupnou příjmy díky navýšení ceny práce. MZ ČR proto trvalo na zachování určité formy regulací. Dojednaný model vychází z toho, že pokud ambulantní specialista bude mít výrazně víc nákladných pacientů, hranicí je pětinasobek průměrné úhrady, pojišťovna automaticky rozdíl zaplatí. (HASIM©2013 - 2014. online)

### 4.3.3 Paušální platba

Paušální platba se týká převážně financování zdravotní péče v nemocnicích a to od roku 2007. Do té doby byly nemocnice financovány z veřejného zdravotního pojištění platbou za výkon, což vedlo k honbě za body a zbytečnému prodlužování doby hospitalizace, to mělo za následek nedostatek finančních zdrojů na zdravotní péči. Výše paušálních plateb vychází z předpokladu, že převážná většina nákladů nemocnic je fixních, tedy není závislá

na počtu pacientů nebo počtu realizovaných výkonů. Výše paušálu se stanovuje na základě skutečné výše nákladů z předchozího roku. Paušální systém má několik nedostatků. Rozpočet je navyšován velmi pomalu na základě dohodování se zdravotními pojišťovkami. Vzhledem k tomu, že výše paušálu je stanovována na základě hospodaření z minulých let, jsou znevýhodňovány nemocnice, které šetří finanční prostředky. V tomto systému jsou také znevýhodněny nemocnice kvalitní, které nemohou přijímat další pacienty, protože jejich rozpočet byl vyčerpán dříve než nemocnice méně kvalitní. (Staňková, 2013, s. 52)

#### 4.3.4 Systém DRG

Jedná se o další úhradový mechanismus především nemocniční péče, kterým je od roku 2012 financováno 75 % nemocnic v ČR. Systém DRG klasifikuje skupiny pacientů na základě diagnóz. Z pohledu nákladů se systém plateb na základě systému DRG jeví jako efektivnější způsob poskytování nemocničních služeb. (Staňková, 2013, s. 53) Klasifikační systém DRG vychází s údaji o jednotlivých pacientech a jejich diagnózách, které zařazuje do limitovaného počtu DRG skupin. Je důležité, aby jejich struktura byla co nejpřehlednější a počet těchto skupin nebyl příliš velký. Hlavním kritériem zařazení do skupin je diagnóza nemocného nebo lékařský případně ošetrovatelský výkon. Ne všechna diagnózy a výkony mají svoji skupinu, naopak každá skupina zahrnuje i několik desítek diagnóz. Zařazení do jedné skupiny má dvě kritéria a to podobný způsob léčby a podobné náklady na léčbu. Systém DRG má 25 hlavních diagnostických kategorií, které jsou dále členěny do 941 podskupin. Pro zařazení případu do skupiny je třeba vykazovat základní diagnózu, ostatní diagnózy, výkony, délku hospitalizace a základní údaje o pacientovi. Tato data ZZ vykazuje zdravotním pojišťovnám a ty na jejich základě provádějí vyúčtování. Výhodou tohoto systému je, že dává do souvislosti diagnózy pacientů s náklady na jejich léčbu, ale může také sloužit jako nástroj pro hodnocení nemocniční péče, objektivní srovnání kvality zdravotní péče její produkci a její nákladovost. Výsledky pak lze porovnávat mezi jednotlivými zařízeními a provádět vyhodnocení využitelné ve financování nemocniční péče. (Barták, 2010, s. 101)

#### 4.4 Regulační mechanismus

Na základě poskytování veřejných a soukromých zdravotnických služeb, tzv. public - private mix je možné zabezpečit dostupnou zdravotní péči v odpovídající kvalitě pro většinu obyvatelstva. Podpora mixu, způsob angažovanosti státu, rozhodnutí co je vhodné realizo-

vat prostřednictvím veřejného sektoru a co je možné ponechat soukromému sektoru, záleží na politickém rozhodnutí jednotlivých států. V případě zdravotnictví je žádoucí celospolečenský konsenzus, především proto, aby zdravotnictví bylo pokud možno stabilní a případné změny přetrvaly bez ohledu na střídání vlád. Pro regulační trh jsou možné tři úrovně, regulace prostředí, regulace fungování institucí a regulace provozní. Regulace státem je výsledkem působení způsobu financování, zvyklostí, politického cyklu, množství a struktury poskytovatelů zdravotních služeb, významu a síly nátlakových skupin, hospodářské situace a dalších faktorů. (Maaytová, 2012, s. 39) Zdravotní pojišťovny se v minulosti potýkaly s neadekvátním nárůstem výdajů, které byly spojeny s vykazováním neopodstatněné zdravotní péče. Aby byl tento jev minimalizován, provádí zdravotní pojišťovny kontroly opodstatněnosti poskytované zdravotní péče a mohou uplatnit regulační mechanismy dané platnou Úhradovou vyhláškou. Zdravotní pojišťovna srovnává za příslušné pololetí roku počet ošetřených pacientů a hodnotu vykázané zdravotní péče se stejným obdobím předcházejícího roku, tzv. referenční období, u daného ZZ.

V případě, že je částka vykázané zdravotní péče v tomto období zvýšená nad stanovenou hranici dochází k uplatnění regulace, kterým je snížení hodnoty bodu u výkonů vykázaných nad tuto hranici. U jednotlivých ZZ dochází dále ke sledování objemu předepsaných zdravotnických prostředků, objemu předepsaných léčivých přípravků na recept a objemu indukované zdravotní péče. V případě, že v některé z výše jmenovaných kategorií dojde k překročení stanovených limitů, může pojišťovna uplatnit vůči ZZ regulaci. ZZ může vždy požádat zdravotní pojišťovnu o zmírnění, případně prominutí přijatých opatření v rámci regulace pokud může prokázat jejich opodstatněnost, například při převzetí nákladného pacienta. Zdravotní pojišťovna může také ZZ bonifikovat, pokud toto zařízení limity nepřekračuje nebo dosahuje nižších individuálně dohodnutých hodnot. (Šatera, 2010, s. 69)

## 5 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ

Marketing ve zdravotnictví má zcela jistě omezenější rámec než je tomu v jiných oborech lidské činnosti. Je to dáno několika zásadními vlivy, které do značné míry determinují možnost využití marketingu v systému řízení zdravotnických institucí. Systém zdravotnictví je součástí celého komplexu péče o zdraví. Požadovaným základním výstupem celého systému je zdraví obyvatelstva, současné i budoucí populace, přičemž každý jedinec i celá populace je v tomto pojetí chápána jako produkt. Samotný proces transformace vstupních zdrojů na žádoucí výstupy je silně ovlivněn jejich dostupností, kvalitou, úrovní vědy a výzkumu a prostředků vkládaných do celého systému péče o zdraví. Obnova zdraví je však do určité míry otázkou pravděpodobnosti a dispozic jedince, jeho genetického vybavení a dědičných faktorů. Zdravotnictví se dotýká každého člověka. Lidé velmi citlivě vnímají problematiku zdravotnictví, preference obyvatelstva ke zdravotnictví vykazují vysoký stupeň priorit. Zdravotnictví nemá pouze jeden hlavní cíl, ale celou řadu dílčích cílů, kdy je nesehnání určitých jednoznačných a lehce stanovitelných kritérií. Samotná péče o zdraví, celé zdravotnictví a především postavení lékařů a zdravotnických pracovníků je postaveno na etice, pomoci a snaze o záchranu života. Zdravotnictví vyžaduje vysoký stupeň vzdělanosti a celoživotního vzdělávání. Systém poskytování zdravotní péče tedy nemůže být vždy plně odvozen od fungování tržního mechanismu, v jeho realizaci marketingového řízení nelze vždy nasadit všechny nástroje a uplatnit všechny principy marketingu bez ohledu na celou řadu dalších faktorů a limitujících principů. (Zlámal, 2006, s. 15 – 17)

### 5.1 Definice marketingu

Marketing je souhrn činností týkající se toku zboží a služeb od výrobce nebo poskytovatele směrem k zákazníkovi. Funkcí marketingu je poskytovat a usnadnit směnu mezi stranami, které do této směny vstupují svobodně. V širším slova smyslu se marketing vyskytuje ve všech společnostech, včetně primitivních, protože v každé společnosti je zboží směňováno, a tak dáváno na trh. Marketing není omezen pouze na formy obchodu pro zisk, protože do marketingu jsou zařazeny i instituce jako nemocnice, školy, církve, neziskové organizace nebo muzea. (Jandourek, 2001, s. 149)

Dle Buchbindera and Shanks (2012, s. 96), mnoho lidí mylně srovnává marketing s reklamou, propagací nebo prodejem. Americká Marketingová Asociace definuje marketing jako "*aktivitu, soubor institucí a procesů pro vytváření, komunikaci, dodávání a výměnu nabídek, které mají hodnotu pro zákazníky, klienty, partnery a celou společnost*". Jak můžeme



chápat tuto definici? Za prvé staví marketing do hlavní role uspokojování potřeb zákazníků. Za druhé, všechny marketingové aktivity se soustředí na budování udržitelného hodnotového systému pro zákazníky a ostatní zúčastněné strany společnosti. Za třetí organizace poskytující zdravotní péči a manažeři s důrazem na vytváření dlouhodobých vztahů se zákazníky obecně dosahují lepších výsledků než ti, kteří se zaměřují pouze na krátkodobé výsledky.

Základní součástí marketingové koncepce je manažerská filozofie, která tvrdí, že všechny organizace, bez ohledu na druh podnikání, musí uspokojovat potřeby svých zákazníků. Podle marketingového konceptu musí organizace vytvořit, komunikovat a poskytovat hodnoty pro zákazníka na vybraných cílových trzích efektivněji než jeho konkurence aby dosáhla svých cílů a záměrů. Hodnota pro zákazníka je tedy rozdíl mezi výhodami, které spotřebitel vnímá při nákupu produktu, služby nebo nápadu a náklady, které musí vynaložit na pořízení těchto dávek. (Buchbinder, and Shanks, 2012, s. 97)

## 5.2 Marketingový mix 4P a 4C

Marketingový mix je řízení hodnot, které jsou nabízeny zákazníkům. Je nástrojem pro realizaci definované a správně formulované strategie a je vlastní podstatou marketingu. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 53) Marketingový mix zahrnuje taktická marketingová rozhodnutí, která se týkají produktu (**product**), jeho ceny (**price**), dostupnosti (**place**) a propagace (**promotion**) označované jako 4P. (Karlíček a kol., 2013, s. 152) Přístup k managementu marketingového mixu prochází v poslední době principiálními změnami. Struktura nového marketingového mixu, tak zvaného C – mixu, který se zrodil přímo z denní marketingové praxe a silící konkurence se skládá ze čtyř atributů, kterými jsou zákaznické hodnoty (**customer values**), komunikace (**communication**), způsob, vhodnost, přiměřenost předání (**convenience**) a náklady (**costs**). Novou součástí marketingového mixu tedy označujeme jako 4C. Svým způsobem je C – mix určitým cyklem, ve kterém se snažíme postupně maximalizovat jeho jednotlivé složky, abychom na konci vytvořili takovou celkovou hodnotu, za kterou je zákazník ochoten adekvátně zaplatit. Pro strategické řízení mixu ve zdravotnictví je důležité vnímat právě to, že pro pacienta není důležitá pouze kategorie customer values, tedy lékařský nebo ošetrovatelský výkon, ale svoji neméně důležitou hodnotu mají i kvalita, komunikace, způsob předání a hodnota nákladů. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 53 – 55) Pro řízení ZZ je vhodné oba přístupy 4P a 4C vzájemně propojit.

### 5.2.1 Product & Customer values

Nejdůležitějším prvkem marketingového mixu je produkt. Produkt je jakékoliv fyzické zboží, ale také služby, informace, myšlenky, zážitky a jejich nejrůznější kombinace, pokud mohou být předmětem směny. Kvalita produktu je klíčovou součástí hodnoty značky a předpokladem spokojenosti zákazníků. Kvalitě produktu je tedy nezbytné věnovat velkou pozornost. Zejména je nezbytné zcela opustit mylnou představu, že špatný produkt může nahradit skvělá reklama. V této souvislosti se uvádí, že 96 % nespokojených zákazníků si vůbec nestěžuje, pouze přestanou produkt kupovat. (Karlíček a kol., 2013, s. 154) Produkt ve zdravotnictví může mít několik podob, většinou převažuje produkt ve formě služby, jedná se nejčastěji o lékařský nebo ošetrovatelský výkon a je tedy nehmotné povahy, což z marketingového hlediska vykazuje specifické vlastnosti. Na zdravotnické služby aplikujeme specifika marketingu služeb. Čtyři základní vlastnosti služeb jsou nehmotnost, nedělitelnost, proměnlivost a pomíjivost. (Staňková, 2013, s. 94) Ve zdravotnických zařízeních jsou zákaznickými hodnotami dva hlavní procesy, lékařská a ošetrovatelská péče. Při strategickém řízení se většinou zákaznické hodnoty uplatňují jako klíčové prvky strategie a celý cyklus postupné tvorby hodnoty u nich začíná. Ve zdravotnictví a jeho marketingu to zatím neplatí a přednost intuitivně dostávají ostatní složky mixu – náklady, konvence a někdy komunikace. Důvodů je několik. Především ZZ nejsou řízena strategicky, ale nákladově. Lékařská a ošetrovatelská služba má velmi komplexní povahu a obecně tendenci ke kolísání kvality, protože nejde o výrobek. Pacient velmi často nemá schopnost posoudit kvalitu péče, a proto se orientuje na parametry konvence. Také systémy zdravotnictví jsou nastaveny na jiné parametry než na kvalitu, především na ekonomiku a dostupnost. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 57) Tento postoj se v posledních letech začíná pomalu měnit a základními pojmy, které se vztahují k vnímání produktu zdravotní služby jako hodnoty pro zákazníka, jsou pojmy kvalita zdravotní péče a spokojenost pacienta. (Staňková, 2013, s. 96)

### 5.2.2 Price & Costs

Obecná teorie ekonomie vidí výši ceny jako střet nabídky a poptávky. Vysoká cena snižuje poptávku, zvyšuje nabídku a naopak. V okamžiku rovnováhy, tedy v bodě, kdy kupující jsou ochotni za danou cenu nakoupit určité množství zboží, vzniká rovnovážná cena. V tomto bodě dochází k optimální alokaci zdrojů tam, kde vzniká jejich potřeba. Vychýlení rovnovážné ceny z daného bodu, tedy vznik ceny tržní, znamená posun nabídky nebo

poptávky, popřípadě obou křivek určitým směrem, mechanismus se dává do pohybu, na změnu reaguje jak poptávka, tak i nabídka. Tržní hospodářství je charakteristické směnou protihodnot, peníze jsou vyměňovány za zboží a služby. Pro uskutečnění směny jsou nutné peníze ve výši odpovídající nabídce a poptávce, směna je možná pouze do úrovně vlastnictví peněz. Tento princip, který je běžný a fungující ve všech ostatních trzích, není možno zcela aplikovat do oblasti poskytování lékařských a zdravotnických služeb. Je zřejmé, že v moderní vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, ani jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému. (Zlámal, 2006, s. 72) V oblasti zdravotnictví nejsou ceny výkonů stanoveny na základě fungování nabídky a poptávky. Rozeznáváme dva typy cen, a to ceny regulované a smluvní. Většina cen výkonů zdravotní péče patří do kategorie cen regulovaných. Tato regulace je výraz zdravotní politiky státu, který prostřednictvím zdravotních pojišťoven a stavovských komor určuje výše cen. Velká část cen je výsledkem již zmiňovaného dohodovacího řízení mezi zástupci poskytovatelů zdravotní péče (komorami) a zdravotními pojišťovnami, případně orgány státu. Veřejnost vnímá ve zdravotnictví nejčastěji dva druhy plateb. Prvním typem je tzv. nadstandard, který vychází ze zákona 48/1997 Sb., a upravuje nabídku služeb, kterou lze poskytnout více než jedním způsobem. V tomto případě hradí pojišťovna takový způsob poskytnutí zdravotních služeb, který splňuje podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů. Tato služba se nazývá základní varianta, druhý způsob je označován za ekonomicky náročnější variantu, tedy nadstandard a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, ale pacient si tuto službu hradí sám. Regulační poplatky byly v ČR zavedeny od 1. 1. 2008 a cílem tohoto opatření bylo především zamezit plýtvání při nadměrném čerpání zdravotnických služeb a užívání léků. Jednalo se o poplatek za návštěvu lékaře, za recept, využití lékařské pohotovosti a za poskytnutí lůžkové péče. (Staňková, 2013, s. 105) Poplatky se staly vděčným tématem všech politických diskuzí a předvolebních kampaní a od 1. 1. 2015 došlo k jejich zrušení. Zachován zůstal pouze regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

### 5.2.3 Promotion & Communication

Komunikace ve zdravotnictví má svá specifika. Ve zdravotnictví je často prezentován názor, že přes veškerý pokrok v elektrotechnice, zůstává osobní komunikace lékaře a zdravotnického personálu s pacientem (face to face), nejdůležitějším a nejúčinnějším komuni-

kačným prostředkem. (Foret, 2003, s. 11) V širším slova smyslu plní komunikace ve ZZ několik rolí, roli manažerskou, marketingovou, terapeutickou a etickou. Profesionálně vedená komunikace pomáhá ZZ vytvářet a pečovat o potřebnou důvěru, dobré jméno a image. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 65) V konkurenčním prostředí musí i zdravotnické zařízení nějakým způsobem komunikovat se svými klienty, pacienty a uživateli zdravotní péče. Problém komunikace ve zdravotnictví je často diskutován v souvislosti s etikou. Vzhledem k asymetrickým informacím, které jsou v této oblasti nastavené, se marketingová komunikace ZZ nikdy nebude řídit stejnými principy jako marketingová komunikace jiných odvětví. Zdravotníci budou mít vždy více informací než široká veřejnost, které ovšem z etických důvodů nesmí využít. Promotion ve zdravotnictví, stejně jako v ostatních oborech služeb může využívat všechny prvky marketingového komunikačního mixu, tedy reklamu, podporu prodeje, public relations a direct marketing. (Staňková, 2013, s. 116) Zdravotnické zařízení, o kterém pacienti nemají žádné informace, představuje velkou neznámou jak pro pacienty, tak i pro obchodní partnery, instituce i celou veřejnost. Pokud má pacient na výběr, dá přednost zařízení, jehož kvality jsou prověřeny, dobře ohodnoceny a které má ve společnosti již určité jméno. (Zlámal, 2006, s. 77)

#### 5.2.4 Place & Convenience

Dostupností se rozumí způsob, jakým se produkt dostává ke svým zákazníkům. V oblasti zdravotní péče se jedná především o dostupnost lékařské a zdravotní péče, její rozsah a kulturu. (Zlámal, 2006, s. 75) Jednoduchost, rychlost a pohodlí, s nimiž může zákazník produkt získat, jsou součástí celkové hodnoty, kterou firma zákazníkovi nabízí a označujeme je jako konvenience. Základní typy konvenience ve zdravotnických zařízeních jsou access convenience, time convenience, information convenience, stay a folow up convenience. Samotná dostupnost nebo přístupnost (access convenience) se dále dělí na dopravní, geografickou, bezbariérovou nebo orientační dostupnost, ale také určuje například kapacitu parkovacích míst, kapacitu sociálních zařízení nebo čekáren. Časová konvenience (time convenience) monitoruje čekací doby a objednávací systémy. Informační konvenience (information convenience) sleduje typy zákroků, logistiku pacienta a jeho práva, dosavadní výsledky neboli rating a on demand informační systém. Pobyťová konvenience zahrnuje monitoring všech základních potřeb pacienta od stravy po ubytovací služby, ale také uspokojování jeho sociálních a estetických potřeb. Následná konvenience (follow up) zpracovává informace, stížnosti, možnosti sponzoringu a věrnostní programy. Uvedené dělení do pěti základních typů konvenience zároveň ukazuje i možnosti ZZ, jak na parametrech své

konvenience zpracovat. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 61) Platí, že pokud není produkt pro cílovou skupinu dostatečně dostupný, může být veškeré další marketingové snažení zbytečné. (Karlíček a kol., 2013, s. 211) Dostupnost zdravotní péče je jedním ze základních ukazatelů v rámci mezinárodní komparace zdravotnických systémů, jak již bylo výše zmíněno.

