

Projekt zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov

Mgr. Pavel Vančura

Diplomová práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

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

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

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

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

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

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

II. Praktická část

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

Závěr

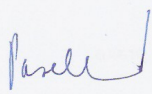
Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

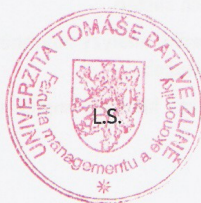
Seznam odborné literatury:

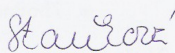
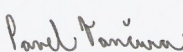
BUCKLEY, Patrick T. The complete guide to hospital marketing. 2nd ed. Danvers, MA: HCPro, c2009, 173 s. ISBN 978-1-60146-351-7.
GLADKIJ, Ivan. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
SOUČEK Zdeněk a Jan BURIAN. Strategické řízení zdravotnických zařízení.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

Vedoucí diplomové práce: **doc. Ing. Pavla Staňková, Ph.D.**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **30. června 2015**
Termín odevzdání diplomové práce: **24. srpna 2015**

Ve Zlíně dne 30. června 2015


prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka




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


PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

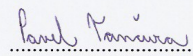
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen v případě, že uzavřu licenční smlouvu uzavřenou 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 použítou 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 20. srpna 2015


Mgr. Pavel Vančura

ABSTRAKT

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

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

ABSTRACT

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

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

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

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SYSTÉM POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A PRINCIPY JEJÍHO FINANCOVÁNÍ	12
1.1 DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	12
1.2 VÝVOJ NEMOCNIČNÍ PÉČE	18
1.3 PRINCIPY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR	19
1.3.1 Financování zdravotnictví jako celku	20
1.3.2 Systém financování nemocnic	21
1.3.3 Financování ambulantní zdravotní péče	22
2 SPECIFIKA ZDRAVOTNICTVÍ	26
3 MANAŽERSKÉ ŘÍZENÍ NEMOCNIC	28
3.1 SITUAČNÍ ANALÝZA	28
3.1.1 Analýza makroprostředí	29
3.1.2 Analýza vnějšího mikroprostředí	30
3.1.3 Analýza vnitřního mikroprostředí	31
3.1.4 SWOT analýza	31
3.2 MARKETINGOVÉ ŘÍZENÍ JAKO SOUČÁST MANAŽERSKÉHO ŘÍZENÍ	32
4 HODNOCENÍ EFEKTIVNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE	34
4.1 HODNOCENÍ EKONOMICKÉ EFEKTIVNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE	34
4.1.1 Náklady, výnosy a výsledek hospodaření	35
4.1.2 Nástroje hospodaření a finančního řízení	37
4.1.3 Finanční analýza	38
4.2 MIMO EKONOMICKÉ A MEDICÍNSKO – EKONOMICKÉ UKAZATELE VE ZDRAVOTNICTVÍ	40
5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	43
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
6 SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV	45
6.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA SDRUŽENÉHO ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ KRNOV	46
6.2 ORGANIZAČNÍ CHARAKTERISTIKA	47
6.3 CHARAKTERISTIKA POSKYTOVANÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE	49
6.4 NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE	50
7 ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	53
8 ANALÝZA PROSTŘEDÍ ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	55
8.1 ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ	55
8.1.1 Politicko – právní prostředí	55
8.1.2 Ekonomické prostředí	57
8.1.3 Sociální prostředí	57
8.1.4 Technologické prostředí	59
8.2 ANALÝZA VNĚJŠÍHO MIKROPROSTŘEDÍ	59
8.3 ANALÝZA VNITŘNÍHO MIKROPROSTŘEDÍ OOP DVORCE	64
8.3.1 Analýza ekonomických a mimoekonomických ukazatelů Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce.....	65

8.3.2	Analýza ekonomických ukazatelů	65
8.3.3	Analýza mimoekonomických ukazatelů zdravotní péče	68
8.3.4	Marketingové řízení oddělení	71
8.3.5	Proces kontroly hlavní činnosti	71
8.3.6	Provozní oblast	72
8.4	SWOT ANALÝZA	73
8.5	SHRNUTÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI	75
9	PROJEKT ZVÝŠENÍ EFEKTIVNOSTI ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE	77
9.1	CÍL PROJEKTU	78
9.2	MARKETINGOVÉ ŘÍZENÍ ODDĚLENÍ	79
9.3	ZAVEDENÍ PROCESU KONTROLY HLAVNÍ ČINNOSTI	81
9.4	ZRUŠENÍ STRAVOVACÍHO PROVOZU	81
9.5	AKČNÍ PLÁNY	82
10	ČASOVÁ, NÁKLADOVÁ A RIZIKOVÁ ANALÝZA	85
10.1	ČASOVÁ ANALÝZA	85
10.2	NÁKLADOVÁ ANALÝZA	86
10.3	RIZIKOVÁ ANALÝZA	88
11	PLÁN KONTROLY A VYHODNOCENÍ PROJEKTU	91
11.1	PLÁN KONTROLY	91
11.2	VYHODNOCENÍ PROJEKTU	92
11.3	NÁVRH FINANČNÍHO PLÁNU NA ROK 2016	93
	ZÁVĚR	96
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	98
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	101
	SEZNAM OBRÁZKŮ	103
	SEZNAM TABULEK	104
	SEZNAM GRAFŮ	106
	SEZNAM PŘÍLOH	107

ÚVOD

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

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

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

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

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

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

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

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

Situační analýza zahrnuje PEST analýzu, Porterovu analýzu a analýzu vnitřního mikroprostředí. Všechny dílčí analýzy jsou zapracovány do SWOT analýzy, která podrobně identifikuje silné a slabé stránky pracoviště, jeho příležitosti a hrozby. SWOT analýza je výchozím zdrojem pro posouzení současného stavu oddělení a pro navržení opatření k odstranění slabých stránek pracoviště a jeho hrozeb.