## **5.3 Marketingová komunikace**

Marketingovou komunikací rozumíme řízené informování a přesvědčování cílových skupin, pomocí kterého naplňují firmy a další instituce své marketingové cíle. Stejně jako ostatní nástroje marketingového mixu musí i marketingová komunikace vycházet z celkové marketingové strategie. (Karlíček a kol., 2013, s. 190)

### **5.3.1 Formy komunikace**

Komunikace je přenos informací od odesílatele k příjemci a zpět. Je to prostředek, který může sloužit různě velké skupině lidí k dosažení společného cíle. Základní formy komunikace jsou komunikace verbální a neverbální. Verbální komunikace probíhá prostřednictvím slov, může mít formu ústní, písemnou nebo elektronickou. Neverbální komunikace označuje veškeré mimoverbální složky komunikace, využívá řeči těla, jde tedy o gesta, mimiku nebo polohu těla. (Gladkij, 2003, s. 196 - 197) Neverbální komunikace je mnohdy pro pacienty významnější než komunikace verbální. Jedná se především o případy, kdy se pacient neorientuje v lékařské terminologii nebo nerozumí odborné řeči zdravotníků. Pacient vnímá mimiku, gestikulaci, výraz tváře, vnímá tón řeči, skryté významy, pohledy nebo rozpoznává obavy. (Zlámal, 2006, s. 79) Dále je možné rozdělit komunikaci dle osobní účasti na osobní a neosobní. U osobní komunikace jde o verbální i neverbální komunikaci založenou na osobním kontaktu mezi osobami. Neosobní komunikace probíhá zejména prostřednictvím médií a jiných nástrojů marketingové komunikace. Dělení dle cílové skupiny je možné rozdělit na interní a externí komunikaci. Interní komunikace probíhá uvnitř nemocnice mezi jejími zaměstnanci nebo mezi zaměstnanci a managementem. Jde o prolínání personální práce, interního marketingu a manažerské komunikace. Externí komunikace je komunikace ZZ s okolím, tedy s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, pojišťovnami, institucemi a veřejností. (Staňková, 2013, s. 115)

### 5.3.2 Nástroje komunikace

Jak již bylo výše zmíněno, jedním z nejdůležitějších nástrojů komunikace přes veškerý rozvoj elektronických komunikačních prostředků zůstává **osobní rozhovor**. V situacích, kdy jemné nuance mohou hrát rozhodující roli, kdy se jedná o komplex problémů a jejich detailní analýzu nebo o přípravná, úvodní setkání je tento způsob komunikace nenahraditelný. Jde o velmi dynamickou formu umožňující sdělit věci s mimořádným osobním zaujetím a zároveň sledovat bezprostřední reakce, tedy také zpětnou vazbu partnerů. Pravděpodobně nejrozšířenější náhražkou osobního rozhovoru je telefonování, tedy **telefonický rozhovor**. Díky mobilním telefonům můžeme hovořit prakticky kdykoliv, odkudkoliv s kýmkoliv. Telefonování umožňuje především auditivní komunikaci, bez vizuálních a dalších vjemů, což je v některých situacích výhodné a v jiných naopak omezující. Dalším nástrojem komunikace je **dopis**. Jde o písemnou zprávu v podobě, v jaké ji odesílatel připravil. Dnes jde o finančně i časově náročnou formu komunikace. Dodává však adresátovi jedinečný pocit důležitosti. Novější podobou písemného sdělení jsou **telegraf, faksimile (fax), elektronická pošta (e-mail), krátké textové zprávy (SMS)**. V dnešní době jsou využívány především poslední dva zmíněné nástroje písemné komunikace, tedy SMS zprávy a e-mail. Vynikají především rychlostí a minimálními náklady. Zároveň jsou však méně osobní a více zprostředkované. Nevýhodou je také nejistota, zda adresát zprávu dostal, případně zda všechny znaky byly přeneseny, tak jak byly odeslány. Pokud jde o komunikaci ve skupině, nejrozšířenější jsou **schůze, zasedání, mítinky**. Jsou náročné především časově, protože vyžadují osobní účast zainteresovaných osob. Kolektivní účast může přinést nové podněty a nápady, jejich program však musí být předem dobře připraven, včetně písemných pokladů a stanovení časového harmonogramu. Novější podobou těchto skupinových nástrojů jsou **telekonference** či **videokonference**. Jde o skupinu účastníků z různých míst, která je ve stejném čase propojena telefonními linkami a jejich prostřednictvím vzájemně komunikuje. V současnosti se stále častěji hovoří o **multimediálních komunikacích**, které integrují psaný nebo čtený text s grafickými obrázky, animacemi, videozáznamy a zvukem do jednoho interaktivně propojeného celku. Za přínosy nových elektronických komunikačních médií lze považovat především zrychlení přenosu informací, jejich zpřesnění a konkretizace a dvousměrný, interaktivní způsob komunikace. (Foret, 2003, s. 11 - 13)

### 5.3.3 Cíle komunikace

Je vhodné dát komunikační cíle do souvislosti s celkovými strategickými záměry a marketingovými cíli. V obecné rovině se komunikační cíle mohou týkat změny povědomí nebo image v souvislosti s léčebným procesem nebo standardy ošetrovatelské péče, zvýšení motivace zaměstnanců, zlepšení vztahů, zlepšení informovanosti veřejnosti, představení nové metody léčby nebo zavedení nové služby. Správně stanovené cíle musí splňovat kritéria, které označujeme akronymem SMART. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 75) Tento akronym je zkratkou pěti anglických slov, která jsou nejčastěji překládána jako:

- S – specific – konkrétní
- M – measurable – měřitelné
- A – achievable – dosažitelné
- R – realistic - realistické
- T – time oriented – termínované

Základem je stanovit si takové cíle, aby byly konkrétní, aby bylo možné ověřit si, zda byly splněny, aby byly vhodné pro dané ZZ, měly by být splnitelné a časově ohraničené. Marketingové cíle lze dále rozpracovat. (Staňková, 2013, s. 143) Pro manažera je důležité ujasnit si, k jakému cíli informace požaduje a jaké mají být. To ho vede k rozhodnutí, odkud a jakým způsobem informace získá a jakým způsobem s nimi naloží. (Gladkij, 2003, s. 197)

## 5.4 Komunikace v kontextu zdravotní péče

Komunikace ve zdravotnictví je tak významným prvkem, že chyba v jeho provedení může zcela znehodnotit výborné výsledky lékařských zákroků, vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči a všechny ostatní procesy ve zdravotní péči. Pacienti velmi silně vnímají způsob, jak se s nimi jedná, jakým způsobem jsou informováni o možnostech léčby, o možných rizicích, jak jsou jim sdělovány jejich diagnózy nebo co znamenají různé hodnoty naměřených veličin. To se týká i celé rodiny, protože samotný způsob komunikace s nimi i jejich rodinnými příslušníky spoluvytváří image jak personálu, tak i celého zdravotnického zařízení. Bylo empiricky prokázáno, že spokojený pacient informuje o svém poznatku tři další osoby a nespokojený pacient sdělí své negativní hodnocení minimálně deseti lidem. (Zlámal, 2006, s. 78) Komunikaci v kontextu zdravotní péče musíme rozdělit do několika skupin,

protože se nejedná pouze o komunikaci s pacienty, ale i s ostatními lidmi, institucemi nebo dalšími zdravotníky. (Zlámal, 2006, s. 78)

#### **5.4.1 Komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty**

Patří mezi stěžejní prvky marketingového mixu, mezi základní způsoby jednání a chování zdravotnického personálu, které je třeba zdravotníkům působícím v bezprostředním vztahu k pacientům neustále připomínat a dbát na jejich celodenní aplikaci. Pacient má obavy o své zdraví, strach z nemoci, z lékařského nebo ošetrovatelského zákroku, často cítí stud, úzkost, nervozitu, napětí, bolest. To jsou specifické situace, ve kterých komunikace s pacientem probíhá. Verbální komunikace s pacientem má své teoretické základy ve strukturální analýze, která vychází z poznatku, že osobnost každého člověka se skládá ze tří složek. Jde o rodičovské já, dospělé já a dětské já. Všechny tyto složky osobnosti tvoří celek, nicméně v určitých momentech komunikace převažuje výrazně vždy jedna z nich. (Zlámal, 2006, s. 78 - 80) Haškovcová (2015, s. 89) uvádí, že vztah mezi lékařem a pacientem je výsledkem spletitého procesu, který se na dlouhou dobu ustálil na dominantním modelu paternalismu, který vyhovoval oběma stranám. Lékař měl zcela výjimečné postavení, byl nositelem vzdělanosti nejen odborné, ale i všeobecné. Byl si vědom své odpovědnosti a zcela samozřejmě se ujímal role otcovské, vůdcovské a dominantní a neočekával žádnou korekci svých rozhodnutí. Až v průběhu sedmdesátých let minulého století ve světě a nejméně o dvacet let později v ČR tento vztah lékař – pacient začíná přecházet od paternalismu k partnerství, což se projevuje i v dnešní komunikaci lékaře s pacientem. Vztah mezi lékařem a pacientem patří mezi základní vztahy ve zdravotnictví. Navazuje ho každý, kdo se stane pacientem, nebo žadatelem o zdravotní službu. Z výzkumů vyplývá, že nejčastějším nedostatkem v tomto vztahu je právě komunikace. Jak již bylo zmíněno, pacienti očekávají otevřený a rovnocenný dialog, dále očekávají pravdu, dostatečné množství informací, podávané srozumitelným jazykem, nejen o svém aktuálním stavu a jeho léčbě, ale také o zdravém životním stylu, prevenci, případně další konzultaci nebo o specializovaných pracovištích. Lékaři se často brání a odkazují na velký počet pacientů, tedy na nedostatek času, který mají stanovený na jednu návštěvu, což je většinou pět až deset minut. Lékař se ocitá v pasti. Způsob úhrad ho nutí do zjevného rozporu se zásadami správné komunikace, ale také lékařské etiky. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění nedostane lékař čas věnovaný pacientovi nad stanovenou míru proplacen. Edukační rozhovory jsou hrazeny pouze v případech zvlášť definovaných a specifikovaných zákonem. (Linhartová, 2007, s. 53)



#### 5.4.2 Komunikace zdravotnických pracovníků s managementem

Interní komunikace mezi managementem ZZ a jeho pracovníky tvoří součást marketingového chování všech členů organizace. K základním atributům marketingového přístupu patří způsoby a styl jednání, způsoby vzájemného dorozumívání, četnost a frekvence porad, způsoby hodnocení práce zdravotnického personálu, motivační systém a další aspekty vnitřní komunikace, vztahů a fungování organizace. Management by měl pravidelně informovat všechny zaměstnance o medicínských, ekonomických, rozvojových a dalších problémech, programech a úkolech. Vnitřní komunikace je důležitou složkou celého motivačního systému každého ZZ. Pro management představuje nezbytnou zpětnou vazbu, odezvu rozhodování a kontrolu. Pro zaměstnance představuje důležitý prvek zájmu a jejich práci ze strany managementu. (Zlámal, 2006, s. 85)

#### 5.4.3 Komunikace managementu s ostatními účastníky zdravotní péče

Zdravotnické zařízení musí adekvátním způsobem komunikovat se všemi ostatními účastníky zdravotní péče. K těm patří zejména další lékaři a zdravotníci, dodavatelé zdravotnického materiálu, techniky a léků, zdravotní pojišťovny, profesní organizace zdravotníků, orgány státní správy nebo ostatní zdravotnická zařízení. V této oblasti stejně jako ve všech oblastech zdravotnictví platí určité části různých etických kodexů, kterých je ve zdravotnictví více než v ostatních profesních sdruženích. Jde zejména o respektování vztahů, vzájemné slušné jednání, korektní jednání, respektování kompetencí. Způsoby komunikace se všemi účastníky zdravotní péče by měly být efektivní, účinné a časté. Veškeré činnosti musí směřovat k jedinému cíli, kterým je spokojený pacient. (Zlámal, 2006, s. 86)

#### 5.4.4 Komunikace s médii

Média mohou velmi rychle informovat širokou veřejnost, mají masový dopad a velkou účinnost. Proto jsou často využívána i v komunikaci mezi zdravotnickou veřejností nebo ve vztazích zdravotníků s pacienty. V případech nebezpečí jako jsou nejrůznější epidemie viróz, chřipek nebo jiných infekčních chorob jsou pacienti téměř denně informováni o výskytu, postupu, činnosti ZZ a opatřeních, která byla přijata. Výběr médií se řídí stejnými kritérii jako například v reklamě. Posuzuje se jejich dosah, účinnost, druh sdělení, charakter produktu, mediální zvyklosti cílových osob. Hlavní média pro komunikaci se ZZ můžeme rozdělit na tisková, elektronická, obrazová a tzv. nová média. Z jiného úhlu pohledu dělíme média na horká a chladná. Horká média rozhlas a televize, vyvolávají vášně, emo-

ce, vzrušení, reakce, dojmají a iritují. Mezi chladná média patří noviny, časopisy, letáky, zábavné a odborné publikace. Tato média na emoce působí omezeně, jsou uchovatelná, rytmus vnímání informací záleží na čtenáři, který si zároveň může vybírat, které články bude číst. (Zlámal, 2006, s. 86 - 88)

## 6 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část této práce je rozdělena do pěti kapitol. V první kapitole byly vytýčeny definice pojmu zdraví, byly rozděleny jeho determinanty a zdraví bylo popsáno jako významná společenská i individuální hodnota. Byly rozebrány a popsány pojmy veřejné zdraví a zdravotní gramotnost. Druhá kapitola popisuje systém zdravotní péče, zmiňuje se o zdravotní politice a rozděluje jednotlivé modely zdravotnických systémů. Součástí této kapitoly jsou také ukazatelé zdravotnických systémů, jako je stále více diskutovaná kvalita péče nebo její efektivnost. Je známou skutečností, že kvalitní lékařská péče, kterou pacienti ve zdravotnictví očekávají je nákladná a že tyto náklady v posledních desetiletích rostou obrovským tempem a se stále rychlejším rozvojem nových technologií a vědeckých objevů růst budou. Proto jsou v systému zdravotní péče nutné reformy, které by udržely finance ve zdravotnictví pod kontrolou a zároveň neomezovaly dostupnost, kvalitu nebo ekvitu zdravotní péče. Třetí kapitola teoretické části této práce je věnována soustavě zdravotnických zařízení a institucí. Popisuje ambulantní zdravotní péči, lůžkovou péči a zmiňuje i některá další zdravotnická zařízení. Krátce se věnuje právu ve zdravotnictví, včetně vybraných právních předpisů a odpovědnosti. Financování zdravotnických služeb je další částí této práce. Věnuje se zdravotním pojišťovnám a plátcům pojistného. Popisuje úhradové mechanismy v ČR, které jsou pro jednotlivé poskytovatele zdravotní péče odlišné. Krátce se také věnuje regulačnímu mechanismu, který se snaží udržet nekontrolovaný růst výdajů ve zdravotnictví. Poslední kapitola teoretické části této práce byla věnována marketingu ve zdravotnictví. Byla popsána a rozebrána definice marketingu a marketingový mix ve zdravotnictví. V závěru teoretické části je popsána marketingová komunikace, její nástroje a cíle a rozebrána komunikace v kontextu zdravotní péče, která má svá specifika a která je pro tuto práci klíčová, protože je na ní založen projekt Škola artrózy, který je součástí praktické části této práce.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 7 ARTRÓZA

Artróza nebo také osteoartróza je nezánettivé degenerativní kloubní onemocnění, charakterizované degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání. Jde o velmi časté onemocnění, které postihuje všechny etnické skupiny, ve všech částech světa a jehož incidence roste s věkem. (Dungl, 2014, s. 127) Artróza je nejčastějším kloubním onemocněním lidí ve středním a starším věku. Jde o onemocnění, které současná medicína nedokáže vyléčit a které má tendenci se postupně zhoršovat. Velmi často vede k pracovní neschopnosti a výjimkou není ani trvalá invalidita. (Gallo, 2007, s. 9) Artróza je nejčastější kloubní onemocnění, které postihuje všechny klouby, ale nejčastěji postihuje velké klouby dolních končetin a to především kyčelní a kolenní kloub. V současnosti se doporučuje používat termín osteoartróza,(OA), který lépe vystihuje rozsah postižení, kdy kromě degenerativních změn chrupavky dochází k postižení subchondrální kosti. (Dungl, 2014, s. 733) Odborně pak označujeme artrózu kyčelního kloubu jako osteoarthritis coxae a artrózu kolenního kloubu jako gonarthrosis. (Gallo, 2007, s. 13)

### 7.1 Dělení artrózy

Osteoartrózu rozdělujeme na primární a sekundární a dále dle RTG nálezů. Toto dělení je důležité pro stanovení dalšího postupu léčby.

**Osteoartróza primární (idiopatická)** je předčasné nebo nadměrné opotřebenění chrupavky, jejíž příčina není zcela objasněná. Jedná se o urychlení normálního procesu stárnutí chrupavky, při němž se uplatňují zejména genetické vlivy a často také nadměrné přetěžování kloubu. (Dungl, 2014, s. 844)

**Osteoartróza sekundární** se vyvíjí postupně, jako následek postižení kloubu patologickým procesem. Jde tedy o následky různých druhů poranění kloubu nebo jiné deformity a onemocnění, které mohou způsobit počáteční poškození chrupavky a následný rozvoj OA. Příčiny vzniku sekundární OA mohou být tedy vrozené vývojové vady, artritidy, aseptická nekróza, poúrazové stavy nebo extraartikulární osová deformity., ale velmi často také chronické přetěžování kloubu nebo nadváha. Sekundární OA je častější než primární a vzniká nezávisle na věku. (Dungl, 2014, s. 844)

### 7.1.1 Dělení artrózy dle RTG

Další způsob hodnocení artrózy se provádí dle RTG snímku, přičemž rozhodujícím kritériem je velikost kloubní štěrbiny. Podle toho se pak artróza rozděluje do 4. stupňů takto:

- **I. stupeň** – normální kloubní štěrbina, subchondrální skleróza, drobné okrajové osteofyty. Jde o normální nález.
- **II. stupeň** – malé zúžení kloubní štěrbiny, která je širší než 4 mm, subchondrální skleróza, okrajové osteofyty, oploštění femurálního kondylu.
- **III. stupeň** – jasné zúžení kloubní štěrbiny na 2 – 4 mm, výrazné osteofyty, tvorba pseudocyst, možné deformity. Jde o větší změny na kloubu.
- **IV. stupeň** – výrazné zúžení až vymizení kloubní štěrbiny, která je menší než 2 mm, hrubé osteofyty, kostní nekróza, deformity. Jde o velmi výrazné změny. (Dungl, 2014, s. 850)

## 7.2 Klinický obraz

Osteoartróza je degenerativní onemocnění a nemá celkové projevy. Příznaky jsou většinou omezeny na postižený kloub. První příznaky počínající OA jsou velmi nenápadné a ve většině případů se projevují postupně. Jejich obraz se liší podle lokalizace a často se střídají období klidová a období dekompenzace, tedy vzplanutí příznaků. (Hnízdil a kol. 2007, s. 14) Nejčastějším příznakem je bolest, která je nejdříve tupá, intermitentní, zhoršující se při zátěži kloubu a ustupující v klidu. Typické jsou tzv. startovací bolesti, tedy bolesti na začátku pohybu, které postupně odeznívají. Postupně se objevují i bolesti klidové, které jsou pravděpodobně důsledkem hyperémie a intraosální hypertenze v subchondrální kosti. Pacienti si často stěžují na zhoršení bolesti při změně počasí, při poklesu barometrického tlaku. Vnímání bolesti nemusí odpovídat stupni degenerativního postižení kloubu na RTG snímku. To je způsobeno rozdílným vnímáním prahu bolesti, rozdíly v pohyblivosti kloubu a míře zatěžování. (Dungl, 2014, s. 849) Dalším příznakem jsou drásoty v kloubu. Dále pacienti popisují určitou ztuhlost kloubu, hlavně ráno před rozhybáním. Postupně dochází k omezování pohyblivosti jak kloubu tak následně celkové pohyblivosti pacienta. Výjimkou není ani vznik osových deformit ve smyslu varozity nebo valgozity, v těžších případech různé stupně flexních kontraktur. V období dekompenzace vzniká otok a kloubní výpotek, který je při punkci čirý, nebo jantarově žlutý. Pohyb v kloubu je omezený, přede-

vším kvůli bolesti a svalovému spazmu. Základní laboratorní vyšetření je normální. (Dungl, 2014, s. 849)

### 7.3 Rizikové faktory

Rizikovými faktory vzniku artrózy jsou věk, pohlaví, genetická predispozice, poruchy biomechaniky, úraz, obezita, ale taky etnické a geografické vlivy. Onemocnění je neobvyklé u osob mladších 40 let, ale v pozdějším věku je to nejčastější chronické onemocnění. (Dungl, 2014, s. 129) I když se stále častěji o osteoartróze mluví jako o vážném onemocnění, je třeba si uvědomit, že jde o změny degenerativní, tedy zcela přirozený projev stárnutí a opotřebování kloubů. Artróza postihuje dvě velké, z hlediska pohybové aktivity, zcela protichůdné skupiny. První skupinu tvoří lidé se sedavým způsobem zaměstnání nebo sedavým životním stylem, absolutním nedostatkem vhodného pohybu, špatnou fyzickou kondicí a také nadváhou. Do druhé skupiny patří lidé, jejichž práce nebo životní styl je z hlediska zátěže pohybového aparátu jednostranná a nadměrná. (Hnízdil a kol., 2007, s. 9) Genetická predispozice může být tím, co rozhodne, zda u pacienta dojde k rozvoji OA. Stárnutí a OA spolu souvisejí, ale nemusí být nutně přímo úměrné. Změny spojené s věkem ovlivňují také mechanické faktory, jako jsou přetížení nebo nestabilita kloubu. (Dungl, 2014, s. 847)

### 7.4 Prevalence artrózy

Prevalence artrózy narůstá s věkem. Je nejčastějším onemocněním kloubů a postihuje asi 12% populace. Ve věku nad 50 let je artrózou respektive osteoartrózou postiženo 80 % obyvatelstva. Pacienti ve věkové kategorii kolem sedmdesáti let a starší trpí osteoartrózou ve více než 90 %. Sekundární osteoartrózou jsou častěji postiženy ženy, především ve věkové kategorii nad 45 let. První změny na struktuře chrupavky můžeme pozorovat zhruba kolem dvacátého roku života. Osteoartróza postihuje prakticky všechny klouby našeho těla, snižuje pohyblivost kloubů a může vést až k úplné invaliditě pacienta. Je nejčastější příčinou dlouhodobých pracovních neschopností a invalidních důchodů. S prodlužujícím se věkem populace přibývá nemocných artrózou. Osteoartróza není jen průvodním znakem stárnutí, ale postihuje stále častěji i mladé lidi, především sportovce, lidi těžce fyzicky pracující nebo lidi se sedavým zaměstnáním. První osteoartrótické změny lze však zjistit již kolem 20. roku věku. Artróza je jednou z nejčastějších příčin dlouhodobých pracovních neschopností a částečné i úplné invalidity. ( Artroza.com©2016)

## 7.5 Léčba artrózy

Léčba je zaměřena jednak na prevenci vzniku závažnějších strukturálních změn, omezování progresu již vzniklých změn a tlumení symptomů, zejména bolesti. V zásadě rozlišujeme léčbu konzervativní a operační. Konzervativní léčba probíhá v období od prvních příznaků onemocnění až do okamžiku operačního řešení. V začátcích léčby se jedná především o úpravu životosprávy, tělesné hmotnosti, zařazení fyzikální terapie, lázeňské rehabilitační léčby. (Sosna a kol. 2001, s. 92) Cílem současné léčby je snížit bolestivost postiženého kloubu, zvýšit jeho pohyblivost a stabilitu, redukovat fyzické omezení pacienta, zlepšit jeho kvalitu života a omezit progresi onemocnění kloubu. Dále přichází na řadu farmakologické řešení: paracetamol, perorální nesteroidní antirevmatika, preparáty s obsahem kapsaicinu a glukosaminu, chondroitinu a diacereinu. V pokročilejších fázích se intraartikulárně aplikují kortikosteroidy a preparáty s obsahem kyseliny hyaluronové. Při velkých kloubních bolestech jsou na místě slabé opiáty. (RONNIE.cz©) V posledních se stále častěji diskutuje léčebná metoda, která využívá vlastní krevní plasmu a krevní destičky k léčbě nejrůznějších problémů pohybového ústrojí, hlavně bolestí kloubů při artróze. Jde o metodu ACP - Autologní kondiciovaná plasma (Autologous Conditioned Plasma).