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

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYSTÉM POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A PRINCIPY JEJÍHO FINANCOVÁNÍ

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

1.1 Druhy zdravotní péče v ČR

Jednotlivé oblasti poskytování zdravotní péče v ČR jsou definovány v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (Česko, 2011), který vstoupil v platnost dne 1. 4. 2012. Tato zákonná úprava nahradila zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (Česko, 1966), který byl opakovaně novelizován a jehož obsah i struktura již nevyhovovaly současnému pojetí zdravotní péče.

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

„§ 5 Druhy zdravotní péče

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

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

(2) Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí jsou

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

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

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

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

§ 6 Formy zdravotní péče

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

§ 7 Ambulantní péče

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

(2) Ambulantní péče je poskytována jako

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

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

§ 8 Jednodenní péče

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

§ 9 Lůžková péče

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

(2) Lůžkovou péčí je

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

kové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,

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

§ 10 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

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

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

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

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

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

Praktický význam má jednoduchá typologie dle Papeše (2002, s. 31) podle třídícího hlediska, která dělí zdravotnické instituce na:

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

- instituce vzniklé na bázi medicínských oborů,
- instituce pro primární, sekundární a terciální léčbu.

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

Jak uvádí Gladkij (2003, s. 49) je v ČR primární zdravotní péče poskytována na municipální nebo lokální úrovni a v současné době zahrnuje následující čtyři druhy lékařů primární péče:

- praktický lékař pro dospělé,
- praktický lékař pro děti a dorost,
- stomatolog,
- gynekolog.

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

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

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

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

Gladkij (2003, s. 51 – 52) třídí nemocnice podle několika hledisek:

1. Podle průměrné délky ošetrovací doby rozlišujeme nemocnice pro akutní péči (hospitalizace do 30 dnů) a nemocnice pro dlouhodobou péči.
2. Podle typu vlastnictví jsou nemocnice klasifikovány na:
 - nemocnice ve vlastnictví a správě státu; jedná se zpravidla o velké krajské, fakultní a vojenské nemocnice,
 - veřejné nemocnice ve vlastnictví a správě měst a obcí,
 - soukromé nemocnice neziskového charakteru ve vlastnictví a správě církví, dobročinných organizací; soukromé nemocnice typu akciových společností, družstev a jiných typů firem, založené na podnikatelském principu.
3. Podle převažujícího typu péče se nemocnice dělí na nemocnice všeobecné a nemocnice specializované. Všeobecné nemocnice jsou velice často klasifikovány podle rozsahu lůžkového fondu nemocnice na:
 - nemocnice malé (do 300 lůžek),
 - nemocnice střední (300 – 600 lůžek).
 - nemocnice velké (kapacita nad 600 lůžek).

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

1.2 Vývoj nemocniční péče

V posledních asi 20 letech lze v jednotlivých zemích zaznamenat následující tendence ve vývoji nemocniční péče. Papeš (2002, s. 31 – 32) uvádí následující směry vývoje:

- Existují snahy optimalizovat lůžkový fond nemocnic z hlediska jeho kapacit, struktury a celkové efektivity.
- Dochází k postupnému snižování průměrné délky hospitalizace.
- V některých zemích dochází při snižování počtu lůžek k tlaku na jejich obsazení.
- Některé výkony se přesouvají do ambulantní a semiambulantní péče.
- Vzhledem k demografickým změnám se projevují snahy reprofilizovat lůžkový fond ve prospěch lůžek pro dlouhodobě nemocné.

- Hledají se takové způsoby financování nemocnic, které by motivovaly nemocniční týmy k posilování kvality a racionálnímu využívání prostředků.
- Obecně je akceptována zásada, že potřebná a lékařsky opodstatněná nemocniční péče by měla být dostupná pro všechny občany, a to bez ohledu na platební schopnosti jedinců.
- Rozvoj nových medicínských technologií klade nemalé nároky na ceny nemocniční péče a orientuje pozornost na zkoumání účinnosti a efektivnosti těchto nových technologií.
- Prakticky ve všech vyspělých zemích probíhají větší nebo menší reformy nemocniční péče zaměřené na zvyšování kvality a efektivity.

1.3 Principy financování zdravotní péče v ČR

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

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

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

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

1.3.1 Financování zdravotnictví jako celku

V roce 2012 bylo 78,8 % výdajů na zdravotnictví hrazeno ze systému veřejného zdravotního pojištění. Státní a územní rozpočty hradily 5,3 % celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 15,9 %. (ÚZIS, 2013). Podíl soukromých výdajů na zdravotnictví rostl zejména po roce 2008, a to v souvislosti se zavedením regulačních poplatků. Jejich výrazné omezení od 1. 1. 2014 a praktické zrušení od 1. 1. 2015 (zůstal pouze regulační poplatek za pohotovostní službu) teprve ukáže jestli se podíl soukromých výdajů na zdravotnictví sníží.

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

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

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

2014 výrazný nárůst (Klusáková, 2014, s. 1 – 2).

1.3.2 Systém financování nemocnic

Jak uvádí Gladkij (2003, s. 122), tak systém financování zdravotní péče prostřednictvím státního rozpočtu byl v roce 1992 nahrazen systémem, kdy byla zdravotní péče financována prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Nemocnice byly počínaje tímto obdobím placeny z prostředků zdravotního pojištění prostřednictvím platby za výkon. Nemocnice vykazovaly své výkony v bodech a hodnota bodu se odvíjela od příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven. Tento systém plateb vedl k nepřiměřené honbě za body, ke zbytečnému prodlužování délky hospitalizací a k neúměrnému zvyšování nákladů na nemocniční péči.

Od 1. 1. 1997 zavedlo Ministerstvo zdravotnictví nový seznam zdravotních výkonů, který stanovoval hodnotu bodu přímo korunovou sazbou. V roce 2007 došlo k další změně systému a nemocnice byly financovány prostřednictvím tzv. paušálních plateb. Systém vycházel z předpokladu, že převážná většina nákladů nemocnic je fixních, a není tudíž závislá na počtu pacientů či počtu realizovaných výkonů. Gladkij (2003, s. 122) uvádí, že tyto náklady tvoří přibližně 75 % celkových nákladů nemocnic. Výše paušálu byla potom stanovena podle skutečné výše nákladů z předchozího roku.