U chirurgické léčby se vždy jedná o invazivní zákrok, jehož cílem je zmírnit následky již vzniklých artrotických změn resistantních na běžná režimová opatření a konzervativní terapii. K nejčastějším ortopedickým operacím dnes patří aloplastika, tedy náhrada poškozeného kloubu implantátem tak zvanou endoprotézou. Pokud jde o náhradu celého kloubu, hovoříme o totální endoprotéze (TEP). Endoprotézy mohou být cementované nebo necementované, případně kombinované. (Sosna a kol. 2001, s. 102) Cílem každé léčby je především zmírnit bolest a zlepšit kvalitu života pacienta. 1. března 2015 byl zahájen provoz nového Národního registru kloubních náhrad (NRKN), do kterého má povinnost předávat údaje každý poskytovatel, který poskytl zdravotní služby pacientovi v souvislosti s implantací nebo reimplantací umělé kloubní náhrady (viz vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému). Nově se vedle náhrady kyčelního kloubu budou hlásit i náhrady kolenního, ramenního, loketního a hlezenního kloubu. (ÚZIS ČR ©2016, online).



## 8 PROSTŘEDÍ PRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCE

Marketingové prostředí je dáno vysokou proměnlivostí v čase a je velmi rizikové a překvapivé. (Zlámal, 2006, s. 51) To platí pro prostředí privátní ortopedické ambulance bez výhrad. Přesto, že většina pacientů přichází do ambulance po předchozím objednání na daný čas, každý den přichází do ambulance noví pacienti, ale také pacienti, bez předchozí domluvy, protože se podle něj, nebo jeho praktického lékaře jedná o akutní stav.

### 8.1 Vnitřní prostředí

Vnitřní prostředí musí být hodnoceno z hlediska slabých a silných stránek. Faktory určující vnitřní prostředí privátní ortopedické jsou organizace a řízení zdravotnické instituce, její vybavenost, finanční situace, konkurence vnitřní, technický rozvoj, lidské zdroje, umístění a image instituce. (Zlámal, 2006, s. 53) Privátní ortopedická ambulance je nestátní zdravotnické zařízení, které je registrováno jako fyzická osoba od 19. ledna 1993. Předmětem činnosti je specializovaná ambulantní zdravotní péče v oboru ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí. Od 1. 1. 2016 se rozšířil obor a forma poskytované péče o obor fyzioterapie. Od listopadu 2014 je privátní ortopedická ambulance umístěna v přízemních prostorech levého křídla nové multifunkční budovy, v klidné, okrajové části Kroměříže. Je součástí komplexu HARMONY Medical & Wellness. Medical má svůj samostatný vstup, a je dále propojen se zbytkem celého komplexu. Zdravotnické zařízení tvoří oddělené a samostatné pracoviště, které má k dispozici dvě vyšetřovny, jednu pracovnu sestry, jednu pracovnu lékaře, pracovnu fyzioterapeuta, tělocvičnu, místnost pro elektroléčbu, místnost pro aplikaci vysokofrekvenčního laseru, čekárnu, dvě toalety po pacienty, z nichž jedna je pro osoby se zdravotním postižením. Zázemí pro zaměstnance tvoří místnost pro stravování a odpočinek, šatna a toaleta se sprchovým koutem. Poslední dvě místnosti jsou technické. V jedné z nich je sklad pomůcek pro ortopedii a fyzioterapii a ve druhé místnosti, je umístěna výlevka a pomůcky pro úklid a desinfekci. Odbornost 606, tedy poskytování služeb v oboru ortopedie zajišťují 2 lékaři a 2 všeobecné sestry. Odbornost 902, tedy poskytování služeb v oboru fyzioterapie zajišťují 2 fyzioterapeuti. Další součástí komplexu HARMONY Medical & Wellness jako je bazén, sauna, kryoterapie, ubytování a další služby nejsou součástí nabídky zdravotnického zařízení, ale jsou provozovány ve stejné budově. Zaměstnanci mají možnosti těchto služeb využívat za výhodné ceny. Celý komplex HARMONY Medical & Wellness je založen na kvalitních službách a komorní až rodinné atmosféře.

### 8.1.1 Lékař jako fyzická osoba

Lékař je chápán jako fyzická osoba v těchto případech:

- fyzické osoby, nezapsané v obchodním ani živnostenském rejstříku, podnikající na základě zvláštních předpisů (živnostenský zákon č. 455/1991 Sb.) a zaměstnávající v rámci svého podnikání jiné osoby
- fyzické osoby, nezapsané v obchodním ani živnostenském rejstříku, podnikající na základě zvláštních předpisů (živnostenský zákon č. 455/1991 Sb.), které nezaměstnávají v rámci svého podnikání jiné osoby a pracují na vlastní účet. Nepatří sem podnikatelé, kteří pouze vlastní zdravotnické zařízení, ale nepracují v něm.
- **Daňová evidence lékařů jako fyzické osoby:** Fyzická osoba vede zpravidla daňovou evidenci dle § 7b zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů ve znění pozdějších předpisů. Tato daňová evidence, jejíž forma není závazně stanovena, zajišťuje zjištění základu daně z příjmů a obsahuje údaje o příjmech a výdajích, v členění potřebném pro zjištění základu daně, majetku a závazcích. Zdanitelný příjem v daňové evidenci vzniká okamžikem připsání finanční částky na účet poplatníka nebo jejím přijetím do pokladny a daňový výdaj v okamžiku uhrazení faktury, nikoliv v okamžiku vlastní spotřeby. Tato skutečnost dává prostor pro různé daňové optimalizace, které jsou v praxích privátních lékařů realizovány především předzásobením spotřebním a zdravotním materiálem před koncem zdaňovacího období, kdy vlastní spotřeba tohoto materiálu se odehraje až ve zdaňovacím období následujícím. Nesleduje se časová souvislost. Například nájem zaplacený v roce 2015 na rok 2016 je daňovým výdajem roku 2015. Nevylučuje se však možnost, aby fyzická osoba na základě vlastního uvážení vedla účetnictví (účtovala podvojnými zápisy) pokud se to pro ni jeví z jakéhokoliv důvodu jako výhodnější.
- **Zdanění:** Počínaje zdaňovacím obdobím kalendářního roku 2008 platí pro fyzické osoby jednotná sazba daně ve výši 15% z daňového základu, který lze zjednodušeně charakterizovat jako částku o kterou zdanitelné příjmy ve zdaňovacím období (kalendářním roce) převyšují výdaje prokazatelně vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení. Tento zdaňovací základ se dále snižuje o nezdanitelnou část základu daně a o odčitatelné položky od základu daně. Obě tyto kategorie vymezuje zákon o daních z příjmů. Fyzická osoba má možnost neuplatnit výdaje v prokázané

výši ale procentem z dosažených příjmů. U provozovatelů lékařských praxí je to 40% z dosažených zdanitelných příjmů.

- **Ručení:** Fyzická osoba ručí veškerým svým majetkem, tedy i osobním majetkem, který není zařazen do obchodního majetku provozovatele praxe. V případě neúspěchu v podnikání hrozí i možnost ztráty osobního majetku. Tato skutečnost se v poslední době stává hlavním argumentem při rozhodování provozovatelů privátních lékařských praxí – fyzických osob k přeměně podnikatelského subjektu na právnickou osobu, to je na obchodní korporaci, v naprosté většině případů na společnost s ručením omezeným (s. r. o.).
- **Dědění:** Lékařská praxe vedená fyzickou osobou není předmětem dědického řízení. Úmrtím provozovatele praxe zaniká registrace NZZ a předmětem dědického řízení se stává pouze hmotný majetek, nacházející se v ordinaci. Z toho vyplývá, že např. lékařská praxe, jejíž tržní hodnota stanovená znaleckým posudkem je milion korun, se úmrtím provozovatele praxe znehodnotí na zlomek z této částky. Hmotné vybavení ordinace není zdaleka to rozhodující, proč se lékařské praxe prodávají. Samostatný prodej tohoto vybavení je většinou prakticky nemožný a proto nejsou výjimečné případy, kdy dědicové za likvidaci takto zděděného majetku musí zaplatit místo toho, aby inkasovali. Tato skutečnost se rovněž významně podílí na úvahách provozovatelů praxí o tom, zda by nabylo lepší podnikat jako osoby právnické. Tedy zpravidla transformací na s.r.o.
- **Prodej:** Lékařskou praxi lze prodat. Prodeje se nejčastěji realizují jako prodej podniku. Získaný příjem podléhá dani z příjmů dle běžných pravidel pro zdaňování příjmů fyzických osob. Pro rok 2016 je tato sazba daně 15%. Tento příjem z prodeje podléhá platbám sociálního a zdravotního pojištění. Výdaj realizovaný u kupujícího na nákup ordinace (koupě podniku) je při dodržení podmínek stanovených zákonem o dani z příjmů daňově uznatelným výdajem kupujícího.
- **Vyřazení majetku:** Fyzická osoba může na základě svého uvážení vyřadit z obchodního majetku majetek do osobního užívání (např. osobní automobil, který bude nadále používat již jen pro soukromé účely). Takto vyřazený majetek může po čase např. darovat nebo prodat. Pokud se darování uskuteční mezi osobami zařazenými pro účely daně z příjmu z fyzických osob do I. nebo II. skupiny, je darování tohoto majetku osvobozeno od daně z příjmu fyzických osob. Do I. skupiny patří příbuzní v řadě přímé a manželé. Do II. skupiny patří příbuzní v řadě pobočné, a to souro-

zenci, synovci, neteře, strýcové a tety, manželé dětí (zeťové a snachy), děti manžela, rodiče manžela, manželé rodičů a osoby, které s dárce žily nejméně po dobu jednoho roku před převodem ve společné domácnosti a které z tohoto důvodu pečovaly o společnou domácnost nebo byly odkázány výživou na dárce. V případě prodeje v době kratší než 5 let od vyřazení majetku z obchodního majetku poplatníka je příjem získaný prodejem z tohoto majetku zdanitelným příjmem, pokud mezi vyřazením a prodejem uplyne doba delší než 5 let, je příjem z prodeje od daně z příjmů fyzických osob osvobozen.

- **Smlouvy se zdravotními pojišťovnami:** Provozovatel lékařské praxe - fyzická osoba nemůže dle stávající legislativy, při případném prodeji praxe, převést na kupujícího registraci NZZ a smlouvy se zdravotními pojišťovnami. I tyto dvě skutečnosti mají významnou váhu pro rozhodování jednotlivých provozovatelů, zda nadále podnikat jako fyzická osoba nebo se transformovat na osobu právnickou. (MEDICAL TRIBUNE ©2000 - 2016. online) Od 1. 1. 2014 byla daň darovací zrušena a převody majetku (dary) podléhají dani z příjmů.

## 8.2 Vnější marketingové prostředí - mikroprostředí

Vnější marketingové prostředí je analyzováno pomocí pojmů hrozby a příležitosti. Zdravotnický manažer musí hrozby i příležitosti analyzovat podrobněji a musí určit možnou reakci v případě jejich výskytu. Podrobněji rozdělujeme vnější prostředí na mikroprostředí a makroprostředí. (Zlámal, 2006, s. 53) Do analýzy mikroprostředí můžeme zařadit obchodní partnery, pacienty, konkurenci a veřejnost.

### 8.2.1 Obchodní partneři

Obchodními partnery ambulance jsou dodavatelé materiálů, zdravotnické techniky nebo zdravotnických pomůcek, ale také všechny zdravotní pojišťovny, se kterými má ambulance uzavřeny smlouvy o úhradě zdravotní péče. Jedná se o všechny existující pojišťovny s výjimkou Zaměstnanecké pojišťovny Škoda, která má v kroměřížském regionu v současnosti minimální zastoupení. Důležité pro privátní ambulanci bylo uzavření smluv o poskytování a úhradě hrazených služeb pro odbornost 902, které ambulance získala od 1. 1. 2016 a může tak svým klientům nabídnout fyzioterapii převážně hrazenou zdravotními pojišťovnami. Ortopedická ambulance se snaží získat ještě některé kódy, které zatím nemá smluvně stanovené.

### 8.2.2 Klienti

Klienty ortopedické ambulance jsou převážně pacienti s onemocněním pohybového aparátu, nejčastěji s degenerativním postižením velkých nosných kloubů. Další velkou část pacientů tvoří pacienti po úrazech nebo pacienti trpící přetížením některé části pohybového systému. Od ledna 1993 do dubna 2016 prošlo ortopedickou ambulancí téměř 12000 pacientů. Převážnou většinu pacientů tvoří dospělá populace, ale v registru pacientů máme i dětské pacienty, především s problémy se špatným držením těla, vrozenými nebo získanými vadami pohybového aparátu a po úrazech. Díky současnému demografickému vývoji se i skladba pacientů mění. Zatímco v minulých letech byli pacienti s artrózou, kterým bylo méně než padesát let spíše výjimkou, dnes se díky soustavnému přetížení pohybového aparátu například při sportu nebo v zaměstnání běžně setkáváme s pacienty, kterým byla diagnostikována artróza kolem 35 let a stále častěji jsou diagnostikováni i pacienti mladší než 35 let. Se stále se zvyšujícím věkem přibývá i pacientů ve věku nad osmdesát let, kteří podstupují TEP kloubu. Ještě nedávno se pacientům této věkové kategorie tak náročné zákroky nedoporučovaly.

### 8.2.3 Konkurence

V Kroměříži jsou tři privátní ortopedické ambulance a jedna ortopedická ambulance je součástí Kroměřížské nemocnice a.s. Další ortopedické ambulance jsou v blízkém okolí Kroměříže v nedalekém Holešově, Bystřici pod Hostýnem, Kojetíně a samozřejmě ve Zlíně. I přes zdánlivě dostatečný počet ambulancí jsou objednací doby poměrně dlouhé, zhruba šest až osm týdnů někdy dokonce i více. V současné době pojišťovny neuzavírají s novými subjekty smlouvy na poskytování speciální ambulatní péče v oboru ortopedie z důvodu dostatečného pokrytí regionu.

### 8.2.4 Veřejnost

Jandourek (2001, s. 271) definuje veřejnost jako oblast života, která je odlišná jak od soukromé, tak od státní sféry. Dále uvádí, že veřejnost umožňuje vytvářet veřejné mínění, které plní určité funkce vůči státu. Z tohoto pohledu můžeme konstatovat, že veřejnost vnímá privátní ambulanci kladně, tak jako i většinu ostatních ZZ, pokud tato zařízení pracují v souladu s platnou legislativou. Privátní ambulance poskytuje poměrně žádanou službu, nenarušuje život nebo samotné životní prostředí ve svém okolí, naopak samotný život svými službami obohacuje.

### 8.3 Vnější marketingové prostředí - makroprostředí

Makroprostředí je dáno vnějšími okolnostmi, které ovlivňují mikroprostředí, jde o faktory demografické, ekonomické, přírodní, technologické, politické a kulturní. (Kotler a Armstrong, 2004, s. 175)

#### 8.3.1 Demografické prostředí

Demografické prostředí ambulance tvoří především pacienti ve věkové skupině nad 50 let. Jak již bylo výše popsáno, převážná část pacientů přichází do ambulance s degenerativním onemocněním kloubů, které je závislé na věku, tedy jeho výskyt je častější s přibývajícím věkem. S přibývajícím věkem narůstá incidence artrózy a také projevy nemoci se stupňují. Starší pacienti přicházejí do ambulance častěji, kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. Menší část pacientů jsou lidé v produktivním věku, většinou po úrazech nebo přetížení některé části pohybového aparátu. Další skupinu tvoří mladí sportovci, děti a mladiství se špatným držetím těla nebo různými vývojovými vadami. A poslední skupinu tvoří novorozenci a kojenci většinou do 6 měsíců až jednoho roku, u kterých je prováděno screeningové vyšetření kyčlí. Zaměstnanci ambulance jsou ve věku od 29 do 59 let.

#### 8.3.2 Ekonomické prostředí

Privátní ortopedická ambulance patří do skupiny ambulantních specialistů. Základní ekonomická pravidla stanovuje Vyhláška 273/2015 Sb., příloha č. 3 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (pro rok 2016) Hodnota bodu pro odbornost 606 je pro rok 2016 stanovena ve výši 1,03 Kč za bod a pro odbornost 902 je hodnota bodu ve výši 0,80 Kč za bod. Způsob výpočtu maximální úhrady za výkony je jiný, než byl v roce 2015. Maximální úhrada je dána součinem počtu v roce 2016 ošetřených pojištěnců (mimo ty, jimž bude vykázán jen výkon 09513), průměrné úhrady za výkony, ZÚM a ZÚLP v roce 2014 a koeficientu 1,03, přičemž mimořádně nákladní pacienti (5x dražší ve výkonech, ZÚM a ZÚLP) mají režim úhrad volnější. Jakákoli práce nad limit bude provedena zadarmo. (MZČR © 2016, online) Sdružení ambulantních specialistů ČR (SAS) na sjezdu dne 6. 11. 2015 přijalo stanovisko, ve kterém chce ústavní stížností dosáhnout změny úhradové vyhlášky na rok 2016. Jde konkrétně o úhradový vzorec, podle něhož počítají zdravotní pojišťovny, kolik dané ambulanci zaplatí. Sjezd Sdružení ambulantních specialistů uložil Radě SAS, aby zahájila jednání s poslanci a senátory k podání této stížnosti. V celkových číslech MZ ČR sice počítá s tím, že do ambulantní péče půjde o

1,4 miliardy Kč více než v roce 2015. Neznamená to však, že by si jednotliví lékaři polepšili a dostali zapláceno lépe. MZ ČR v důvodové zprávě uvádí, že nárůst nákladů je způsobený převážně přirozeným růstem segmentu a nárůstem objemu péče, který je ovlivněn zrušením regulačních poplatků za klinické vyšetření. (HASIM© 2016, online)

Každý rok se dochází k mírnému navýšení jak počtu ošetřených pacientů, tak počtu provedených výkonů. Zatímco v roce 2014 bylo v privátní ambulanci ošetřeno 2555 pacientů, u kterých bylo vykázáno 14219 výkonů, v roce 2015 bylo ošetřeno 2571 pacientů a vykázáno 14 580 výkonů. V prvním čtvrtletí roku 2016 bylo ošetřeno 968 pacientů a vykázáno 6157 výkonů. Také průměrná bodová hodnota na jednoho pacienta má vzrůstající tendenci. Zatímco v roce 2014 bylo vykázáno 599 bodů na jednoho pacienta, v roce 2015 to bylo 618 a v prvním čtvrtletí 2016 je to dokonce 877 bodů na jednoho pacienta.