Gladkij (2003, s. 122 – 123) uvádí řadu problémů paušálního systému financování nemocniční péče:

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

Od 1. 1. 2012 došlo k zásadní změně ve financování nemocnic. Přibližně 75 % nemocniční péče je financováno prostřednictvím plateb za diagnostické skupiny – Diagnosis Related Groups (DRG). Tento systém klasifikuje skupiny pacientů podle příbuzných diagnóz do jednotlivých skupin a na základě vypočítaných průměrných nákladů je stanovena relativní váha dané skupiny. Tento systém, který je jednou z forem tzv. řízené péče, je ve světě

uplatňován od roku 1962 a v České republice ve formě pilotního projektu od roku 1996.

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

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

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

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

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

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

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

Na principu tzv. lůžkodnů je financována především následná a dlouhodobá péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech.

1.3.3 Financování ambulantní zdravotní péče

Oblast ambulantní péče tvoří různorodá skupina segmentů zdravotní péče, které jsou často financovány na rozdílném principu.

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

základní sazby na jednicového pojištěnce je upravena v závislosti na výši regulačního koeficientu – bonifikaci GIP.

Ambulantní specialisté. Jak uvádí Gladkij (2003, s. 117), tak tato početná skupina lékařů představuje z hlediska financování zdravotní péče nejvíce problémovou oblast, neboť současný systém financování neuspokojuje ambulantní specialisty ani zdravotní pojišťovny. Platba za poskytnuté zdravotní výkony spočívala ve vytvoření Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Podle něj vykazuje specialista své výkony a k nim sazebník přiřazuje určitý počet bodů. Pro výši finančního ohodnocení je potom rozhodující korunová výše jednoho bodu. Hodnota bodu je potom výsledkem dohodovacího řízení mezi lékařskou komorou a pojišťovnami. Druhým principem je hrazení výkonů formou tzv. maximální úhrady, kdy lékaři mají určitou částku určenou jako strop, kterou nemohou překročit. Výše stropu se počítá na jednoho ošetřovaného pojištěnce. V této práci jsou popsány pouze základní principy, celý systém úhrad je ještě podstatně složitější.

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

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

Fyzioterapie v ambulantních zdravotnických zařízeních + homecare. Jak uvádí Gladkij (2003, s. 119 – 120), tak úhrada tohoto segmentu zdravotnické péče je realizována na

základě příslušné vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR hodnotou bodu v Kč do limitu nositele výkonu na pracovní den. Nadstandardní služby mohou být poskytovány za přímou úhradu.

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

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

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

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

Léky jsou pacientům vydávány:

- zdarma,
- s doplatkem,
- za plnou úhradu v hotovosti.

Dle Šatery (2012, s. 45 – 54) finanční částky vyplývající z lékařských předpisů lékárny nárokují u příslušné zdravotní pojišťovny. V dalším měsíci je částka po případné korekci poukázána zdravotní pojišťovnou na účet příslušné lékárny. Způsob financování léků určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR. Léky jsou distribuovány až po jejich registraci Státním ústavem pro kontrolu léčiv, který odpovídá za jejich kvalitu a složení. Stát reguluje i ceny léků, když maximální ceny jsou stanoveny Ministerstvem financí ČR. Od roku 1995 se používá tzv. generický princip kategorizace a úhrad, to znamená, že ve skupině gene-

rických substancí je alespoň jeden lék, který je plně hrazen ze zdravotního pojištění. U ostatních léků rozdíl mezi úhradou a cenou doplácí pacient. V této oblasti je rozhodující činnost Kategorizační komise Ministerstva zdravotnictví ČR.

2 SPECIFIKA ZDRAVOTNICTVÍ

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

Základními specifiky zdravotnického systému, které je nutné respektovat v rámci marketingového řízení, jsou (Gladkij, 2003, s. 254):

- Systém zdravotnictví je jen součástí celého komplexu péče o zdraví. Systém péče o zdraví vyžaduje i existenci řady dalších podsystémů, které spolu se zdravotnictvím vytvářejí celkový komplex péče o zdraví lidí daného státu.
- Požadovaným výstupem je zdraví obyvatelstva, ne však pouze současné, ale i budoucí generace. Nejedná se tedy o potřeby současných generací obyvatelstva, nýbrž i ve vytváření příznivých podmínek pro zdravý vývoj příštích generací.
- Zdraví je ovlivňováno řadou dalších, především socioekonomických determinant – v roce 1976 vytvořil Lalonde teorii „zdravotního pole“, podle níž se na formování zdravotního stavu podílejí nejvíce 4 druhy faktorů: životní styl (50 – 60%), životní prostředí (15 – 20%), genetika (15 – 20%) a systém zdravotních služeb (10 – 20%). Ovlivňují jej také zdroje z okolí (např. celosvětové pandemie, epidemie apod.).
- Samotný proces zdravotní péče je ovlivněn jejich dostupností, kvalitou, dostatečností, úrovní vědy a výzkumu a prostředků vkládaných do celého systému péče o zdraví.
- Celý komplex péče o zdraví je velmi složitý, vyvíjející se otevřený systém s často předvídatelnými, avšak i pouze možnými výstupy, kde míra pravděpodobnosti je mnohdy sice vysoká, avšak nedá se jednoznačně hovořit o zcela bezproblémovém a jasném výstupu.
- Zdravotnictví se dotýká každého člověka.
- Lidé velmi vnímají problematiku péče o zdraví, problematiku zdravotnictví. Dokonce reklamy propagující prostředky upevňující nebo zlepšující individuální zdraví, mají vysokou a rychlou odezvu v nákupu propagovaných výrobků, léků nebo služeb.