### 8.3.3 Přírodní prostředí

Přírodní prostředí zahrnuje především surovinové zdroje. (Kotler a Armstrong, 2004, s. 195) V prostředí privátní ambulance se jedná především o odpad. Odpad ze zdravotnictví je odpad z nemocnic a z ostatních zdravotnických zařízení nebo jim podobných zařízení zahrnující komponenty různého fyzikálního, chemického a biologického materiálu, který vyžaduje zvláštní nakládání a odstranění vzhledem ke specifickému zdravotnímu riziku. Zahrnuje pevný nebo kapalný odpad, který vzniká při léčebné péči nebo při obdobných činnostech. Nakládání s nebezpečnými odpady ze zdravotnictví může být příčinou vzniku poranění nebo onemocnění. Zdravotnické odpady mohou obsahovat infekční agens, genotoxické látky, toxické chemické látky, nepoužitelná léčiva, radioaktivní látky nebo ostré předměty. Odpad představuje riziko pro pacienty, zdravotnický personál, pomocný personál, může ohrozit veřejné zdraví i životní prostředí. V České republice není po stránce legislativní dostatečně vytvořen regulovaný systém pro nakládání s odpady ze zdravotnických zařízení, nakládání se řídí obecnými právními předpisy pro odpadové hospodářství. Ortopedická ambulance se řídí Nařízením vlády ČR č. 197/2003 Sb. o plánu odpadového hospodářství ČR a Vyhláškou č. 92/ 2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. (SZÚ ČR ©2015). Ambulance má smlouvu s firmou BIOPAS spol. s r. o, na odvoz a zpracování odpadu, včetně odpadu biologického a nebezpečného.

### 8.3.4 Technologické prostředí

Ortopedická ambulance pracuje s mnoha přístroji. Základem je několik PC včetně dvou notebooků pro zaměstnance ambulance a pro pacienty je v čekárně umístěna TV. Dále je ordinace vybavena sonografem, kterým je prováděna sonografie, echografie, neboli ultrazvuk, což je bezbolestná, neinvazivní zobrazovací metoda. K další léčebné metodě ozónové terapie je využíván přístroj Humodent od společnosti HUMARES®. Fyzioterapeuti používají pro fyzikální terapii multifunkční přístroj, který umožňuje aplikaci DD proudů, iontoforézu, myostimulaci a TENS. Jde o oblíbenou terapii využívající různé druhy elektrických proudů, které zlepšují prokrvení tkání, uvolňují napětí svalů nebo je naopak posilují. Působí proti bolesti a zánětu. Novinka v léčbě artrózy je léčba onemocnění pohybového aparátu s využitím vlastní krve metodou ACP pomocí injekční aplikace krevními destičkami autologní (tělu vlastní) krevní plazmy obohacené aktivovanými krevními destičkami. Ve ZZ je využívána metoda a přístroj firmy Arthrex se systémem dvojité stříkačky (Arthrex ACP Double Syringe System) a centrifuga BOTOFIX. Nejdražším přístrojem v prostředí ambulance je přístroj HIRO 3.0, kterým je prováděna **Hilterapia®**. Jde o laserový systém pracující s patentovým HILT pulsem, který představuje novou léčebně-terapeutickou metodu pro hluboko uložené záněty. Tuto metodu začala privátní ambulance aplikovat před třemi lety jako první v ČR, dnes ji používá dalších deset pracovišť.

### 8.3.5 Politické prostředí

Vývoj politického prostředí výrazně ovlivňuje marketingová rozhodnutí. Politickým prostředím rozumíme legislativu, orgány státní správy a nátlakové skupiny, které ovlivňují nebo omezují podnikatelské a soukromé aktivity ve společnosti. (Kotler a Armstrong, 2004, s. 198) Nestátní zdravotnické zařízení se řídí platnou legislativou, kterou musí každé ZZ dodržovat. Základními právními předpisy, kterými se ZZ řídí, jsou:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta



- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 280/1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Vyhláška 92/2011 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

### 8.3.6 Kulturní prostředí

Kulturní prostředí se skládá z faktorů, které ovlivňují základní společenské hodnoty, jejich vnímání, preference a chování společnosti. Každý člověk vyrůstá v určité společnosti, jež utváří jeho základní postoje a hodnoty, a přijímá určitý světový názor, který pak určuje jeho vztahy k okolí. (Kotler a Armstrong, 2004, s. 204) Ortopedická ambulance je umístěna v budově HARMONY Medical & Wellness, což je nový, moderní, multifunkční areál, jehož cílem je komplexní péče o zdraví. Areál je velmi vzdušný, čistý, prostorný. Jeho vybavení je nadstandardní, o čemž svědčí i Čestné uznání v kategorii Stavby občanské vybavenosti v soutěži Stavba roku zlínského kraje 2014. Pacienti nemusí na ošetření čekat pouze v čekárně, mohou využít recepci centra, kde si mohou koupit kávu, čaj, slazené i neslazené nápoje i další drobné občerstvení. V létě pacienti mohou místo čekárny využít zahrádku bungalovu nebo přístřešek u recepce. Celkové prostředí HARMONY Medical & Wellness je velmi příjemné s klidnou atmosférou daleko od nemocničního shonu.

## 9 SWOT ANALÝZA

SWOT analýza představuje celkové shrnutí jednotlivých dílčích analýz vztahujícím se k vnitřnímu a vnějšímu prostředí ZZ. Vychází z předpokladu, že získané informace z provedených analýz je třeba vhodně interpretovat a sumarizovat, k čemuž SWOT analýza slouží. SWOT analýza pomáhá posoudit současné postavení organizace a identifikovat silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby ZZ. (Staňková, 2013, s. 159) Ve fázi deskripce mikroprostředí, což znamená analýzu klientů, pacientů, konkurence nebo obchodních partnerů, se stejně jako při analýze vlastní instituce nejčastěji využívá SWOT analýza. Ta je založena na čtyřech základních faktorech ovlivňující analyzovaný jev.

- Strengths – silné stránky odpovídají na otázky, v čem jsou naše konkurenční výhody, které naše služby jsou lepší než konkurence, které z nástrojů marketingu využíváme lépe než konkurence, jaká je úroveň našich zaměstnanců, jaké výhodné podmínky jim nabízíme?
- Weaknesses – slabé stránky odpovídají na otázky, kde máme nedostatky, které naše služby mají horší úroveň, proč nám odcházejí zaměstnanci, jaké jsou důvody jejich nespokojenosti, jaké máme mezery a co bychom měli zlepšit?
- Opportunities – příležitosti odpovídají na otázky, které sociální trendy a změny v chování lidí bychom mohli využít, jaké jsou nové trendy na trhu, které bychom mohli chápat jako příležitost
- Threats – hrozby nebo rizika dávají odpovědi na otázky, zda je pravděpodobné, že na trh vstoupí nový konkurenční subjekt, nebo dojde ke změně legislativy, která by mohla naše ZZ ohrozit, zda nevzroste cena nakupovaných zdravotnických materiálů, které demografické faktory mohou ZZ negativně ovlivnit, nebo jaké hrozby vyplývají z politiky zdravotních pojišťoven. (Staňková, 2013, s. 159)

SW – silné a slabé stránky vyjadřují vnitřní faktory zkoumaného jevu.

OT – příležitosti a hrozby představují vnější faktory zkoumaného jevu. (Zlámal, 2006, s. 54)

Na následujícím obrázku je sestavena SWOT analýza soukromé ortopedické ambulance HARMONY Medical.

| <b>SWOT ANALÝZA</b>  |   |
|--|---|
| <b>Silné stránky</b>   | <b>Slabé stránky</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ dobrá pověst personálu</li> <li>■ klasická nabídka výkonů hrazených pojišťovnou</li> <li>■ velká nabídka nadstandardních výkonů</li> <li>■ nabídka nových terapeutických metod v ortopedii</li> <li>■ mezioborová spolupráce</li> <li>■ příjemné prostředí</li> <li>■ nabídka komplexní terapie na jednom pracovišti</li> <li>■ návaznost terapie</li> <li>■ dobrá odborná způsobilost personálu</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ chybějící RTG na pracovišti</li> <li>■ dlouhá čekací doba na objednání i na ošetření</li> <li>■ práce v odpoledních a večerních hodinách</li> </ul>  |
| <b>Příležitosti</b>  | <b>Hrozby</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ zavádění nových metod a postupů</li> <li>■ možnosti mezioborové konzultace</li> <li>■ zvyšující se zájem o fyzioterapii</li> <li>■ zefektivnění léčby</li> <li>■ intenzivní rehabilitace u vybraných diagnóz</li> <li>■ získání nových zkušeností</li> <li>■ osvojení si nových postupů</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ možnost vzniku dalšího ZZ v oboru</li> <li>■ omezení plateb od pojišťoven</li> <li>■ prodleva v platbách pojišťoven</li> <li>■ růst cen energií</li> <li>■ růst cen zdravotnického materiálu</li> <li>■ špatná dostupnost MHD</li> </ul> |

*Obrázek 1 - SWOT analýza (vlastní zpracování)*

## 10 MARKETINGOVÝ VÝZKUM

Marketingový výzkum je možné definovat jako systematický sběr dat, analýzu a interpretaci informací, které jsou východiskem pro marketingové rozhodování. Jedná se tedy o proces, jehož cílem je získání určitých informací o marketingovém prostředí. Projekt marketingového výzkumu se skládá ze stanovení cílů výzkumu, určení zdrojů informací, stanovení výzkumných metod, sběru dat a interpretaci dat a návrhu doporučení. (Karlíček, 2013, s. 80) Metody marketingového výzkumu rozdělujeme na primární a sekundární. Primárními metodami jsou pozorování, dotazování a experimentování. Sekundární metody dělíme na interní a externí. (Zlámal, 2006, s. 131)

### 10.1 Stanovení cílů výzkumu

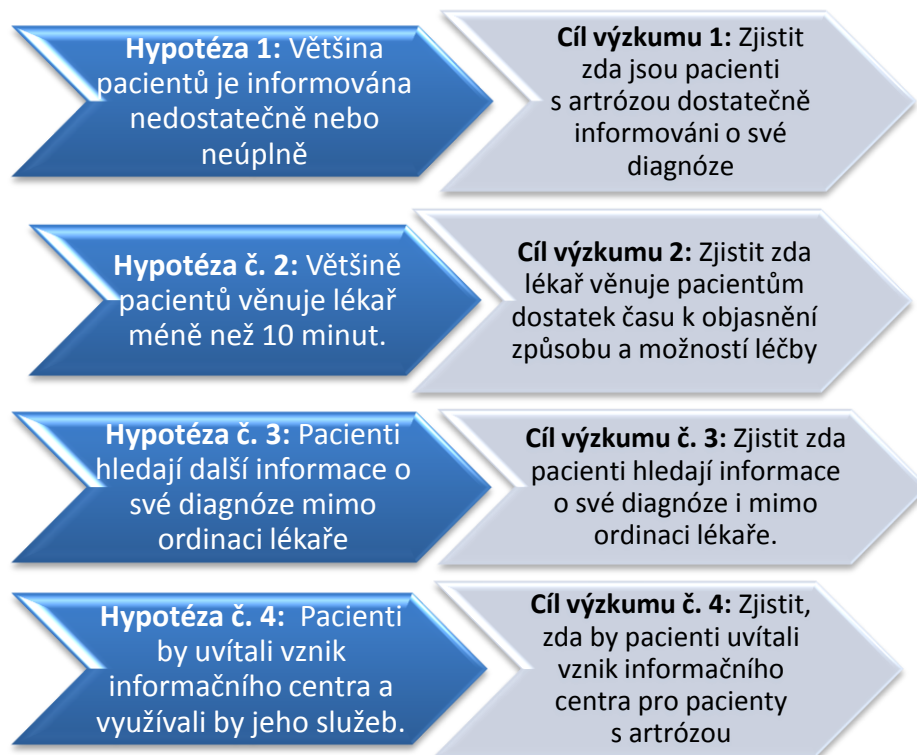
Cílem marketingového výzkumu je podle Kotlera a Armstronga (2004, s. 227) systematické plánování, shromažďování, analýza a vyhodnocování informací, které jsou potřebné pro účinné řešení konkrétních marketingových problémů. Marketingová analýza může pomoci stanovit tržní potenciál, porozumět potřebám klientů a tržnímu chování a měřit efektivnost a propagační aktivity.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou pacienti s artrózou dostatečně informováni o své diagnóze. Dílčími cíli bylo zjistit, zda lékař pacientům věnuje dostatek času k objasnění způsobu a možností léčby, zda pacienti hledají informace o svém onemocnění i mimo ordinaci a zda by případně uvítali vznik informačního centra, který by nabízel odpovědi na jejich otázky. Ke každému cíli byla stanovena také pracovní hypotéza.

- **Cíl výzkumu 1:** Zjistit zda jsou pacienti s artrózou dostatečně informováni o své diagnóze  
**Hypotéza 1:** Většina pacientů je informována nedostatečně nebo neúplně
- **Cíl výzkumu 2:** Zjistit zda lékař věnuje pacientům dostatek času k objasnění způsobu a možností léčby  
**Hypotéza č. 2:** Většině pacientů věnuje lékař méně než 10 minut.
- **Cíl výzkumu č. 3:** Zjistit zda pacienti hledají informace o své diagnóze i mimo ordinaci lékaře.
- **Hypotéza č. 3:** Pacienti hledají další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře.

- **Cíl výzkumu č. 4:** Zjistit, zda by pacienti uvítali vznik informačního centra pro pacienty s artrózou

**Hypotéza č. 4:** Pacienti by uvítali vznik informačního centra a využívali by jeho služeb.



*Obrázek 2 - Cíle a hypotézy výzkumu (vlastní zpracování)*

## 10.2 Charakteristika dotazníků

V této diplomové práci byla zvolena jedna z primárních metod zjišťování dat a to metoda nepřímého dotazování, tedy dotazník. Dotazník představuje formu menšího vpádu do soukromí tázaného, ale někteří lidé vnímají tuto formu komunikace celkem pozitivně, jako možnost vyjádřit se k určitým věcem a prezentovat své názory. Sestavení dotazníku má své zásady. Především nesmí tázaného příliš zatěžovat, má být krátký, jeho vyplnění nemá trvat více než několik minut, nemá se dotýkat soukromí tázaného a měl by být přehledný. Dobré výsledky jsou závislé na výběru, počtu, sledu a kvalitě otázek. (Zlámal, 2006, s. 132) Pro účely výzkumu této diplomové práce byl sestaven dotazník s patnácti otázkami, z nichž třináct bylo uzavřených, s výběrem z několika variant odpovědí, a dvě otázky byly

polouzavřené. První dvě otázky dotazníku jsou filtrační, rozdělují dotazované na jednotlivé skupiny.

### **10.3 Charakteristika respondentů**

Hlavním problémem kvantitativních studií je správný výběr respondentů. Technika výběru respondentů musí být zvolena správně, jinak hrozí, že odpovědi respondentů nebudou reprezentativní a tedy ani vhodné pro zobecnění. Reprezentativnost je možné zajistit náhodným výběrem, kvótním výběrem nebo anketou. (Karlíček, 2013, s. 87) V tomto výzkumu byl použit kvótní výběr. Byl sestaven dotazník pro dvě skupiny respondentů. Jednu skupinu tvořili čekatelé na TEP kloubu a druhou skupinu pacienti, kterým byla nově diagnostikována artróza. Věkově byla skupina respondentů ohraničena pouze hranicí osmnácti let, protože u dětí a mladistvých je toto onemocnění velmi vzácné a průběh onemocnění, postup a způsob léčby jsou zcela odlišné.

### **10.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření**

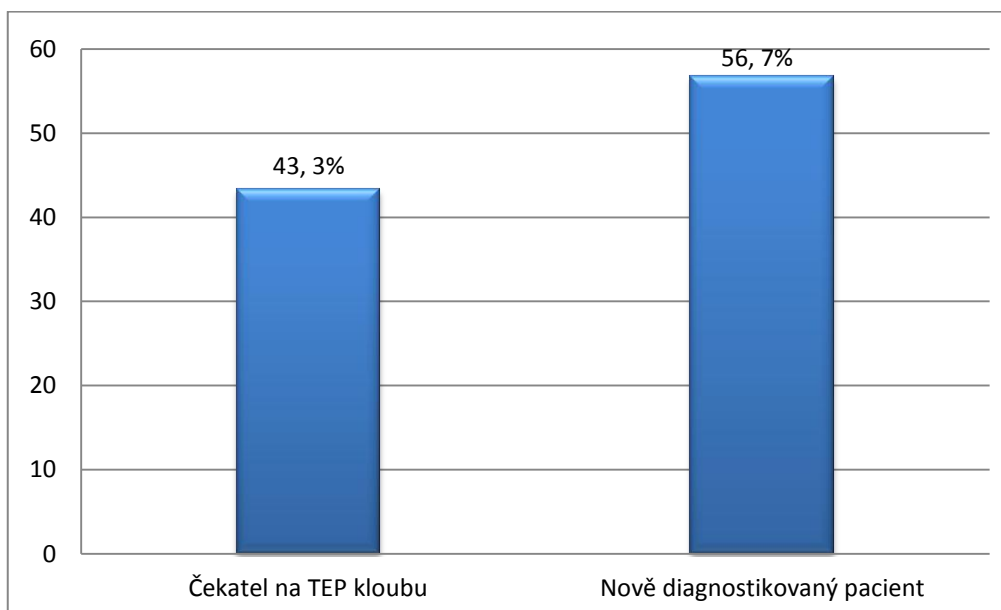
Celkem bylo vytištěno 150 dotazníků, které byly distribuovány do pěti privátních ortopedických ambulancí ve Zlínském a Jihomoravském kraji. Dotazníky byly pacientům předávány prostřednictvím všeobecných sester v rámci návštěvy pacienta u jejich ortopeda. Ze 150 dotazníků bylo zpět k vyhodnocení vráceno 133 dotazníků, z nichž 10 bylo prázdných a 3 nemohly být do výzkumu zařazeny, pro jejich nedostatečné vyplnění. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 120 dotazníků, tedy 80% z celkové počtu distribuovaných dotazníků, z nichž 68 dotazníků vyplnili nově diagnostikovaní pacienti a 52 dotazníků vyplnili čekatelé na TEP kloubu. Výsledky byly následně vyhodnoceny a zpracovány do následujících tabulek a grafů.

**Otázka č. 1**

První otázka sloužila k rozdělení respondentů do již zmíněných dvou skupin, na čekatele na TEP kloubu a nově diagnostikované pacienty, přičemž nově diagnostikovaných pacientů bylo 68 tedy 56,7 % a čekatelů na TEP 52, což je 43,3 %.

|                                     |            |              |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| <b>Čekatel na TEP kloubu</b>        | <b>52</b>  | <b>43,3%</b> |
| <b>Nově diagnostikovaný pacient</b> | <b>68</b>  | <b>56,7%</b> |
| <b>Celkem</b>                       | <b>120</b> | <b>100 %</b> |

*Tabulka 1 - Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)*



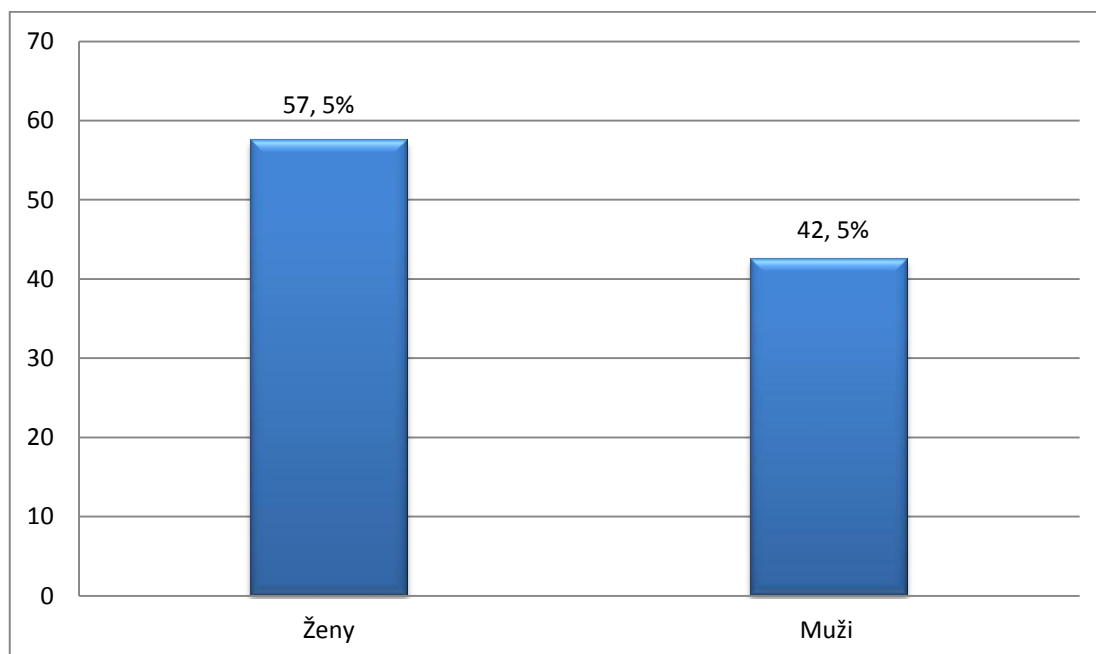
*Graf 1 - Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 2**

Druhá otázka měla rozdělit respondenty podle pohlaví. V obou skupinách převažovaly ženy. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 69 žen a 51 mužů. Většina 57,5 % respondentů byly ženy, muži tvořili 42,5 % všech respondentů.

| Čekatel na TEP kloubu |    | Nově diagnostikovaný pacient |    | Celkem |    | %    |
|-----------------------|----|------------------------------|----|--------|----|------|
| Ženy                  | 29 | Ženy                         | 40 | Ženy   | 69 | 57,5 |
| Muži                  | 23 | Muži                         | 28 | Muži   | 51 | 42,5 |

*Tabulka 2 - Rozdělení respondentů podle pohlaví (vlastní zpracování)*



*Graf 2 - Rozdělení respondentů do skupin podle pohlaví (vlastní zpracování)*

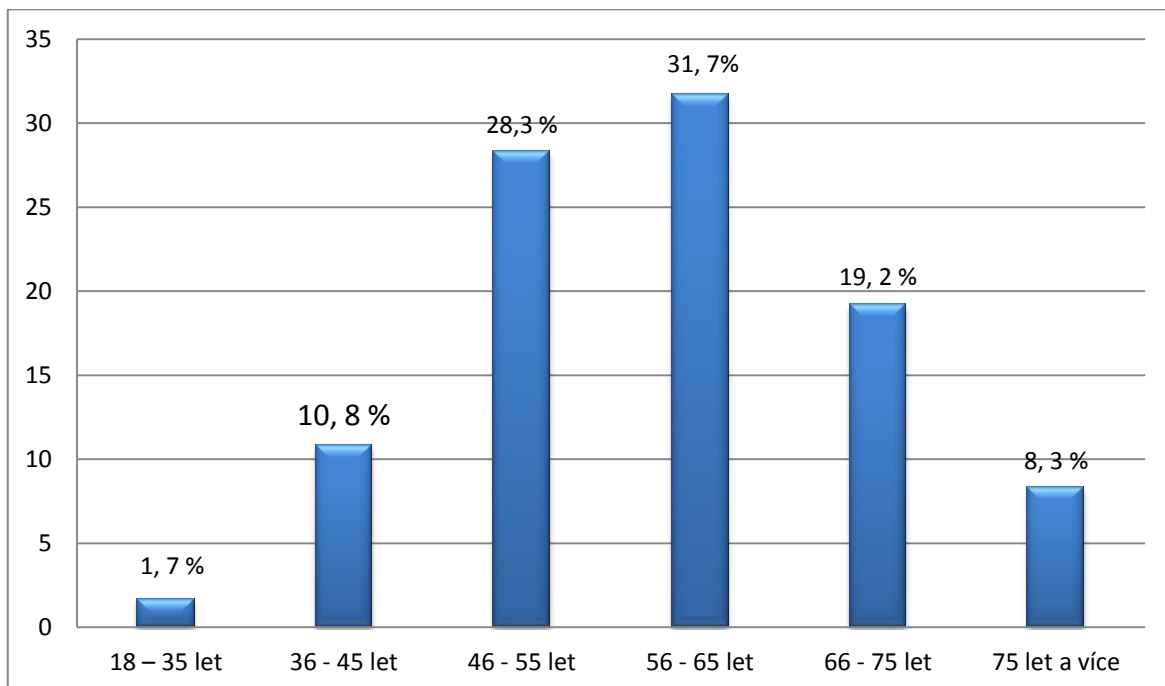


**Otázka č. 3**

Tato otázka měla rozdělit pacienty do věkových kategorií. Nejpočetnější věkovou kategorií byla skupina respondentů ve věku 56 – 65 let. Nejvíce nově diagnostikovaných pacientů bylo ve věkové kategorii 46 – 56 let, zatímco nejvíce čekatelů na TEP bylo ve věkové skupině 66 – 75 let.

| Věk     | Čekatel na TEP kloubu | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|---------|-----------------------|------------------------------|--------|------|
| 18 – 35 | 0                     | 2                            | 2      | 1,7  |
| 36 - 45 | 1                     | 12                           | 13     | 10,8 |
| 46 - 55 | 6                     | 28                           | 34     | 28,3 |
| 56 - 65 | 14                    | 24                           | 38     | 31,7 |
| 66 - 75 | 21                    | 2                            | 23     | 19,2 |
| 75a víc | 10                    | 0                            | 10     | 8,3  |

*Tabulka 3 - Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)*



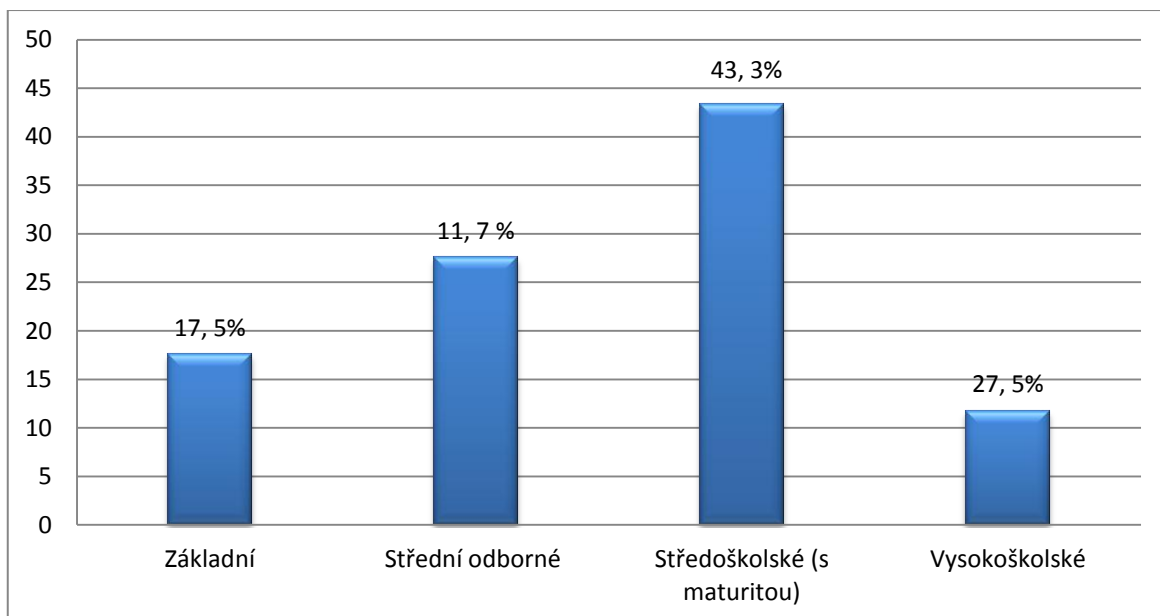
*Graf 3 - Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)*

## Otázka č. 4

Otázka č. 4 rozdělila respondenty podle dosaženého vzdělání, přičemž nejpočetnější skupinu 43,3 % tvořili pacienti se středoškolským vzděláním a nejmenší skupinu 11,7 % tvořili pacienti s vysokoškolským vzděláním.

| vzdělání                    | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|-----------------------------|----------------|------------------------------|--------|------|
| Základní                    | 11             | 10                           | 21     | 17,5 |
| Střední odborné             | 15             | 18                           | 33     | 27,5 |
| Středoškolské (s maturitou) | 20             | 32                           | 52     | 43,3 |
| Vysokoškolské               | 6              | 8                            | 14     | 11,7 |

*Tabulka 4 - Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)*



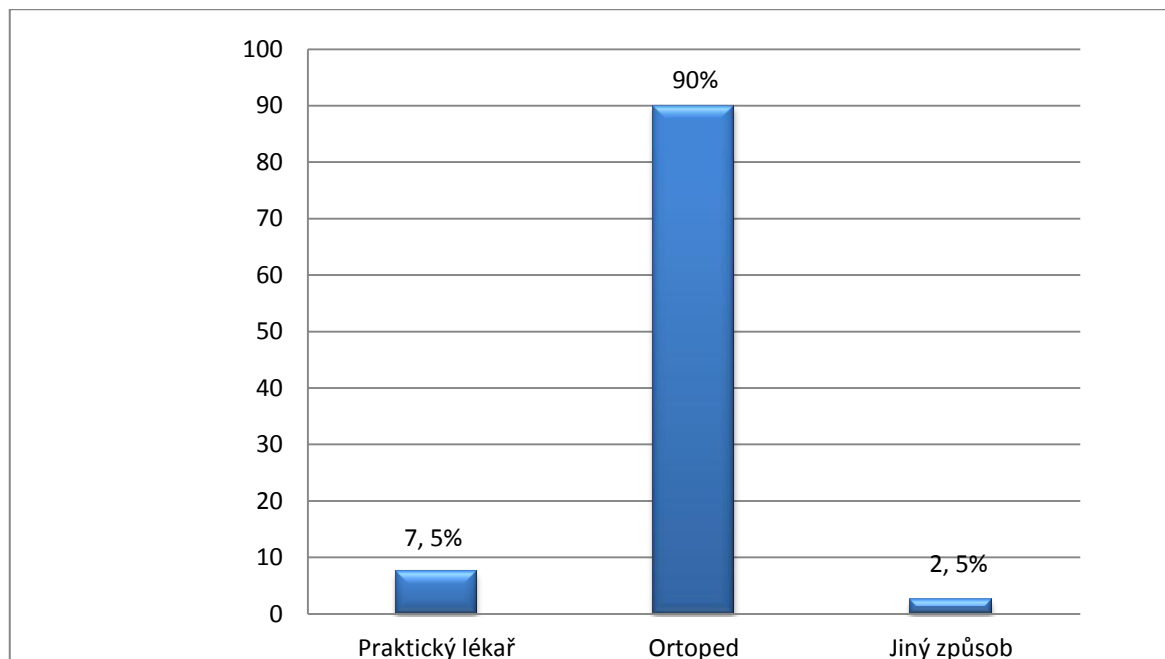
*Graf 4 - Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 5**

Tato otázka poměrně jednoznačně ukázala, že drtivě většině pacientů diagnostikoval artrózu nebo rozhodl o operaci ortoped. V devíti případech pacienti uvedli, že to byl jejich ošetřující lékař a pouze tři pacienti uvedli, že byli informováni jiným způsobem, jednalo se především o pacienty po úrazech.

| Kdo rozhodl     | Čekatel TEP kloubu | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %   |
|-----------------|--------------------|------------------------------|--------|-----|
| Praktický lékař | 7                  | 2                            | 9      | 7,5 |
| Ortoped         | 43                 | 65                           | 108    | 90  |
| Jiný způsob     | 2                  | 1                            | 3      | 2,5 |

*Tabulka 5 - Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)*



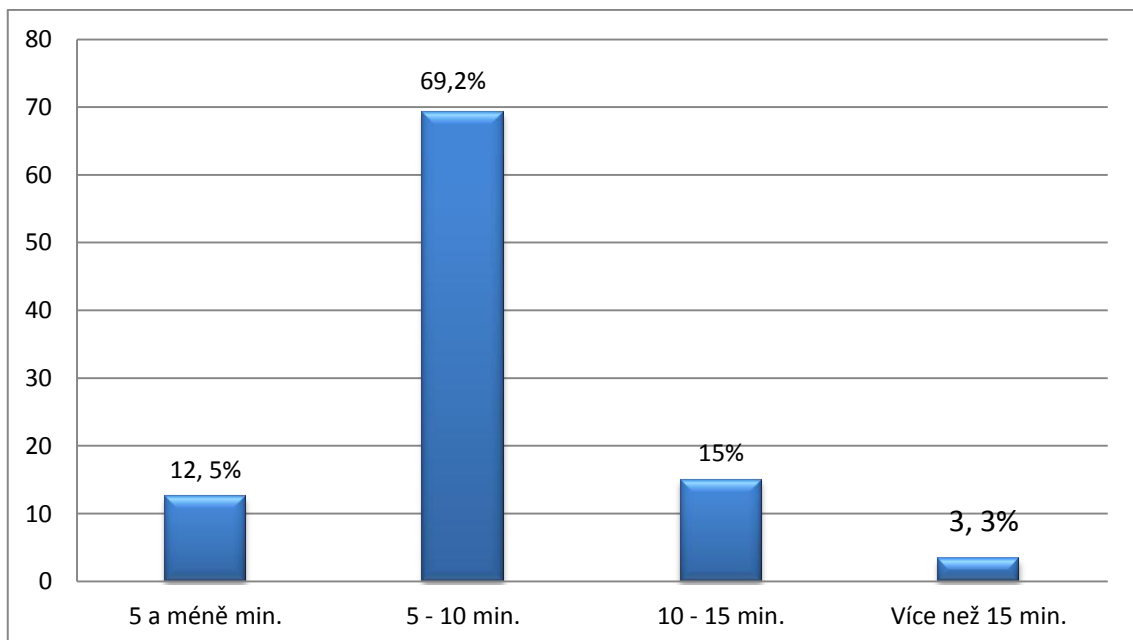
*Graf 5 - Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 6**

Tato otázka se přímo vztahuje k cíli a hypotéze č. 2. Ukazuje, že většině respondentů se lékař věnoval méně než 10 minut, což bylo u 69,2 % respondentů, a u 12,5 % respondentů to bylo dokonce 5 a méně minut.

| Kolik času       | Čekatel TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|------------------|-------------|------------------------------|--------|------|
| 5 a méně min.    | 7           | 8                            | 15     | 12,5 |
| 10 a méně min.   | 31          | 52                           | 83     | 69,2 |
| 10 – 15 min.     | 12          | 6                            | 18     | 15   |
| Více než 15 min. | 2           | 2                            | 4      | 3,3  |

*Tabulka 6 - Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)*



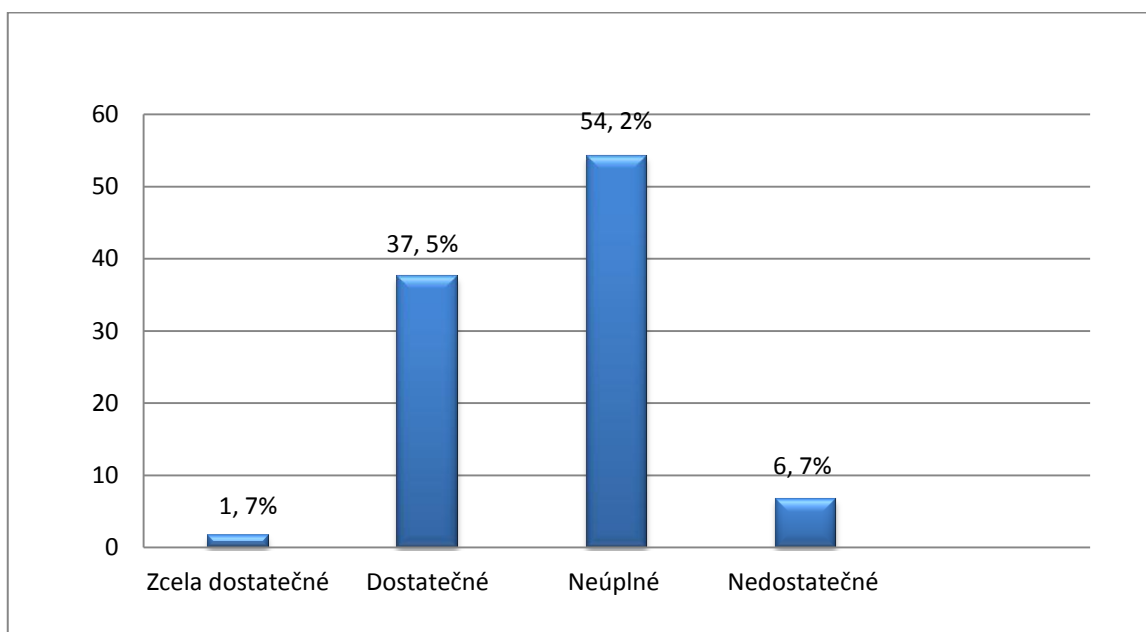
*Graf 6 - Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 7**

Sedmá otázka se přímo vztahuje k hlavnímu cíli a potvrzuje hypotézu č. 1. Informace, které pacientům lékař sdělil, označilo za zcela dostatečné pouze 1,7 % respondentů. Nejvíce respondentů, 54,2 % označilo informace za neúplné.

| Informace          | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|--------------------|----------------|------------------------------|--------|------|
| Zcela dostatečné   | 2              | 0                            | 2      | 1,7  |
| Dostatečné         | 19             | 26                           | 45     | 37,5 |
| Neúplné            | 29             | 36                           | 65     | 54,2 |
| Nedostatečné       | 2              | 6                            | 8      | 6,7  |
| Zcela nedostatečné | 0              | 0                            | 0      | 0    |

*Tabulka 7 - Úplnost informací (vlastní zpracování)*



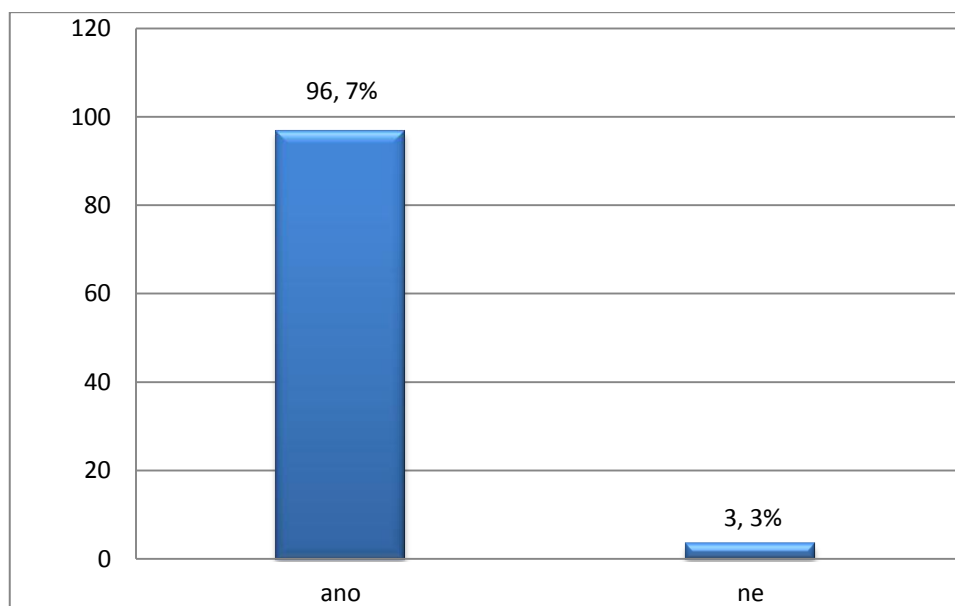
*Graf 7 - Úplnost informací (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 8**

Otázka č. 8 se vztahuje k cíli a hypotéze č. 3 a potvrzuje, že absolutní většina 96,7 % pacientů hledá další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře, který jim diagnózu sdělil nebo doporučil operaci.

| <b>Informoval jste se mimo ordinaci</b> | <b>Čekatel na TEP</b> | <b>Nově diagnostikovaný pacient</b> | <b>Celkem</b> | <b>%</b>    |
|---|-----------------------|-------------------------------------|---------------|-------------|
| <b>ano</b>                              | <b>51</b>             | <b>65</b>                           | <b>116</b>    | <b>96,7</b> |
| <b>ne</b>                               | <b>1</b>              | <b>3</b>                            | <b>4</b>      | <b>3,3</b>  |

*Tabulka 8 - Hledání dalších informací (vlastní zpracování)*



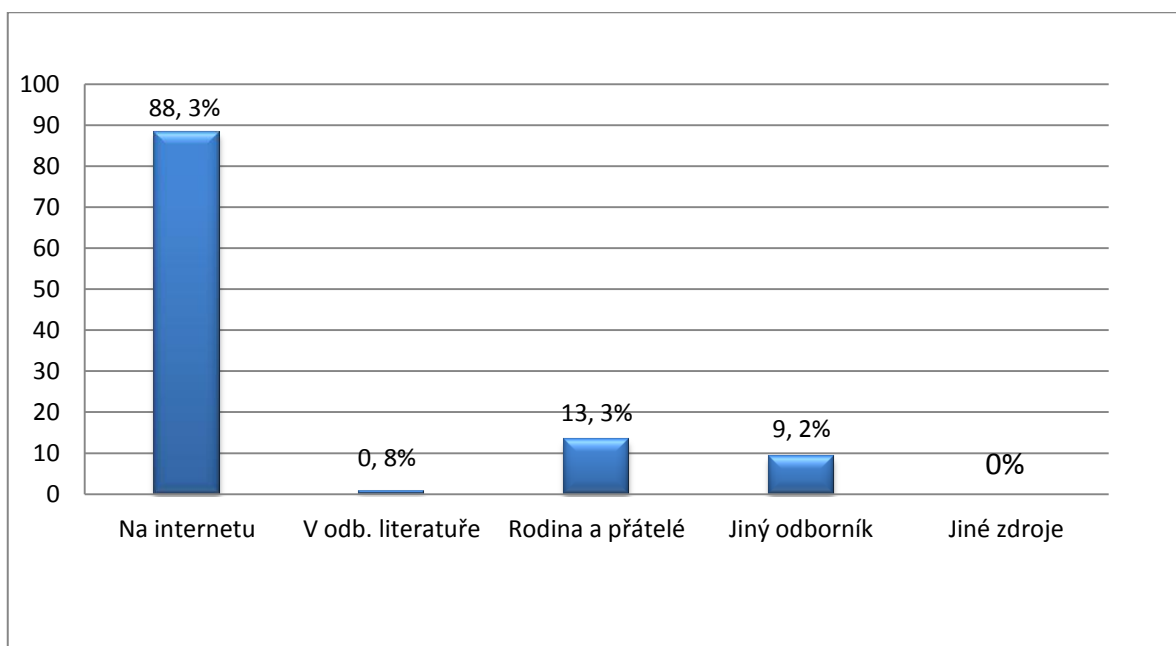
*Graf 8 - Hledání dalších informací (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 9**