- Zdravotnictví nemá pouze jeden hlavní cíl, ale řadu i dílčích cílů, kdy je nesnadné určit jednoznačná a lehce stanovitelná kritéria. Zdravotní stav je dán obvykle souhrnem ukazatelů, které se mohou vyskytovat v určitém rozmezí, popřípadě některé mohou být negativní, jejich zmírnění nebo odstranění však může mít vedlejší účinky v jiné oblasti zdraví. Nejednoznačnost je mnohdy problémem v řadě zdravotnických oborů, některé diagnózy vyžadují řadu nutných vylučovacích metod, je to velmi složitý a vzájemně provázaný systém.
- Mezi výsledky vědy a výzkumu existuje často velmi dlouhá doba, než je možná aplikace či standardní nasazení léků nebo metod v léčebné praxi. Léky například musí projít dlouhodobým testováním, kde je nutné zkoumat, zjišťovat a hodnotit vedlejší účinky a to může trvat i roky a ani pak není vyloučena neškodnost ve všech případech.
- Samotná péče o zdraví, jakož i zdravotnictví a především postavení a jednání lékařů, je silně založeno na etice, pomoci a snaze záchrany života a zdraví.
- Zdravotnictví vyžaduje vysoký stupeň vzdělanosti a celoživotního vzdělávání nejen lékařů, ale naprosté většiny všech pracovníků a proces „sebevzdělávání“ je nezbytným znakem výkonu povolání, a to až do konce aktivního působení ve zdravotnictví.
- Ceny ve zdravotnictví, tedy jeden z nástrojů marketingového řízení, jsou ve zdravotnictví v ČR silně potlačeny. Prakticky existují pouze 2 druhy cen – regulované a smluvní, přičemž převážná část patří do kategorie cen regulovaných.

Obdobnou specifikaci zdravotnického systému uvádí i Gladkij s Koldovou (2005, s. 166-172). Větší důraz je však kladen na vliv demografických faktorů na systém poskytování zdravotní péče.

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

3 MANAŽERSKÉ ŘÍZENÍ NEMOCNIC

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

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

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

Nezbytnou součástí kvalitního řízení je podrobně zpracovaná výchozí situace organizace, tzv. situační analýza.

3.1 Situační analýza

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

Situační analýza obsahuje analýzu makroprostředí, analýzu vnějšího mikroprostředí a analýzu vnitřního mikroprostředí.

Tab. 1 Faktory vnějšího a vnitřního prostředí (zdroj: Staňková, 2013b, s. 80)

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

3.1.1 Analýza makroprostředí

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Analýza vnějšího mikroprostředí

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

První síla – noví konkurenti vstupující do odvětví

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

Druhá síla – substituční výrobky

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

Třetí síla – vyjednávací síla kupujících

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

Čtvrtá síla – vyjednávací síla dodavatelů

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

Pátá síla – rivalita mezi současnými konkurenty na trhu

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

Šestá síla – síla komplementářů

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

3.1.3 Analýza vnitřního mikroprostředí

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

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

3.1.4 SWOT analýza

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

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

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

Tab. 2 Strategická matice SWOT (zdroj: Staňková, 2013a, s. 162)

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

3.2 Marketingové řízení jako součást manažerského řízení

Buckley (2009, s. 18) definuje marketing ve zdravotnictví jako vzdělávání sebe sama s cílem zajistit potřeby a přání potenciálních zákazníků. Klienty získáme prostřednictvím marketingových aktivit, pokud nabídneme požadované služby na správném místě a ve správném čase.

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

Základním nástrojem při uplatňování marketingu ve zdravotnictví je marketingový mix. Dle Zlámala (2006, s. 59) pojednává marketingový mix o všech aspektech, které se nedílně vážou k produktu. Marketingový mix ve zdravotnictví je komplex hodnot, které jsou nabízeny klientům – pacientům.

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

- Segmentaci (Segmentation),
- Zacílení (Targeting),
- Umístění (Positioning).

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

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

4 HODNOCENÍ EFEKTIVNOSTI ZDRAVOTNÍ PÉČE

Při hodnocení efektivnosti zdravotní péče je vhodné hodnotit jak ekonomické, tak i mimoeconomické ukazatele efektivnosti zdravotní péče. Základními zdroji informací každé zdravotnické instituce a organizace ve vztahu k řízení a hodnocení efektivnosti procesů je účetnictví, operativní evidence a statistika.

4.1 Hodnocení ekonomické efektivnosti zdravotní péče

Hlavním nástrojem pro monitorování ekonomických procesů v organizaci je systém účetnictví. V podmínkách tržní ekonomiky plní účetnictví dle Zlámala (2000, s. 17 – 19) tyto základní funkce:

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

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

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

V České republice stanovuje povinnost podnikatelských subjektů a dalších organizací vést účetnictví Zákon o účetnictví č. 539/1991 Sb. ve znění zákona č. 117/1994 Sb. a příslušných novel. Dle Zlámala (2002b, s. 17 – 18) zákon stanovuje rozsah a způsob vedení účetnictví a jeho průkaznost pro dvě kategorie subjektů, tzv. účetních jednotek:

- pro všechny právnické osoby,
- pro fyzické osoby, které provozují podnikatelskou činnost nebo jinou výdělečnou činnost.

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

Jak uvádí Zlámal (2000, s. 17 – 19), tak finanční účetnictví poskytuje ucelený soubor informací o organizaci jako celku a o jejích vztazích k vnějšímu prostředí, vnitropodnikové účetnictví zajišťuje především informace o strukturách a vztazích uvnitř dané organizace.

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

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

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

4.1.1 Náklady, výnosy a výsledek hospodaření

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

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

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

Jak uvádí Otrusinová s Tučkovou (2011, s. 64 – 65), tak se hospodaření ekonomických subjektů vždy k určitému datu posuzuje výsledkem hospodaření, který představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady za určité období.

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

Tab. 3 Výkaz zisku a ztráty (zdroj: Otrusinová, Tučková, 2011, s. 64)

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

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

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

4.1.2 Nástroje hospodaření a finančního řízení

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

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

Jak uvádí Otrusinová s Tučkovou (2011, s. 115), tak hlavní zásady finančního řízení a hospodaření s veřejnými prostředky jsou založeny na principu tzv. „6E“, dle anglických slov Economy, Efficiency, Effectiveness, Equity, Environment a Ethics. Uvedené výrazy lze volně interpretovat následujícím způsobem:

- Economy (hospodárnost) – co nejnížší vynaložení prostředků při dodržení odpovídající kvality.
- Effectiveness (efektivnost) – dosažení potřebných výstupů s minimem finančních vstupů, vztah mezi vstupy a výstupy.
- Efficiency (efektivita) – výkonnost, účelnost.
- Equity (spravedlnost) – snaha dělat věci správně, zejména ve vztahu k okolí.
- Environment (prostředí) – odpovědný přístup ve vztahu k pracovnímu a životnímu prostředí.

- Ethics (etika) – důraz na právní a morální chování managementu i zaměstnanců.

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

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

Dle Otrusinové s Tučkovou (2011, s. 117) základními nástroji hospodaření a finančního řízení jsou:

- plánování,
- rozpočet,
- kalkulace,
- účetnictví,
- řízení finančních toků – cash flow,
- řízení daní,
- řízení rizik, pojištění,
- finanční analýza,
- finanční kontrola.

4.1.3 Finanční analýza

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

Dle Zlámala (2002a, s. 39 – 53) základními zdroji pro finanční analýzu jsou následující účetní výkazy:

- rozvaha,
- výkaz zisku a ztráty,

- výkaz cash flow,
- příloha k účetní závěrce.

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

Ukazatele finanční analýzy dělíme dle Otrusinové s Tučkovou (2011, s. 129) na absolutní, rozdílové, poměrové a modifikované. Mezi základní ukazatele finanční analýzy patří poměrové ukazatele finanční analýzy. V krátkém čase nám umožňují získat představu o finančním zdraví podniku. Podstatou je práce s různými ukazateli rozvahy, výkazu zisku a ztráty, případně i cash flow.

Mezi modifikované ukazatele finanční analýzy řadíme především:

Ukazatel autarkie – je typický především pro municipální sféru. Hodnota ukazatele by měla dosahovat hodnot vyšších než 1, tehdy jsou výnosy vyšší než náklady.

$$\textit{Autarkie} = \textit{výnosy z hlavní činnosti} / \textit{náklady na hlavní činnosti}$$

Ukazatel rentability – vyjadřuje výkonnost subjektu, účinnost užívaných prostředků a prováděné činnosti ve vztahu k tvorbě zisku.

$$\textit{Rentabilita} = \textit{výstup (výsledek)} / \textit{vstupy (vynaložené prostředky)}$$

V případě neziskových organizací nemá hospodářský výsledek často vypovídací hodnotu, protože cílem hlavní činnosti není zisk, ale vyrovnané hospodaření (vyrovnanost nákladů a výnosů). Naopak v doplňkové činnosti je zisk základní podmínkou realizace této činnosti. Proto je vhodné používat pro hodnocení obou oblastí odlišné ukazatele – autarkie v podmínkách hlavní činnosti, rentability v doplňkové činnosti, případně i ukazatele rentability, které sice využívají peněžní vyjádření, ale přitom vyjadřují cíl maximalizace efektu dosahovaného z vložených či vynaložených prostředků.

Ukazatel nákladové rentability – poměřuje tzv. užitný efekt se vstupem, v tomto případě náklady, které byly na jeho produkci vynaloženy. Užitným efektem může být i zisk, resp. úspora, ale také jiným způsobem vyjádřený výsledek. Ukazatel může být použit např. u

doplňkové činnosti, která je prováděna na ziskovém principu.

$$\text{Rentabilita nákladů} = \text{hospodářský výsledek (popř. jiný efekt)} / \text{náklady na činnost}$$

Vyšší hodnota ukazatele je odrazem účinnějšího využití vynaložených prostředků. Nevyjadřuje však objem nákladů, ani jejich oprávněnost (Otrusinová, Tučková, 2011, s. 130 – 135).

4.2 Mimoekonomické a medicínsko – ekonomické ukazatele ve zdravotnictví

Pro zdravotnictví je typická celá řada specifických ukazatelů, které se používají pro měření, hodnocení a posuzování zdravotnických systémů ve všech vyspělých zemích světa. Nazývají se medicínsko – ekonomické ukazatele a umožňují i mezinárodní komparaci. Lze je rozdělit na makroukazatele, které definují zdravotnický systém vzhledem k prostředí a mikroukazatele, které charakterizují jednotlivé zdravotnické instituce a organizace.

Mezi základní makroukazatele, které se používají při posuzování efektivnosti nemocnic i ambulantní péče dle Otrusinové s Tučkovou (2011, s. 135 – 136) patří:

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

- úroveň zdravotnictví státu,
- kvalita lékařské péče,
- struktura zdravotnických zařízení (akutní péče x dlouhodobá péče, ambulantní péče x nemocniční péče),
- dostupnost zdravotní péče,
- přístup obyvatelstva k péči o zdraví,
- vládní politika v péči o zdraví.

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

Ukazatele vybavenosti:

- podíl zdravotníků na počet obyvatel,
- počet lékařů na počet obyvatel,

- podíl zdravotnických pracovníků na 1 lékaře,
- podíl specializací zdravotnických služeb na počet obyvatel,
- počet lůžek pro jednotlivé medicínské obory,
- lůžkodny.

Mikroukazatele definují potom vlastní zdravotnické instituce a organizace.

Základní ukazatele v oblasti nemocnic – používá se jednotný systém 21 standardních intenzitních ukazatelů, které jsou odvozeny z 8 stavových ukazatelů a zahrnují ukazatele ekonomické i medicínské (Papeš, Ulrich, 2002, s. 74 – 76). Grafické znázornění ukazatelů se nazývá domorazský motýl a obsahuje například tyto ukazatele:

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

U nemocnic se sledují následující ukazatele:

- počet lůžek,
- počet hospitalizovaných (celkem, dle oborů, dle diagnóz),
- počet ošetrovacích dnů,
- počet lékařů, počet pracovníků ve zdravotnictví,
- náklady na lůžkovou činnost,
- tržby za lůžkovou činnost,
- využití lůžek ve dnech,
- využití lůžek v nemocnici,
- průměrně hospitalizovaní na 1 lůžko,
- vybavenost pracovníky ve zdravotnictví na 10 tisíc obyvatel a jiné.