Na tuto otázku odpovídali jen respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili kladnou odpověď, tedy 116 respondentů. Upřesňuje způsob, jaký zvolili k dalšímu získání informací o své diagnóze. Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina pacientů hledá další informace na internetu. U několika dotazníků byla označena víc než jedna odpověď. Nejčastěji to byla kombinace odpovědí na internetu a rodina a přátelé.

| Kde jste hledal informace | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|---------------------------|----------------|------------------------------|--------|------|
| Na internetu              | 40             | 66                           | 106    | 88,3 |
| V odb. literatuře         | 1              | 0                            | 1      | 0,8  |
| Rodina a přátelé          | 12             | 4                            | 16     | 13,3 |
| Jiný odborník             | 7              | 4                            | 11     | 9,2  |
| Jiné zdroje               | 0              | 0                            | 0      | 0    |

*Tabulka 9 - Způsob získávání informací (vlastní zpracování)*



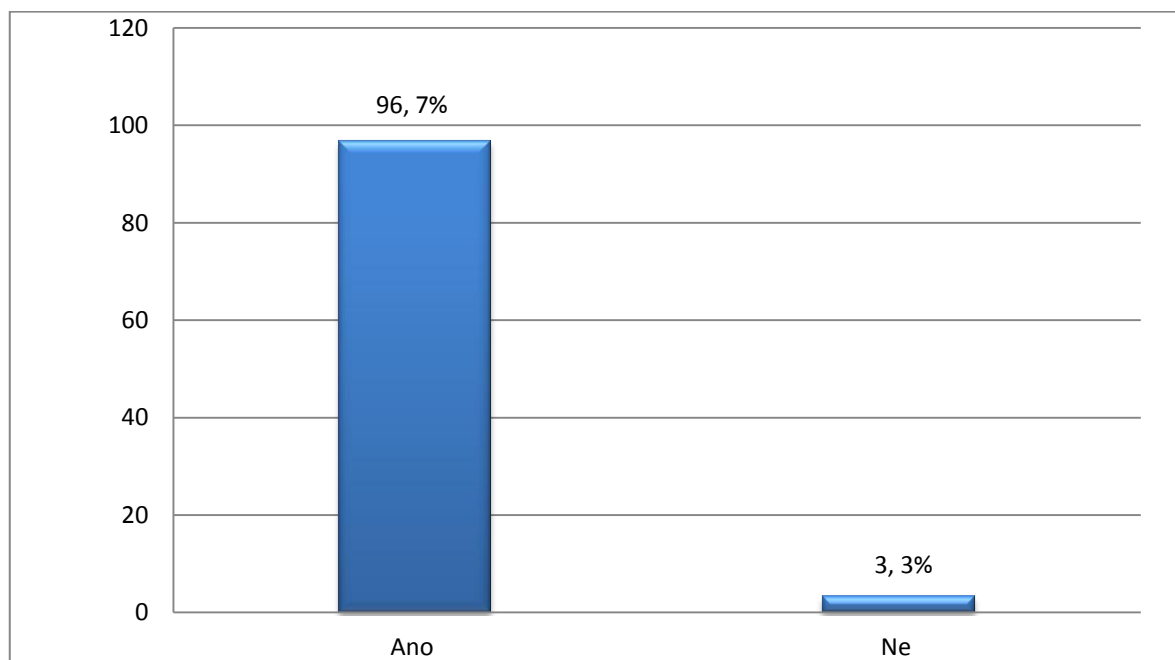
*Graf 9 - Způsob získávání informací (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 10**

Desátá otázka měla zjistit, zda by pacienti uvítali možnost další konzultace svého zdravotního stavu. 96, 7% respondentů odpovědělo, že by tuto možnost uvítalo a pouze 3, 3 % respondentů by této možnosti nevyužili.

| Uvítal byste další konzultace | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|-------------------------------|----------------|------------------------------|--------|------|
| Ano                           | 49             | 67                           | 116    | 96,7 |
| Ne                            | 3              | 1                            | 4      | 3,3  |

*Tabulka 10 - Možnost další konzultace (vlastní zpracování)*



*Graf 10 - Možnost další konzultace (vlastní zpracování)*

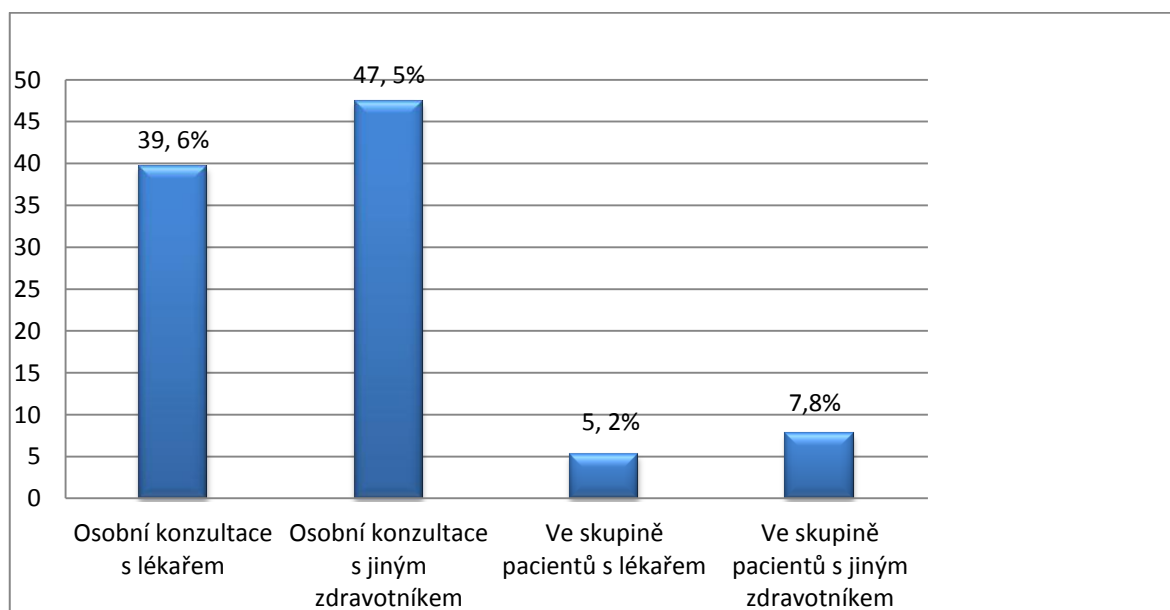


**Otázka č. 11**

Na tuto otázku a další dvě následující otázky odpovídali jen respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, tedy 116 pacientů. Tato otázka měla zjistit, jakou formu další konzultace by pacienti preferovali. 87 % respondentů by preferovalo osobní konzultaci a 13 % pacientů by zvolilo konzultaci ve skupině.

| Jaký způsob preferujete                  | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|--|----------------|------------------------------|--------|------|
| Osobní konzultace s lékařem              | 20             | 26                           | 46     | 39,6 |
| Osobní konzultace s jiným zdravotníkem   | 21             | 34                           | 55     | 47,4 |
| Ve skupině pacientů s lékařem            | 3              | 3                            | 6      | 5,2  |
| Ve skupině pacientů s jiným zdravotníkem | 5              | 4                            | 9      | 7,8  |

*Tabulka 11 - Forma konzultace (vlastní zpracování)*



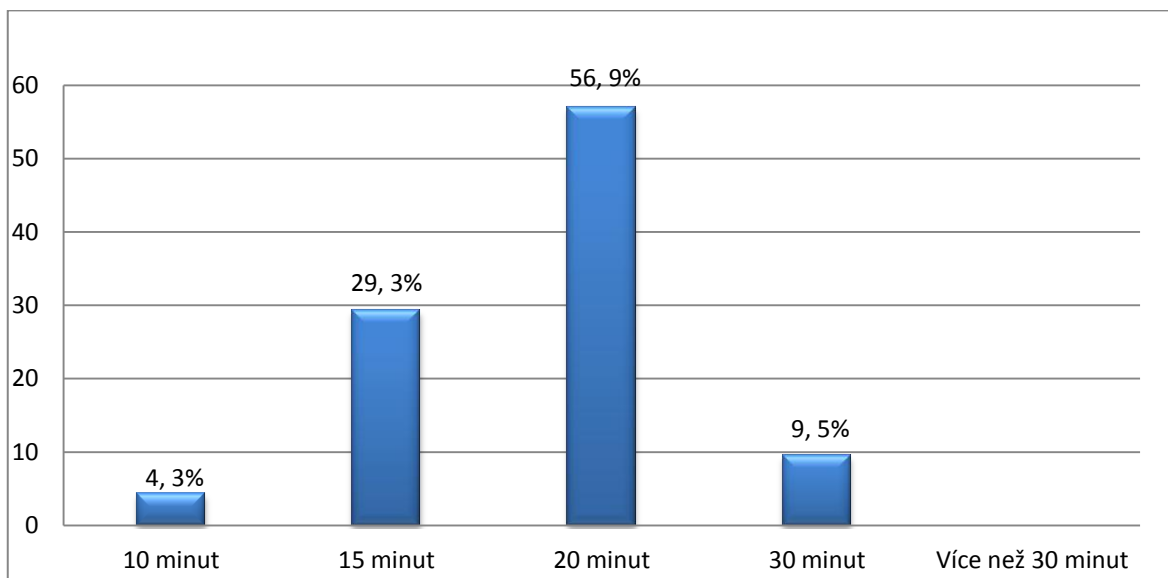
*Graf 11 - Forma konzultace (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 12**

Tato otázka rozšiřovala odpověď 116 respondentů na předchozí otázku a doplňovala údaje o tom, kolik času by si respondenti představovali, aby byli dostatečně informováni. Nejčastěji by respondentům vyhovovala dvacetiminutová konzultace, uvedlo to 56,9 % dotazovaných.

| Jak dlouhá konzultace by Vám vyhovovala | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|---|----------------|------------------------------|--------|------|
| 10 minut                                | 2              | 3                            | 5      | 4,3  |
| 15 minut                                | 19             | 15                           | 34     | 29,3 |
| 20 minut                                | 25             | 41                           | 66     | 56,9 |
| 30 minut                                | 3              | 8                            | 11     | 9,5  |
| Více než 30 minut                       | 0              | 0                            | 0      | 0    |

*Tabulka 12 - Čas konzultace (vlastní zpracování)*



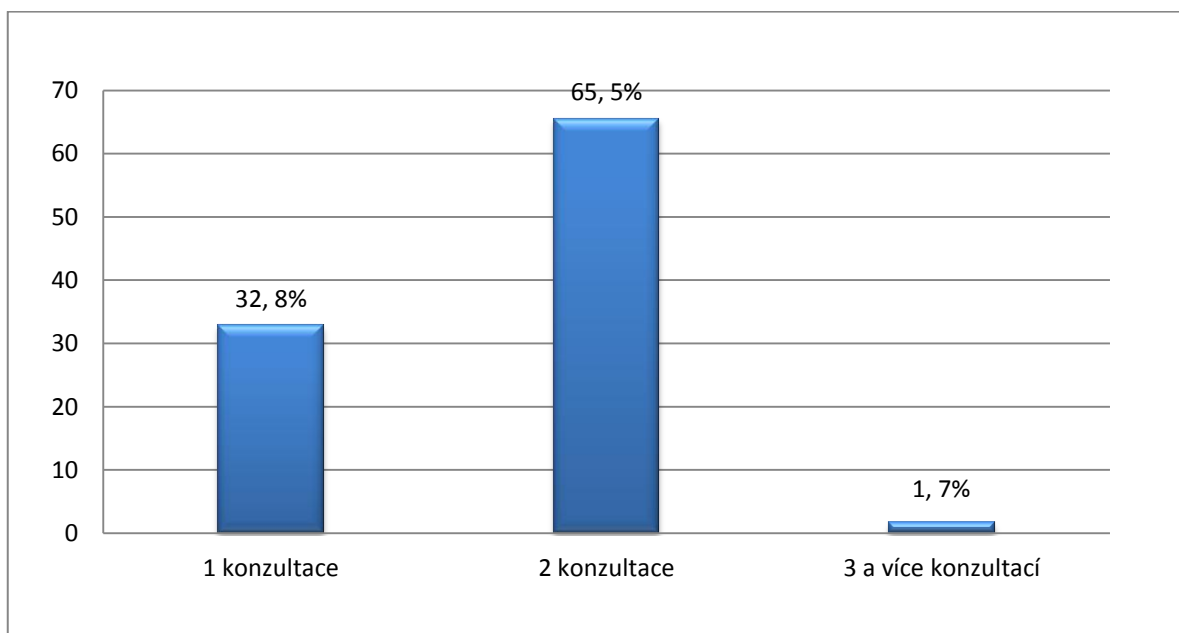
*Graf 12 - Čas konzultace (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 13**

Třináctá otázka dále rozšiřuje předchozí otázky č. 11 a 12. Zjišťovala, kolik konzultací by pacientům vyhovovalo, aby se cítili dostatečně informováni. Většina 65, 5 % respondentů by preferovala možnost dvou konzultací.

| Kolik konzultací by Vám vyhovovalo | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %     |
|------------------------------------|----------------|------------------------------|--------|-------|
| 1 konzultace                       | 29             | 9                            | 38     | 32, 8 |
| 2 konzultace                       | 19             | 57                           | 76     | 65, 5 |
| 3 a více konzultací                | 1              | 1                            | 2      | 1, 7  |

*Tabulka 13 - Počet konzultací (vlastní zpracování)*



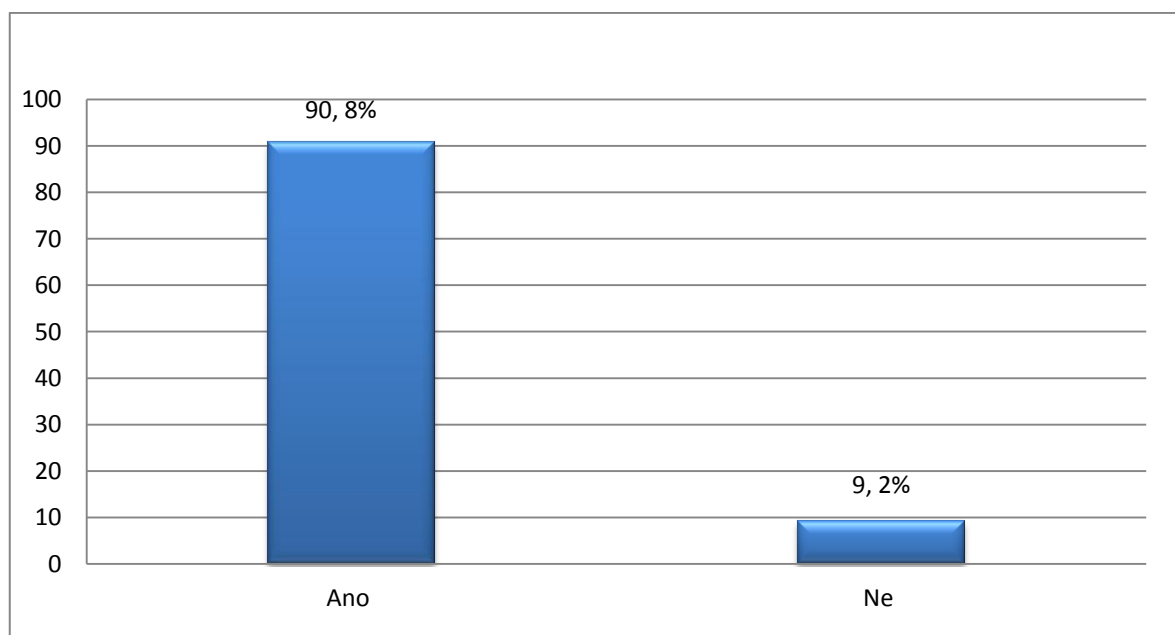
*Graf 13 - Počet konzultací (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 14**

Otázka č. 14 se vztahuje přímo k samotnému projektu, tedy ke vzniku informačního centra pro pacienty. 90,8 % všech respondentů by možnost vzniku centra uvítalo. 11 pacientů, tedy 9,2 % respondentů by naopak možnost vzniku informačního centra nevyužila.

| Uvítal byste vznik informačního centra pro pacienty s artrózou | Čekatel na TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|--|----------------|------------------------------|--------|------|
| Ano  | 45             | 64                           | 109    | 90,8 |
| Ne   | 7              | 4                            | 11     | 9,2  |

*Tabulka 14 - Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)*



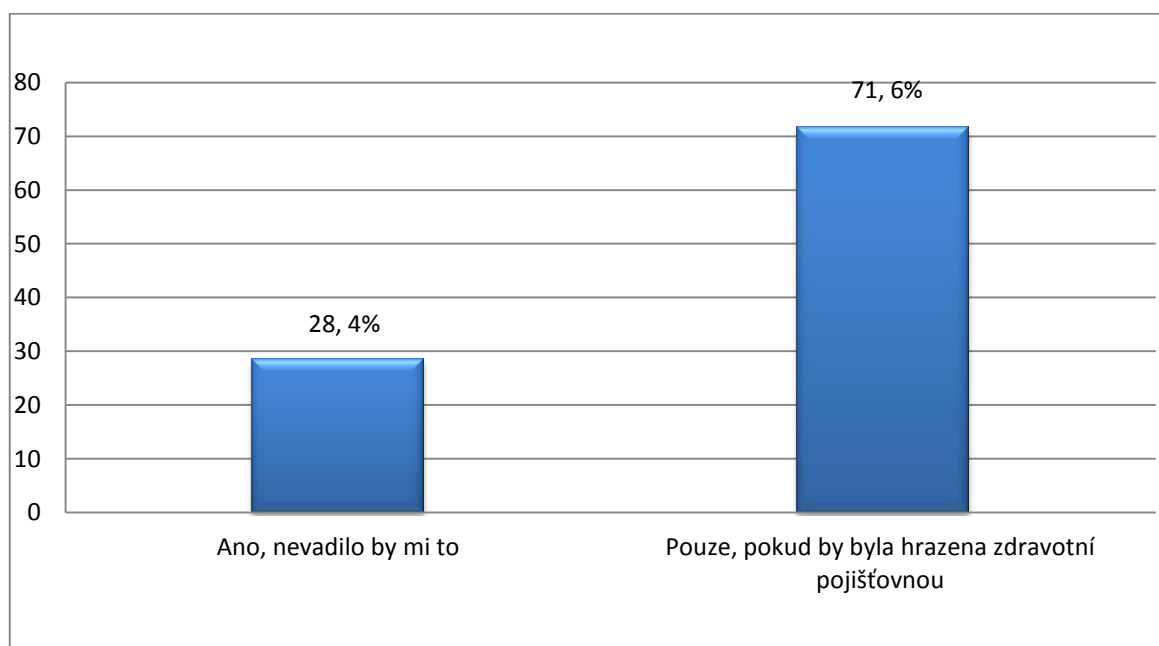
*Graf 14 - Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)*

**Otázka č. 15**

Na otázku č. 15 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně, tedy 109 pacientů. Měla zjistit, zda by byli ochotni za tuto službu platit nebo zda by ji využili pouze v případě, že tato služba bude plně hrazená zdravotní pojišťovnou. 71,6 % respondentů by využilo služeb centra pouze v případě, že by byly hrazené zdravotní pojišťovnou. 28,4 % pacientů odpovídalo, že by jim nevadilo, pokud by měli za službu platit. U těchto odpovědí byla v několika případech poznámka, že by záleželo na výši částky, kterou by měl pacient hradit.

| Byl byte ochotný za tuto službu platit             | Čekatel TEP | Nově diagnostikovaný pacient | Celkem | %    |
|--|-------------|------------------------------|--------|------|
| Ano, nevadilo by mi to                             | 13          | 18                           | 31     | 28,4 |
| Pouze, pokud by byla hrazena zdravotní pojišťovnou | 32          | 46                           | 78     | 71,6 |

*Tabulka 15 - Způsob úhrady (vlastní zpracování)*



*Graf 15 - Způsob úhrady (vlastní zpracování)*

## 10.5 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu potvrdily všechny stanovené hypotézy a naplnily stanovené cíle.

- **Cíl výzkumu 1:** Zjistit zda jsou pacienti s artrózou dostatečně informováni o své diagnóze

**Hypotéza č. 1:** Většina pacientů je informována nedostatečně nebo neúplně

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou pacienti s artrózou dostatečně informováni o své diagnóze. Z průzkumu vyplynulo, že informace, které pacientům lékař sdělil, označilo za zcela dostatečné pouze 1, 7 % respondentů. Nejvíce respondentů, 54, 2 % označilo informace za neúplně, jako dostatečné označilo informace 37, 5 % respondentů. Žádný z pacientů neoznačil informace za zcela nedostačující. Z průzkumu vyplývá, že pacienti nejsou informováni o své diagnóze dostatečně, což potvrzuje i hypotézu č. 1, že většina pacientů je informována nedostatečně nebo neúplně.

- **Cíl výzkumu 2:** Zjistit zda lékař věnuje pacientům dostatek času k objasnění způsobu a možností léčby

**Hypotéza č. 2:** Většině pacientů věnuje lékař méně než 10 minut.

Výsledky průzkumu ukázaly, že většině respondentů se lékař věnoval méně než 10 minut, což bylo u 69, 2 % respondentů, a u 12, 5 % respondentů to bylo dokonce 5 a méně minut, tedy 81, 7 % pacientů se lékař věnoval méně než 10 minut, což zároveň potvrdilo i hypotézu č. 2.