Jak uvádí Papeš s Ulrichem (2002, s. 74 – 76), tak v grafickém znázornění ukazatelů nemocnic levá část ukazatelů charakterizuje určitou statiku nemocnice (závisí na relativně

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

5 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

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

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

Druhá kapitola se zabývá se specifiky zdravotnictví. Hlavním informačním zdrojem byly publikace I. Gladkého a P. Staňkové.

Třetí kapitola popisuje problematiku manažerského řízení nemocnic. V jednotlivých kapitolách pojednává o situační analýze a jednotlivých dílčích analýzách. Stručně jsou popsána specifika marketingu ve zdravotnictví. Jako informačních zdrojů bylo použito publikací P. Staňkové a J. Zlámala. Jejich orientace na české prostředí je velice důležitá, protože na manažerské řízení má výrazný vliv jak systém poskytování zdravotní péče, tak i například problematika vlastníků a zřizovatelů zdravotnických institucí, a ta je v jednotlivých zemích odlišná.

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

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

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV



Obr. 1 Letecký snímek areálu SZZ Krnov, červenec 2010 (zdroj: SZZ Krnov, 2015)

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov (dále jen SZZ Krnov) bylo zřízeno rozhodnutím přednosty Okresního úřadu Bruntál pod č.j. P-612/91 ze dne 18. 9. 1991. Na základě ustanovení § 2 odst. 2 zákona č. 290/2002 Sb. přešla funkce zřizovatele s účinností od 1. 1. 2003 na Moravskoslezský kraj a instituce se stala jeho příspěvkovou organizací. SZZ Krnov je zřízeno zřizovací listinou vydanou na základě usnesení zastupitelstva kraje č. 15/454/1 ze dne 27. 3. 2003 a zapsáno v obchodním rejstříku u Krajského soudu v Ostravě, oddíl Pr, vložka 876.

Název: Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

Sídlo: I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

Zřizovatel: Moravskoslezský kraj (Krajský úřad, 28. října 117, 702 18 Ostrava)

Statutární zástupce: MUDr. Ladislav Václavec, MBA

Registrace: Obchodní rejstřík vedený u Krajského soudu v Ostravě, oddíl Pr, vložka 876

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

6.1 Základní charakteristika Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov

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

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

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

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

- hostinská činnost,
- opravy silničních vozidel,
- správa a údržba nemovitostí,
- obchodní činnost – koupě zboží za účelem jeho dalšího prodeje a prodej,
- podnikání v oblasti nakládání s nebezpečným odpadem,

- výroba tepelné energie a elektřiny,
- činnost podnikatelských, finančních, organizačních a technických poradců

(SZZ Krnov, 2011).

6.2 Organizační charakteristika

Vzhledem k tomu, že Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce je součástí SZZ Krnov, je následující kapitola věnována organizační charakteristice tohoto zdravotnického zařízení. Grafické znázornění organizační struktury SZZ Krnov je umístěno v příloze PII.

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

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

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

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

- Oddělení finančního účetnictví – finanční a všeobecná účtárna, evidence majetku, správa daní a poplatků, pokladna.

- Oddělení lidských zdrojů – agenda mzdová a personální, likvidace cestovních náhrad, vzdělávání zaměstnanců.
- Oddělení zdravotních pojišťoven – agenda smluvních vztahů se zdravotními pojišťovkami a vyúčtování zdravotní péče.
- Oddělení centrálního zásobování – obchodně dodavatelské vztahy, výběrová řízení na dodávky materiálu, provoz centrálního skladu.
- Oddělení plánování, analýzy a controllingu – kontrola nákladovosti jednotlivých středisek ve vztahu ke stanovenému rozpočtu.

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

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

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

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

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

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

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

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

6.3 Charakteristika poskytované zdravotní péče

SZZ Krnov je zdravotnickou institucí střední velikosti na úrovni tzv. okresní nemocnice. K 1. 1. 2015 SZZ Krnov disponovalo celkem 312 lůžky akutní péče a 220 lůžky následné péče, celkem tedy 532 lůžky. Nemocnice rovněž provozuje 25 sociálních lůžek. Základní údaje o jednotlivých odděleních a jejich výkonnostní charakteristiky za rok 2014 jsou uvedeny v tabulce. Byly použity pouze charakteristiky, které se v běžné praxi využívají a mají význam pro srovnání výkonnosti jednotlivých pracovišť. Kompletní tabulka využití lůžkového fondu SZZ Krnov je uvedena v příloze PIII.

Tab. 4 Základní charakteristiky oddělení a využití lůžkového fondu SZZ Krnov, rok 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2014, vlastní zpracování)

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

OOP Město Albrechtice	90	862	27 805	84,64	32,26
OOP Dvorce	60	502	20 721	94,62	41,28
LDN Město Albrechtice	45	232	15 014	91,41	64,72
OOP + LDN celkem	195	1 596	63 540	89,27	39,81
OLÚ TRN Město Albrechtice	25	281	7 619	83,50	27,11
Následná péče celkem	220	1 877	71 159	88,62	37,91
SZZ celkem	532	20 418	149 744	77,12	7,44

Z uvedených charakteristik vyplývá, že pracoviště následné péče v SZZ Krnov na 220 lůžkách realizují celkem 71 159 ošetřovacích dnů, lůžka akutní péče při celkovém počtu 312 lůžek potom 78 585 ošetřovacích dnů. Lůžka následné péče ale vykazují využití lůžkového fondu 89,27 %, lůžka akutní péče potom pouze 69,01 %. Využití lůžkového fondu v případě akutní péče je nedostatečné – ekonomicky optimální by bylo využití lůžek v rozsahu 80 – 85 %. U lůžek následné péče je možné dosáhnout využití lůžkového fondu asi na 95 %.

6.4 Následná lůžková péče

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

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

Oddělení ošetřovatelské péče Město Albrechtice je umístěno v hlavní budově nemocnice ve Městě Albrechticích. Nemocnice byla otevřena v roce 1932 řádem Svatého Karla Boromejského jako všeobecná nemocnice se základními odděleními. V roce 1936 byl k nemocnici přistavěn dětský pavilon. Počátkem padesátých let se nemocnice stává součástí tehdejšího OÚNZ Bruntál se sídlem v Krnově. Až do roku 1974 byla nemocnice provo-

zována jako léčebna mimoplicní TBC, prováděly se zde ortopedické operace a po určitý čas zde bylo částečně umístěno i chirurgické oddělení krnovské nemocnice. Z původního dětského pavilonu se stal Dětský rehabilitační ústav o kapacitě 45 lůžek s působností pro celou Českou republiku.

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

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

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

Od 1. 1. 2005 došlo k přejmenování oddělení na Oddělení rehabilitační a ošetrovatelské péče a od poloviny roku 2007 na Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice. Po přechodné redukci na 3 ošetrovací jednotky a 75 lůžek v souvislosti se zrušením Léčebny TRN Město Albrechtice – Žáry v letech 2006 – 2007 disponuje oddělení v současné době 90 lůžky na 3 ošetrovacích jednotkách. Přechodně v roce 2009 a potom trvale od roku 2011 je v nemocnici umístěn i úsek sociálních lůžek o celkové kapacitě 25 lůžek. Oddělení ošetrovatelské péče Město Albrechtice společně s LDN Město Albrechtice je jediným poskytovatelem následné lůžkové péče v regionu, částečně má nadregionální význam. Zajišťuje péči pro přibližně 150 000 obyvatel. Současná kapacita obou oddělení (celkem 135 lůžek)

je poněkud nižší, než je doporučováno příslušnou vyhláškou (doporučeno 130 lůžek/100 000 obyvatel). V minulých letech byly do areálu investovány značné finanční prostředky (zateplení budov, plastová okna, nové výtahy, spojovací koridor), protože se do budoucna s areálem počítá jako s hlavním poskytovatelem následné lůžkové péče jak v rámci SZZ Krnov, tak i v rámci regionu.

Na rok 2015 jsou v nemocnici plánovány další investiční akce spočívající v rekonstrukci interiérů a změně dispozičního uspořádání pracovišť. Cílem je vybudování moderního komplexního centra geriatrické a paliativní péče na nejvyšší úrovni. Centrum bude čerpat finance z programu mezinárodní spolupráce, z takzvaného „Švýcarsko – českého projektu“, jehož cílem je zlepšení dostupnosti a kvality ústavní a ošetrovatelské péče pro pacienty hospitalizované v nemocnici ve Městě Albrechticích. Celkové náklady by měly přesáhnout 36 miliónů Kč, z čehož asi 23 miliónů Kč bude čerpáno ze švýcarských fondů, na zbytku se bude podílet SZZ Krnov. Projekt je zaměřen nejen na zlepšení vnitřního vybavení, ale i na zvýšení kvality poskytované péče. Cílem nového projektu krnovské nemocnice bude posílení zdravotní péče na regionální i nadregionální úrovni se zvláštním důrazem na seniory, osoby znevýhodněné, hendikepované a umírající.

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

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

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

7 ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE



Obr. 2 Oddělení ošetrovateľskej péče Dvorce, podzim 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2015)

Zařízení je součástí SZZ Krnov od 1. 10. 2003. K tomuto kroku došlo v rámci zajištění efektivního nakládání s majetkem ve vlastnictví kraje. Po organizační stránce léčebna spadá pod úsek následných lůžek, primářem úseku je MUDr. František Kubíček. Od 1. 7. 2007 se změnil název léčebny na Oddělení ošetrovateľskej péče Dvorce. V listopadu téhož roku získalo oddělení, stejně jako celé SZZ Krnov, Certifikát o udělení akreditace dle SAK ČR a stává se tak akreditovaným zdravotnickým pracovištěm.

Od 1. 4. 2009 je na oddělení na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zřízen úsek sociálních lůžek s celkovým počtem 15 lůžek. V průběhu měsíce října je v rámci reorganizace úseku sociálních lůžek snížen počet těchto lůžek na 6, zbývající lůžka byla umístěna do uvolněných prostor OLÚ TRN Krnov – Ježník. V roce 2011 potom v souvislosti s ukončením provozu OLÚ TRN Krnov – Ježník byla všechna sociální lůžka z uvedených pracovišť soustředěna do areálu nemocnice Město Albrechtice.

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

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

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

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

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

8 ANALÝZA PROSTŘEDÍ ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE

Při analýze prostředí Oddělení ošetrovateľské péče Dvorce bylo analyzováno makroprostředí, vnější mikroprostředí a vnitřní mikroprostředí. Součástí analýzy vnitřního mikroprostředí je analýza ekonomických i mimoekonomických ukazatelů pracoviště a jejich srovnání se segmentem následné péče v instituci. Prostřednictvím SWOT analýzy byly zhodnoceny silné a slabé stránky pracoviště, jeho příležitosti a hrozby.

8.1 Analýza makroprostředí

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

8.1.1 Politicko – právní prostředí

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

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

- Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 164/2001 Sb., o přírodních léčivých zdrojích, přírodních zdrojích minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech (lázeňský zákon),
- Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon),
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních),
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- Zákon č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, ve znění pozdějších předpisů (Šnédar, 2013, s. 9 – 10).

SZZ Krnov jako zdravotnická instituce zřizovaná krajem navíc musí respektovat i závazná pravidla daná krajem (např. jednotná organizační struktura nemocnic). Kladem je možnost vzájemného srovnání jednotlivých institucí, jako zápor lze hodnotit praktickou nemožnost řešit jednotlivé organizační odlišnosti pracovišť a z toho vyplývající odlišné potřeby z hlediska jejich řízení.