- **Cíl výzkumu 3:** Zjistit zda pacienti hledají informace o své diagnóze i mimo ordinaci lékaře.

**Hypotéza č. 3:** Pacienti hledají další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře.

Absolutní většina 96, 7 % pacientů hledala další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře, který jim diagnózu sdělil nebo doporučil operaci. Pouze 3, 3 % pacientů další informace nehledalo. Z průzkumu dále vyplynulo, že velká většina 88, 3 % pacientů hledala další informace o své diagnóze na internetu. Menší část 13, 3 % pacientů se radilo s rodinou a přáteli, 9, 2 % dotázaných konzultovalo svoji diagnózu s jiným odborníkem. V odborné literatuře hledalo informace pouze 0, 8 % dotázaných. Hypotéza č. 3 byla tedy potvrzena.

■ **Cíl výzkumu 4:** Zjistit, zda by pacienti uvítali vznik informačního centra pro pacienty s artrózou

**Hypotéza č. 4:** Pacienti by uvítali vznik informačního centra a využívali by jeho služeb.

Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, zda by pacienti uvítali možnost vzniku informačního centra pro pacienty s artrózou. 90, 8 % všech respondentů by možnost vzniku centra uvítalo. 11 pacientů, tedy 9, 2 % respondentů by naopak možnost vzniku informačního centra nevyužila. Z respondentů, kteří by možnost vzniku informačního centra využili, tedy 109 pacientů, by bylo ochotno za tuto službu platit pouze 28, 4 % pacientů. 71, 6 % respondentů by využilo služeb centra pouze v případě, že by byly hrazené zdravotní pojišťovnou. Průzkum tedy potvrdil hypotézu č. 4, že pacienti by vznik informačního centra přivítali. Služeb centra by využili pouze v případě, že by službu nemuseli sami hradit. Z výzkumu tedy vyplynulo, že je vhodné projekt Škola artrózy zavést do praxe, ale jako službu, která bude plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

## 11 PROJEKT ZAVEDENÍ ŠKOLY ARTRÓZY VPRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCI

V měnícím se prostředí zdravotní péče je role pacientů stále důležitější. Stále častěji se setkáváme s pacienty, kteří odmítají brát lékaře v roli otce nebo učitele, a naopak vyžadují, aby s nimi lékař komunikoval jako se sobě rovným partnerem. Vhodná a dobře vedená edukace pacienta je hlavním prostředkem k tomu, aby byla jeho léčba úspěšná. Cílem takové edukace není pouze poskytovat informace, ale také změna postoje, životního stylu a chování pacienta, která vede k dobrým výsledkům v jeho léčbě.

### 11.1 Cíle projektu

Cílem projektu je zavést do praxe edukační program pro pacienty s artrózou a zlepšit tak jejich kvalitu života. Inspirací projektu byla existence podobných programů v zahraničí jako například program SMART (Self-Management Arthritis), který je projektem Stanfordské University nebo Arthritis school, který pochází ze Švédska. Cílovou skupinu tvoří pacienti s artrózou, kteří se dělí na dvě podskupiny. První tvoří nově diagnostikovaní pacienti, kteří se chtějí dozvědět více informací o klasických i nových způsobech léčby onemocnění, o vhodných formách tělesné aktivity a úpravě životního stylu, včetně redukce hmotnosti. Druhá podskupina jsou pacienti, kteří čekají na totální endoprotézu kloubu. Tito pacienti se mohou dozvědět více informací o předoperační přípravě, o samotném průběhu operace a pooperační péči. Další informace, které mohou získat, se týkají používání kompenzačních pomůcek a následné rehabilitační a lázeňské péče.

### 11.2 Projektové řešení

Podstatou projektu je vytvořit pacientům s artrózou možnost získat více informací o svém onemocnění. Projekt je složen ze tří částí.

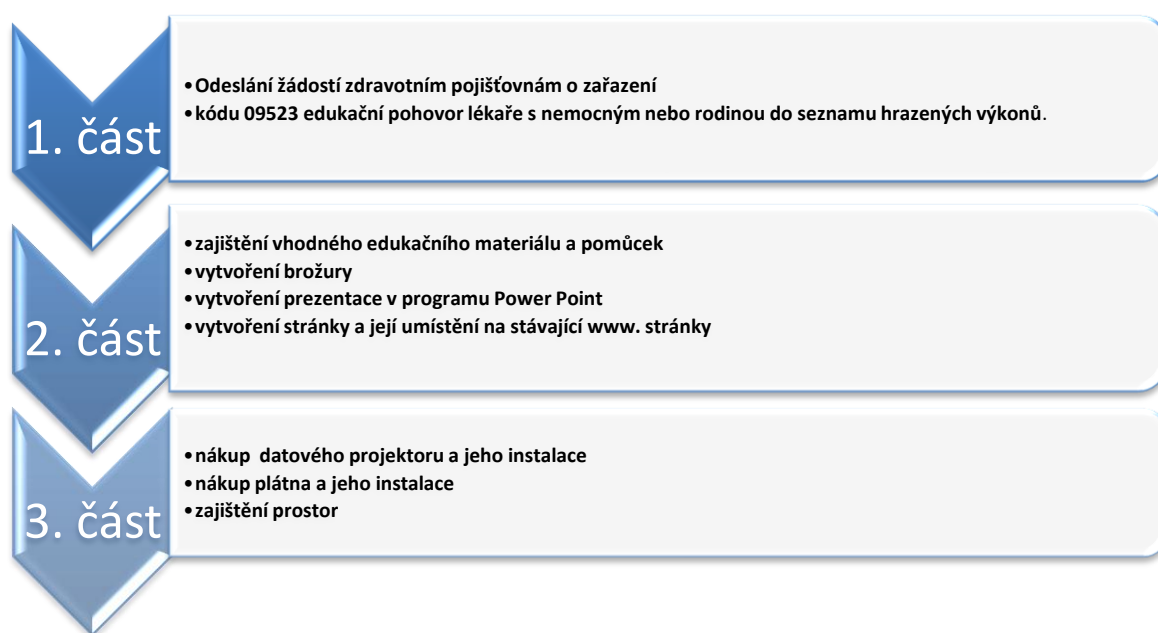
V první části je řešen způsob získání finančních prostředků pro zajištění financování lidských zdrojů, které budou projekt realizovat. Prakticky se jedná o sestavení a odeslání žádosti jednotlivým smluvním pojišťovnám o zařazení kódu 09523 - edukační pohovor lékaře s nemocným nebo rodinou do seznamu hrazených výkonů. Jde o kód, který je dotován hodnotou 222 bodů a časovou hodnotou 30 minut. Pro účely našeho projektu by to byl plně vyhovující kód. O zařazení kódu do seznamu hrazených výkonů žádá ZZ, každou pojišťovnu zvlášť. Zařazení kódu do seznamu hrazených výkonů projednává komise zdravotní



pojišťovny, která se schází nepravidelně, takže nelze odhadnout jeho časovou dostupnost. Následně ho schvaluje revizní lékař příslušné pojišťovny.

Druhá část projektu je zajištění vhodného edukačního materiálu a pomůcek. Základem je vytvoření brožury, která bude obsahovat všechny potřebné informace o onemocnění včetně možností léčby a úpravy životního stylu, která bude základním materiálem pro pacienty edukačního programu Školy artrózy. Dalším edukačním materiálem je vytvoření prezentace v programu Power Point, který může pacient shlédnout prostřednictvím projektoru a plátna, které bude umístěno v tělocvičně. Součástí této fáze projektu je i nácvik správného používání kompenzačních pomůcek a seznámení pacienta s vhodnými způsoby fyzické aktivity. V této fázi projektu by měla být také vytvoření prezentace v programu Power Point

Třetí část projektu je zajištění místa, času a způsobu pro edukační program Škola artrózy. Projekt počítá s využitím stávajících prostor i personálu ambulance. Je nutné pořídit pouze datový projektor a plátno. Odpovědnost za projekt bude mít vedoucí lékař. Samotný projekt bude zajišťovat všeobecná sestra nebo fyzioterapeut. Pro zajištění části projektu, ve které se pacient seznamuje s vhodnou fyzickou aktivitou, je třeba u jednoho ze zaměstnanců doplnit kurz SM systém, který je velmi vhodný pro pacienty s artrózou. Projekt bude probíhat pravidelně dvakrát týdně. V pondělí od 17 do 18 hodin a v pátek od 9 do 10 hodin jsou volné prostory v pracovně fyzioterapeuta i v tělocvičně, která na tuto pracovnu navazuje.



*Obrázek 3 - Projektové řešení (vlastní zpracování)*

### 11.3 Časová analýza

V časové analýze je ke každé položce projektu přiřazen termín do kdy by měla být položka splněna a osoba, která je za položku zodpovědná. Plán je sestaven tak, aby bylo projekt možné zahájit k 01. 09. 2016. Tento termín byl zvolen s ohledem na dostatečný prostor pro organizační zajištění projektu. V období prázdnin je dlouhodobě menší zájem jak o fyzioterapii, tak o služby ortopeda, proto bude možné projekt ve spolupráci všech zaměstnanců ZZ zajistit, tak aby byl připraven ke spuštění k výše určenému datu.

| <b>Položka projektu</b>                             | <b>Termín splnění</b> | <b>Zodpovědná osoba</b> |
|---|-----------------------|-------------------------|
| <b>žádost o zařazení kódu</b>                       | do 1. 6. 2016         | Vedoucí lékař           |
| <b>vytvoření brožury</b>                            | do 1. 9. 2016         | Vrchní sestra           |
| <b>vytvoření prezentace</b>                         | do 1. 8. 2016         | Vrchní sestra           |
| <b>Zajištění kompenzačních pomůcek</b>              | do 1. 8. 2016         | Fyzioterapeut           |
| <b>Zajištění kurzu SM systém pro fyzioterapeuta</b> | do 01. 8. 2016        | Vrchní sestra           |
| <b>Zakoupení projektoru a plátna</b>                | do 01. 08. 2016       | Vedoucí lékař           |
| <b>Instalace projektoru a plátna</b>                | do 15. 08. 2016       | Vrchní sestra           |

*Tabulka 16 - Časová analýza (vlastní zpracování)*

### 11.4 Nákladová analýza

Projekt Škola artrózy bude financován z vlastních zdrojů, případně částečně ze sponzorských darů, proto je potřeba zvážit nutnost každé investice. Projekt je navržen tak, aby bylo zatížení ZZ minimální. Tento projekt je postaven spíše na myšlence a její realizaci,

náklady na jeho uvedení do praxe nejsou příliš vysoké, tak aby měl projekt šanci reálného využití v praxi.

| <b>Položka</b>                               | <b>cena</b>      |
|--|------------------|
| <b>Projektor ACER P1276</b>                  | <b>11890 Kč</b>  |
| <b>Plátno pro projektor ACER M90 – W01MG</b> | <b>2390 Kč</b>   |
| <b>Kurz SM systém</b>                        | <b>5 200 Kč</b>  |
| <b>Cvičební pomůcky</b>                      | <b>5 500Kč</b>   |
| <b>Informační brožura 200 ks</b>             | <b>5 400 Kč</b>  |
| <b>Celkem</b>                                | <b>30 380 Kč</b> |

*Tabulka 17 - Nákladová analýza (vlastní zpracování)*

Projekt Škola artrózy bude probíhat 2x týdně 1hodinu. Ideální čas, který by měl zdravotník pacientovi věnovat, aby byla edukace dostatečná a smysluplná, by bylo 30 minut. Jednalo by se tedy o 2 pacienty denně, 4 pacienty týdně, což je 16 pacientů za měsíc. Projekt počítá s variantou schválení kódu 09523, který je dotován 222 body. V případě odmítnutí tohoto kódu, by musel být výkon vykazován na stávající kód 66023, který je dotován 126 body.

- **Kód 09523** – edukace pacienta nebo jeho rodinného příslušníka. Poučení a nácvik dovedností v rozsahu nezbytném k získání racionální spolupráce na léčbě. Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně v dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce.
- **Kód 66023** – kontrolní vyšetření - je vyšetření nemocného, který je již v péči příslušné ordinace. Jde o vyšetření v minimálním rozsahu. Výkon se použije tam, kde nedochází v průběhu léčby k výrazným změnám subjektivních obtíží pojištěnce, fyzikálního nálezu ani výsledků laboratorních vyšetření, tedy ani k výrazným změnám v terapeutickém postupu.
- **V bodové hodnotě u kódu 09523** se jedná o 444 bodů za den, 888 bodů za týden a 3552 bodů za měsíc.
- **V bodové hodnotě u kódu 66023** se jedná o 252 bodů za den, 504 bodů za týden a 2016 bodů za měsíc.

| <b>Kód 09523 (222 bodů)</b> |             |                       |
|-----------------------------|-------------|-----------------------|
| <b>Čas</b>                  | <b>Body</b> | <b>Počet pacientů</b> |
| <b>30 minut</b>             | <b>222</b>  | <b>1</b>              |
| <b>1 hodina</b>             | <b>444</b>  | <b>2</b>              |
| <b>2 hodiny</b>             | <b>888</b>  | <b>4</b>              |
| <b>8 hodin</b>              | <b>3552</b> | <b>16</b>             |

*Tabulka 18 - Hodnoty u kódu 09523 (vlastní zpracování)*

| <b>Kód 66023 (126 bodů)</b> |             |                       |
|-----------------------------|-------------|-----------------------|
| <b>Čas</b>                  | <b>Body</b> | <b>Počet pacientů</b> |
| <b>30 minut</b>             | <b>126</b>  | <b>1</b>              |
| <b>1 hodina</b>             | <b>252</b>  | <b>2</b>              |
| <b>2 hodiny</b>             | <b>504</b>  | <b>4</b>              |
| <b>8 hodin</b>              | <b>2016</b> | <b>16</b>             |

*Tabulka 19 - Hodnoty u kódu 66023 (vlastní zpracování)*

Hodnota bodu pro rok 2016 pro odbornost 606 je 1, 03Kč. V následující tabulce je přepočtena hodnota bodu na finanční částku, která bude vykazována ZP.

| <b>Kód</b>   | <b>Body/měsíc</b> | <b>Kč</b>      |
|--------------|-------------------|----------------|
| <b>09523</b> | <b>3552</b>       | <b>3658,56</b> |
| <b>66023</b> | <b>2016</b>       | <b>2076,48</b> |

*Tabulka 20 - Přepočtená hodnota bodu (vlastní zpracování)*

Škola artrózy bude pro začátek probíhat pouze 2 hodiny týdně, jedná se o rozšíření nabídky služeb pro pacienty privátní ortopedické ordinace, fixních nákladů se tato služba v tomto

objemu netýká. Nákladem pro majitele bude pouze mzda zdravotníkovi, který bude službu poskytovat. v následujících tabulkách je znázorněn případný zisk u jednotlivých kódů. V případě kódu 09543 by se jednalo o 2058, 56 Kč měsíčně, zatímco v případě kódu 66023 by částka byla pouze 476,48 Kč za měsíc.

| Čas      | Kč/bod<br>09523 | Mzda za-<br>městnance | Čistý zisk |
|----------|-----------------|-----------------------|------------|
| 1 hodina | 457,32          | 200                   | 257,32     |
| 8 hodin  | 3658,56         | 1600                  | 2058,56    |

*Tabulka 21 - Zisk z kódu 09523 (vlastní zpracování)*

| Čas      | Kč/bod<br>66023 | Mzda za-<br>městnance | Čistý zisk |
|----------|-----------------|-----------------------|------------|
| 1 hodina | 252, 01         | 200                   | 52,01      |
| 8 hodin  | 2076,48         | 1600                  | 476,48     |

*Tabulka 22 - Zisk z kódu 66023 (vlastní zpracování)*

Pokud bude investice do projektu ve výši 30380 Kč, bude její návratnost v případě schválení kódu 09523 necelých 15 měsíců, zatímco při jeho neschválení a vykazování na stávající kód 66023 bude návratnost více než 63 měsíců, jak je zobrazeno v následující tabulce.

| Kód   | Zisk/měsíc | Návratnost (v měsících) |
|-------|------------|-------------------------|
| 09523 | 2058, 56   | 14, 75                  |
| 66023 | 476, 48    | 63, 75                  |

*Tabulka 23 - Návratnost investice (vlastní zpracování)*

## 11.5 Analýza rizik a jejich eliminace

Každý projekt je potřeba posoudit z pohledu jeho možné realizace v praxi. Při realizaci projektu je důležité analyzovat možná rizika, která by mohla realizaci projektu zkomplikovat nebo zabránit. Proto je vhodné tato rizika identifikovat a pokud možno eliminovat. Rizika byla označena jako R1 – R5.

### Možnými riziky realizace tohoto projektu jsou:

- **R1: Nedostatek financí na realizaci projektu.** Největším nákladem tohoto projektu je pořízení datového projektoru. Nejde ovšem o investici, která by byla pro ambulanci nepřijatelná. Tento náklad by bylo možné hradit z vlastních zdrojů, případně řešit formou sponzorského daru. Nelze samozřejmě vyloučit případné riziko vzniku nepředvídatelné skutečnosti, při které bude muset majitel investovat finanční prostředky jiným směrem.

Riziko R1 může být hodnoceno stupněm nízká rizikovost

- **R2: Nezáměr ze strany majitele ZZ.** Tento projekt vzniká se souhlasem majitele a v jeho spolupráci.

Riziko R2 je hodnoceno stupněm nízká rizikovost.

- **R3: Nezáměr ze strany pacientů.** Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pacienti by o tuto službu měli zájem v případě, pokud bude plně hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Riziko R3 je hodnoceno stupněm nízká rizikovost.

- **R4: Odmítnutí zařazení kódu edukace do seznamu hrazených výkonů ze strany zdravotních pojišťoven.** Pokud by pojišťovna kód 09523, edukační pohovor lékaře s nemocným nebo rodinou odmítla, je možné tuto službu vykazovat na některý ze stávajících kódů, například na kód 66023, který je ovšem dotován pouze 126 body. Pravděpodobnost, že pojišťovna kód 09523 schválí, můžeme pouze odhadovat.

Riziko R4 je hodnoceno stupněm střední rizikovost

- **R5: Zavedení projektu u konkurenčních ZZ.** Toto riziko nelze zcela vyloučit. Je ovšem nepravděpodobné u privátních ambulancí, protože je poměrně náročné časově, prostorově i personálně. Zavedení tohoto projektu ale nelze vyloučit u ambulancí, které jsou součástí nemocnice. Zde je ještě výhodou, že pacienti čekající na

TEP se mohou seznámit s prostředím, ve kterém jim bude zákrok proveden, což jim naše ZZ zatím nemůže poskytnout.

R5 je na horní hranici střední rizikivosti.

Pravděpodobnost výskytu rizika je podle Váchala (2013, s. 536) hodnocena jako nízká (0,2), střední (0,4), vysoká (0,6), Významnost výskytu rizika je hodnocena jako nevýznamná (0,3), střední (0,6), významná (0,9).

Celková rizikovitost (násobek pravděpodobnosti a významnosti výskytu rizika) je určena na škále:

- 0,0 – 0,18 nízká rizikovitost
- 0,19 – 0,36 střední rizikovitost
- 0,37 – 0,54 vysoká rizikovitost

Hrozba případných rizik je zhodnocena v následující tabulce, kde je vyčíslena pravděpodobnost výskytu a významnost vlivu, tedy dopad rizika na projekt.

| Riziko | Pravděpodobnost výskytu |      |      | Významnost výskytu |      |      | Celková rizikovitost |
|--------|-------------------------|------|------|--------------------|------|------|----------------------|
|        | 0, 2                    | 0, 4 | 0, 6 | 0, 3               | 0, 6 | 0, 9 |                      |
| R1     | X                       |      |      |                    |      | X    | 0, 18                |
| R2     | X                       |      |      |                    |      | X    | 0, 18                |
| R3     | X                       |      |      |                    |      | X    | 0, 36                |
| R4     |                         | X    |      |                    | X    |      | 0, 24                |
| R5     |                         | X    |      |                    |      | X    | 0, 36                |

*Tabulka 24 - Matice rizika (vlastní zpracování dle Váchala, 2013, s. 536).*

Nejvyšší rizikovitost vykazují rizika R3 a R5, tedy riziko nezáměr pacientů o službu a riziko zavedení projektu jinými ZZ. Tyto rizika jsou na horní hranici bodového hodnocení pro střední rizikovitost. Především významnost výskytu je u obou rizik vysoká.

## ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce je zlepšit kvalitu života pacientů s artrózou, prostřednictvím zřízení informačního centra, nazvaného Škola artrózy. Tento projekt vznikl na základě několika hypotéz, které předpokládaly, že pacienti s artrózou nejsou svým lékařem dostatečně informováni, což potvrdil i výzkum, který je součástí této práce. Výzkum dále potvrdil hypotézu, že většina pacientů hledá další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře. Současná nadvláda ekonomů ve zdravotnictví stále více nutí zdravotníky narušovat etické principy, jimiž se mají řídit při výkonu svého povolání. Zdravotníci jsou čím dál častěji nuceni sledovat především ekonomické zájmy. Nicméně pro lékaře, ale i ostatní zdravotníky stále platí dva základní principy, kterými jsou: **Primum non nocere**, především neškodit, a **Salus aegroti suprema lex**, zdraví pacienta je nejvyšším zákonem. Dodržování těchto etických pravidel zůstává základním předpokladem pro existenci vztahu důvěry mezi pacientem a jeho lékařem. Vztahu, který se snad nikdy nedostane na pouhý obchodní vztah někoho, kdo nějakou službu potřebuje, a druhého, který ji prodává. Projekt zavedení Školy artrózy chce vybudovat důvěryhodný vztah mezi pacienty a zdravotníky. Jak bylo v této práci zmíněno, stále více pacientů chce být lékařem dostatečně informováno. Pacienti si přejí, aby s nimi lékař komunikoval jako s rovnocenným partnerem a chtějí mít možnost volby. Bohužel většina pacientů informace hledá nejčastěji na internetu nebo v okruhu svých blízkých. Otázkou je, jakou validitu tyto informace mají a zda pacientům takové informace poslouží nebo jim naopak neprospějí. Každý rok narůstá počet pacientů, kteří podstupují implantaci kloubní náhrady a narůstá i počet pacientů ošetřených v ortopedické ambulanci. Díky stávajícímu systému financování zdravotní péče dochází k upřednostňování kvantity před kvalitou péče a prostor pro edukaci pacientů je proto velmi omezený, tak jako čas lékaře. Proto si tento projekt klade za cíl, zlepšení informovanosti pacientů erudovaným zdravotníkem, nelékařem v prostředí zdravotnického zařízení, kde získají kvalitní informace a dostanou odpovědi na své otázky. Projekt Škola artrózy, je finančně nenáročný projekt, který je rozšířením současné nabídky služeb privátní ortopedické ambulance. Tento projekt nabízí pacientům s artrózou možnost získat podrobné informace o svém onemocnění, o možnostech jeho léčby, o jeho rizicích a především o možnostech pacienta podílet se aktivně na svém zdravotním stavu. Tento projekt dává pacientovi možnost volby a zároveň možnost převzít částečnou odpovědnost za své zdraví, které je pro nás všechny tím nejcennějším statkem.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BARTÁK, Miroslav. 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BUCHBINDER, S. B. and SHANKS, N. H. 2012. *Introduction to health care management*. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones and Bartlett Learning, 494 s. ISBN 978-0-7637-9086-8.
- DOLANSKÝ, Hynek. 2008. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství, 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
- DUNCAN, J. W., GINTER, P. M. and SWAYNE, L. E. 2008. *Strategic management of health care organizations*. 6th ed. Chichester: John Wiley and Sons, 869 s. ISBN 978-1-4051-7918-8
- DUNGL, Pavel a kol. 2014. *Ortopedie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- EXNER, Lubomír, RAITER, Tomáš a STEJSKALOVÁ, Dita. 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
- FORET, Miroslav. 2003. *Marketingová komunikace*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 275 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-811-2.
- GALLO, Jiří a kol. 2007. *Artróza váhonosných kloubů ve světle medicíny založené na důkazu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 87 s. Učební texty. ISBN 978-80-244-1741-7.
- GLADKIJ, Ivan a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. *Lékařská etika*. 4. aktual. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 225 stran. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HNÍZDIL, Jan a kol. 2007. *Artróza v psychosomatickém přístupu: artróza kyčelního kloubu: informace pro pacienty, lékaře a fyzioterapeuty*. 1. vyd. Praha: Triton, 47 s. ISBN 978-80-7254-913-9.
- HOLČÍK, Jan. 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.

- HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína a PRUDIL, Lukáš. 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 115 stran. ISBN 978-80-7013-575-4.
- IVANOVÁ, Kateřina. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 240 s. ISBN 80-7013-442-9.
- IVANOVÁ Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica a GLADKIJ, Ivan. 2013. *Medicína a společnost*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 90 s. ISBN 978-80-244-3446-9.
- JANDOUREK, Jan. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 285 s. ISBN 80-7178-535-0.
- JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita. 77 s. ISBN 978-80-248-1285-4.
- KARLÍČEK, Miroslav a kol. 2013. *Základy marketingu*. 1. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-80-247-4208-3.
- KOTLER, Philip a ARMSTRONG, Gary. 2004. *Marketing*. 1. vyd. Praha: Grada, 855 s. Expert. ISBN 80-247-0513-3.
- LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MAAYTOVÁ, Alena. 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
- MATOCHOVÁ, Soňa. 2009. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 206 s. Disertační práce. ISBN 978-80-210-4757-0.
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9
- SOSNA, Antonín a kol. 2001. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 175 s. ISBN 80-7254-202-8.
- STAŇKOVÁ, Pavla. 2013. *Marketingové řízení nemocnic*. 1. vyd. Žilina: Georg, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.
- ŠATERA, Karel. 2010. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.

- ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA. 2013. *Podnikové řízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 685 s. ISBN 978-80-247-4642-5.
- VURM, Vladimír a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- WEIGL, Jiří a kol. 2015. *Otto von Bismarck: 200 let od narození*. Vydání první. Praha: Institut Václava Klause, 157 stran. Publikace; č. 20/2015. ISBN 978-80-7542-001-5.
- ZLÁMAL, Jaroslav. 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 150 s. ISBN 80-7013-441-0.
- ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

**SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ**

ACTA CHIRURGIAE ORTOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE ČECHOSLOVACA

Praha: SZdN, 1950- . ISSN 0001-5415. Dostupné z:  
[http://www.achot.cz/dwnld/achot\\_2014\\_supp.pdf](http://www.achot.cz/dwnld/achot_2014_supp.pdf)

ARTROZA.COM©2016. [online]. [cit. 2016-04-04]. *Artróza*. Dostupné z:  
<http://www.artroza.com/index.html>

EPRAVO.CZ© 1999-2016. [online]. [cit. 2016-03-10]. *Sbírka zákonů, judikatura, právo*  
Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/novela-zakona-c-3722011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-90640.html>

HASIM©2013 - 2014. [online]. *Ambulantní specialisté dostanou přidáno*. [cit. 2016-03-07] Dostupné z: <http://www.hasim.cz/content/ambulantni-specialiste-dostanou-pridano>

MEDICAL TRIBUNE ©2000 - 2016. [online] *Na etické otázky medicíny zítřka je třeba hledat odpovědi už dnes*[cit. 2016-04-03]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/35848>

MEDICAL TRIBUNE ©2000 - 2016. [online] *Lékařská praxe provozovaná fyzickou osobou* [cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14636-lekarska-praxe-provozovana-fyzickou-osobou>

MZČR©2010. [online]. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: *Zdravotní pojišťovny*  
[http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)

MZČR©2010. [online]. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z:  
[http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c273/2015-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a\\_10912\\_2439\\_1](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c273/2015-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a_10912_2439_1)

ÚZIS ČR ©2010 - 2016. [online]. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013*[cit. 2016-03-03]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>

ÚZIS ČR ©2010 - 2016. [online]. *Lůžková péče*. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z:  
<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

ÚZIS ČR ©2010 - 2016. [online]. *Sít' zdravotnických zařízení 2013*. [cit. 2016-03-07] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>

WHO©2015. [online]. *Data and evidence* [cit. 2015-10-03]. Dostupné z:

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/152184/RD\\_Dastein\\_speech\\_wellbeing\\_07Oct.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf)

RONNIE.cz©1999 – 2016 [online]. *Jak vypadá léčby artrózy?* [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://medicina.ronnie.cz/c-4248-jak-vypada-lecba-artrozy.html>

SZÚ ČR ©2015. [online]. *Odpady ze zdravotnických zařízení* [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/odpady-ze-zdravotnickych-zarizeni>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|      |   |
|------|---|
| ACP  | Autologní kondiciovaná plasma (Autologous Conditioned Plasma) |
| ČR   | Česká republika   |
| DD   | Diadynamické proudy   |
| DZP  | Domácí zdravotní péče   |
| EDS  | Evropský soudní dvůr  |
| EHS  | Evropské hospodářské společenství                             |
| EU   | Evropská unie   |
| HDP  | Hrubý domácí produkt  |
| KJ   | Kapitační jednotka  |
| MZ   | Ministerstvo zdravotnictví                                    |
| OA   | Osteoartróza  |
| OSVČ | Osoba samostatně výdělečně činná                              |
| PL   | Praktický lékař   |
| PC   | Osobní počítač (personal computer)                            |
| RTG  | Rentgen   |
| TENS | Transkutánní elektrická nervová stimulace                     |
| ÚZIS | Ústav zdravotnických informací a statistiky                   |
| WHO  | Světová zdravotnická organizace                               |
| ZÚM  | Zúčtovatelný materiál   |
| ZÚLP | Zúčtovatelný léčebný prostředek                               |
| ZZ   | Zdravotnické zařízení   |

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

|   |    |
|---|----|
| <i>Obrázek 1 - SWOT analýza (vlastní zpracování)</i> .....            | 67 |
| <i>Obrázek 2 - Cíle a hypotézy výzkumu (vlastní zpracování)</i> ..... | 69 |
| <i>Obrázek 3 - Projektové řešení (vlastní zpracování)</i> .....       | 89 |

**SEZNAM TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| <i>Tabulka 1 - Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)</i> .....            | 71 |
| <i>Tabulka 2 - Rozdělení respondentů podle pohlaví (vlastní zpracování)</i> .....             | 72 |
| <i>Tabulka 3 - Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)</i> .....                | 73 |
| <i>Tabulka 4 - Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)</i> ..... | 74 |
| <i>Tabulka 5 - Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)</i> .....          | 75 |
| <i>Tabulka 6 - Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)</i> .....             | 76 |
| <i>Tabulka 7 - Úplnost informací (vlastní zpracování)</i> .....                               | 77 |
| <i>Tabulka 8 - Hledání dalších informací (vlastní zpracování)</i> .....                       | 78 |
| <i>Tabulka 9 - Způsob získávání informací (vlastní zpracování)</i> .....                      | 79 |
| <i>Tabulka 10 - Možnost další konzultace (vlastní zpracování)</i> .....                       | 80 |
| <i>Tabulka 11 - Forma konzultace (vlastní zpracování)</i> .....                               | 81 |
| <i>Tabulka 12 - Čas konzultace (vlastní zpracování)</i> .....                                 | 82 |
| <i>Tabulka 13 - Počet konzultací (vlastní zpracování)</i> .....                               | 83 |
| <i>Tabulka 14 - Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)</i> .....             | 84 |
| <i>Tabulka 15 - Způsob úhrady (vlastní zpracování)</i> .....                                  | 85 |
| <i>Tabulka 16 - Časová analýza (vlastní zpracování)</i> .....                                 | 90 |
| <i>Tabulka 17 - Nákladová analýza (vlastní zpracování)</i> .....                              | 91 |
| <i>Tabulka 18 - Hodnoty u kódu 09523 (vlastní zpracování)</i> .....                           | 92 |
| <i>Tabulka 19 - Hodnoty u kódu 66023 (vlastní zpracování)</i> .....                           | 92 |
| <i>Tabulka 20 - Přepočtená hodnota bodu (vlastní zpracování)</i> .....                        | 92 |
| <i>Tabulka 21 - Zisk z kódu 09523 (vlastní zpracování)</i> .....                              | 93 |
| <i>Tabulka 22 - Zisk z kódu 66023 (vlastní zpracování)</i> .....                              | 93 |
| <i>Tabulka 23 - Návratnost investice (vlastní zpracování)</i> .....                           | 93 |
| <i>Tabulka 24 - Matice rizika (vlastní zpracování dle Váchala, 2013, s. 536).</i> .....       | 95 |



**SEZNAM GRAFŮ**

|  |    |
|--|----|
| <i>Graf 1 - Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)</i> .....            | 71 |
| <i>Graf 2 - Rozdělení respondentů do skupin podle pohlaví (vlastní zpracování)</i> .....   | 72 |
| <i>Graf 3 - Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)</i> .....                | 73 |
| <i>Graf 4 - Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)</i> ..... | 74 |
| <i>Graf 5 - Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)</i> .....          | 75 |
| <i>Graf 6 - Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)</i> .....             | 76 |
| <i>Graf 7 - Úplnost informací (vlastní zpracování)</i> .....                               | 77 |
| <i>Graf 8 - Hledání dalších informací (vlastní zpracování)</i> .....                       | 78 |
| <i>Graf 9 - Způsob získávání informací (vlastní zpracování)</i> .....                      | 79 |
| <i>Graf 10 - Možnost další konzultace (vlastní zpracování)</i> .....                       | 80 |
| <i>Graf 11 - Forma konzultace (vlastní zpracování)</i> .....                               | 81 |
| <i>Graf 12 - Čas konzultace (vlastní zpracování)</i> .....                                 | 82 |
| <i>Graf 13 - Počet konzultací (vlastní zpracování)</i> .....                               | 83 |
| <i>Graf 14 - Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)</i> .....             | 84 |
| <i>Graf 15 - Způsob úhrady (vlastní zpracování)</i> .....                                  | 85 |

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha PI Dotazník k diplomové práci

Příloha PII Počet operací TEP v Kroměřížské nemocnici a.s 2013 – 2015

Příloha III Počet operací TEP v ČR 2003 – 2012

## **PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI**

Dobrý den, jmenuji se Andrea Slováčková, jsem studentka UTB ve Zlíně, obor Management ve zdravotnictví. Pokud čekáte na totální endoprotézu (TEP) kloubu nebo Vám byla v nedávné době nově diagnostikována artróza kloubu, ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude součástí mé diplomové práce. Děkuji za Vaši ochotu i Váš čas.

1. Jste
  - čekatel na TEP kloubu
  - nově diagnostikovaný pacient
  
2. Jste
  - muž
  - žena
  
3. Kolik je Vám let
  - 18 – 35
  - 36 – 45
  - 46 – 55
  - 56 – 65
  - 66 – 75
  - 76 a více
  
4. Vaše dokončené vzdělání je
  - základní
  - střední odborné (s výučním listem)
  - středoškolské (s maturitou)
  - vysokoškolské
  
5. Kdo rozhodl o TEP nebo Vám sdělil diagnózu (artróza kloubu)
  - praktický (obvodní) lékař
  - ortoped nebo jiný specialista
  - o operaci bylo rozhodnuto jiným způsobem (můžete prosím krátce napsat jakým způsobem)
  - diagnózu jste se dozvěděl jiným způsobem (můžete prosím krátce napsat jakým způsobem)
  
6. Kolik času Vám lékař k objasnění postupu operace TEP nebo diagnózy věnoval
  - 5 a méně minut
  - 10 a méně minut
  - 10 - 15 minut
  - více než 15 minut
  
7. Jak hodnotíte informace, které Vám lékař sdělil
  - zcela dostatečné
  - dostatečné
  - neúplné

- nedostatečné
- zcela nedostatečné

8. Hledal (a) jste další informace mimo ordinaci lékaře

- ano
- ne

9. Pokud jste v otázce č. 8 zvolil (a) odpověď ano, odpovězte prosím, kde jste informace hledal

- na internetu
- v odborné literatuře
- u rodinných příslušníků a přátel
- u jiného odborníka
- z jiných zdrojů (napište prosím krátce, o jaký zdroj se jednalo)

10. Uvítal (a) byste možnost další konzultace Vašeho zdravotního stavu

- ano
- ne

11. Pokud jste v otázce č. 10 odpověděl (a) ano, uveďte prosím, jaký způsob konzultace byste preferoval (a)

- osobní konzultace s lékařem
- osobní konzultace s jiným zdravotníkem (všeobecná sestra, fyzioterapeut)
- konzultace s lékařem ve skupině pacientů se stejnou diagnózou
- konzultace s jiným zdravotníkem (všeobecná sestra, fyzioterapeut) ve skupině pacientů se stejnou diagnózou

12. Jak dlouhá konzultace by Vám vyhovovala

- 10 minut
- 15 minut
- 20 minut
- 30 minut
- více než 30 minut

13. Kolik konzultací by Vám vyhovovalo

- 1 konzultace
- 2 konzultace
- 3 a více konzultací

14. Uvítal (a) byste možnost vzniku informačního centra pro pacienty s artrózou

- ano, využil (a) bych ho
- ne, nevyužil (a) bych ho

- 15. Pokud jste v otázce č. 14 odpověděl (a) ano, uveďte prosím, zda byste byl (a) ochotný (á) za tuto službu platit**
- **ano, nevadilo by mi to**
  - **využil bych ji jen v případě, že by byla hrazená zdravotní pojišťovnou**

**PŘÍLOHA PII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ TEP  
V KROMĚŘÍŽSKÉ NEMOCNICI A. S. 20013 - 2015**

Počet operací TEP provedených na ortopedickém oddělení Kroměřížské nemocnice a. s.

**1. 1. – 31. 12. 2013**

| Poj.:         | TEP kyčle  | REVIZE kyčle | EXT. TEP kyčle | TEP kolena | REVIZE kolena | EXT. TEP kolena | Celkem     |
|---------------|------------|--------------|----------------|------------|---------------|-----------------|------------|
| 111           | 128        | 14           | 1              | 75         | 7             | -               | 225        |
| 213           | 51         | -            | -              | 29         | 3             | -               | 83         |
| 201           | 10         | 1            | -              | 4          | -             | -               | 15         |
| 211           | 14         | 1            | -              | 12         | 1             | -               | 28         |
| 207           | 4          | -            | -              | 3          | -             | -               | 7          |
| 205           | 14         | -            | -              | 10         | -             | -               | 24         |
| 209           | 1          | -            | -              | -          | -             | -               | 1          |
| <b>Celkem</b> | <b>222</b> | <b>16</b>    | <b>1</b>       | <b>133</b> | <b>11</b>     | <b>-</b>        | <b>383</b> |

Počet operací TEP provedených na ortopedickém oddělení Kroměřížské nemocnice a.  
s

**1. 1. – 31. 12. 2014**

| Poj.:         | TEP kyčle  | REVIZE kyčle | EXT. TEP kyčle | TEP kolena | REVIZE kolena | EXT. TEP kolena | Celkem     |
|---------------|------------|--------------|----------------|------------|---------------|-----------------|------------|
| 111           | 127        | 15           | 1              | 73         | 11            | 1               | 228        |
| 213           | 50         | 2            | -              | 28         | 6             | -               | 86         |
| 201           | 5          | -            | -              | 8          | 1             | -               | 14         |
| 211           | 19         | 1            | -              | 10         | 3             | -               | 33         |
| 207           | 4          | 1            | -              | 1          | -             | -               | 6          |
| 205           | 18         | -            | 1              | 15         | 1             | -               | 35         |
| <b>Celkem</b> | <b>223</b> | <b>19</b>    | <b>2</b>       | <b>135</b> | <b>22</b>     | <b>1</b>        | <b>402</b> |

Počet operací TEP provedených na ortopedickém oddělení Kroměřížské nemocnice a.  
s

**1. 1. – 31. 12. 2015**

| Poj.:         | TEP kyčle  | REVIZE kyčle | EXT. TEP kyčle | TEP kolena | REVIZE kolena | EXT. TEP kolena | Celkem     |
|---------------|------------|--------------|----------------|------------|---------------|-----------------|------------|
| 111           | 128        | 9            | 3              | 87         | 4             | -               | 231        |
| 213           | 50         | 1            | -              | 34         | 4             | -               | 89         |
| 201           | 10         | -            | -              | 7          | -             | 1               | 18         |
| 211           | 23         | 2            | -              | 10         | 1             | -               | 36         |
| 207           | 7          | -            | -              | 4          | 1             | -               | 12         |
| 205           | 15         | 2            | -              | 14         | 1             | -               | 32         |
| 998           | -          | -            | -              | 1          | 0             | -               | 1          |
| <b>Celkem</b> | <b>233</b> | <b>14</b>    | <b>3</b>       | <b>157</b> | <b>11</b>     | <b>1</b>        | <b>419</b> |

**PŘÍLOHA PIII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ V ČR 2003 - 2012**

| <b>Rok</b>    | <b>Primární implantace</b> | <b>Reimplantace</b> |
|---------------|----------------------------|---------------------|
| <b>2003</b>   | <b>5640</b>                | <b>1025</b>         |
| <b>2004</b>   | <b>6902</b>                | <b>1090</b>         |
| <b>2005</b>   | <b>9570</b>                | <b>1289</b>         |
| <b>2006</b>   | <b>9458</b>                | <b>1416</b>         |
| <b>2007</b>   | <b>9495</b>                | <b>1452</b>         |
| <b>2008</b>   | <b>11558</b>               | <b>1428</b>         |
| <b>2009</b>   | <b>11681</b>               | <b>1354</b>         |
| <b>2010</b>   | <b>11867</b>               | <b>1360</b>         |
| <b>2011</b>   | <b>12433</b>               | <b>1488</b>         |
| <b>2012</b>   | <b>13130</b>               | <b>1557</b>         |
| <b>Celkem</b> | <b>101734</b>              | <b>13459</b>        |



## **PŘÍLOHA IV: HARMONY MEDICAL & WELLNESS**



*HARMONY Medical & Wellness: čekárna (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)*



*HARMONY Medical & Wellness: pracovna sestry (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)*



*HARMONY Medical & Wellness: pracovna fyzioterapeuta (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)*



*HARMONY Medical & Wellness: tělocvična (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)*





*HARMONY Medical & Wellness: whirlpool (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)*



*HARMONY Medical & Wellness: veranda (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)*