8.1.2 Ekonomické prostředí

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

- **Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2013:** 290,9 mld. Kč
- **Výdaje na zdravotnictví z veřejného zdravotního pojištění v roce 2013:** 229,9 mld. Kč
- **Výdaje na zdravotnictví z veřejných rozpočtů v roce 2013:** 16,7 mld. Kč
- **Výdaje na zdravotnictví domácnostmi v roce 2013:** 44,4 mld. Kč (ÚZIS, 2014a)

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

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

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

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

Jako klad lze ve srovnání s rokem 2012 hodnotit relativně stabilní ekonomické prostředí, ve kterém se zdravotnické instituce nacházejí. Zápor je naopak vytváření tlaku na další růst osobních nákladů, které nejsou kompenzovány dostatečnými příjmy do systému. V oblasti následné péče dosud nedošlo ke vzniku segmentu zdravotně – sociální péče, který je založen na vícezdrojovém financování.

8.1.3 Sociální prostředí

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

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

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

V roce 2013 došlo v Moravskoslezském kraji k růstu počtu zemřelých o 136 osob na 13 284 osob (10,9 na 1 000 obyvatel oproti hodnotě 10,7 v roce 2012). Nejčastější příčinou úmrtí byly v roce 2013 nemoci oběhové soustavy, druhou nejčastější příčinou byly novotvary, na třetím místě potom nemoci dýchací soustavy (ÚZIS, 2013b, 2014b).

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

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

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

V SZZ Krnov je vzdělávání realizováno v souladu s provozními potřebami zařízení, platnou legislativou a možnostmi zdravotnického zařízení. Účast na dalším vzdělávání pracovníků řeší organizační norma S 07 001. V roce 2011 byla pro kapitolu vzdělávání vyhrazena částka 1 191 000,- Kč. Z toho připadla na vzdělávání lékařů a farmaceutů částka 555 000,- Kč (SZZ Krnov, 2011).

8.1.4 Technologické prostředí

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

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

8.2 Analýza vnějšího mikroprostředí

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

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

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

Tab. 5 Riziko vstupu potenciálních konkurentů (vlastní zpracování)

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

se o celoživotní proces. Značný důraz je ve zdravotnictví kladen na odbornost a odborné kompetence pracovníků.	
--	--

Potenciální konkurence

Potenciálním konkurentem SZZ Krnov je skupina AGEL. Skupina AGEL je největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. V současné době skupina provozuje v České republice deset nemocnic a řadu dalších zdravotnických zařízení (např. polikliniky). Součástí strategie skupiny AGEL je i vznik nových zdravotnických institucí na území České republiky. Přesto hrozba ze strany skupiny AGEL není vnímána jako vysoká.

Kapitál hraje důležitou roli při vstupu do odvětví. K založení nové zdravotnické instituce je potřeba značného kapitálu, aby svým vybavením byla schopna konkurovat stávajícím zdravotnickým zařízením.

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

Tab. 6 Rivalita mezi konkurenty (vlastní zpracování)

Počet konkurentů a jejich konkurenceschopnost – oddělení konkurují celkem 4 pracoviště. SZZ Krnov si stojí po ekonomické stránce nejlépe, hlavním rizikem je vybavení pracoviště a jeho personální zabezpečení.	3
Růst odvětví – minimální z důvodu značných fixních nákladů.	2
Diferenciace služeb – jednotlivá pracoviště nabízí širokou škálu zdravotnických služeb.	5
Diferenciace konkurentů	2
Charakter konkurence, postoj k business etice	2
Velké fixní náklady	5

Konkurence

Mezi konkurenty řadíme:

Podhorská nemocnice, pracoviště Rýmařov, oddělení OOP

Odborný léčebný ústav Paseka

Nemocnice Nový Jičín, pracoviště LDN Vítkov

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

Na základě rozhovorů s managementem uvedených zařízení byly identifikovány jejich silné a slabé stránky, které jsou uspořádány do tabulky. Jedná se tedy o vnímání silných a slabých stránek z pohledu vlastní instituce. Znaménko + znamená, že se jedná o silnou stránku instituce, znaménko – vyjadřuje slabou stránku instituce. Situace, kdy se nejedná o slabou stránku, ale zároveň kdy není stávající situace vnímána jako výrazná konkurenční výhoda je označena jako 0.

Tab. 7 Základní charakteristika silných a slabých stránek konkurenčních zařízení (vlastní zpracování)

Konkurenční pracoviště	Úroveň služeb	Finanční situace	Úroveň marketingu	Vybavení pracoviště
OOP Rýmařov	-	0	-	-
OLÚ Paseka	+	+	+	+
LDN Vítkov	-	0	-	-
LDN Klokočov	0	+	-	+

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

Tab. 8 Smluvní síla dodavatelů (vlastní zpracování)

Počet a význam dodavatelů – nový dodavatel se dostává do odvětví poměrně obtížně. Konkrétní dodavatelé jsou zaměřeni především na zdravotnictví.	3
Existence substitutů – na trhu existuje značné množství zdravotnických prostředků a techniky v různých cenových relacích.	5
Význam odběratelů pro dodavatele – odběratelé jsou pro dodavatele důležití. Dodavatelé mají jen omezený okruh odběratelů.	3
Hrozba vstupu dodavatelů do analyzovaného odvětví – počet dodavatelů je odpovídající počtu odběratelů .	1
Organizovanost pracovní síly v odvětví	4

Dodavatelé

V sektoru dodavatelů rozlišujeme faktory dostupnosti a nákladů na pořízení:

- materiálu,
- energií,
- kapitálu,
- získání pracovní síly.

Kvalita vztahů mezi dodavatelem a odběrateli má rozhodující vliv na náklady a dostupnost požadovaného zboží i služeb.

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

Informace o hlavních dodavatelích nebyly organizací poskytnuty.

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

Tab. 9 Smluvní síla odběratelů (vlastní zpracování)

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

Odběratelé (zákazníci)

Při analýze vnějšího mikroprostředí nás musí zajímat kdo jsou zákazníci a jaké potřeby a očekávání tito zákazníci mají. Analýza odpovídá na otázky kdo může být potenciálním zákazníkem, jaké jsou základní trendy, které mohou vést ke změnám požadavků a chování.

Analýza je zaměřena na identifikaci kupujících a na faktory ovlivňující jejich rozhodování při nakupování zboží nebo služeb. Zohledněny musí být geografické faktory a geografické rozmístění trhu.

Jako odběratele (zákazníky) rozumíme pacienty, kteří jsou ošetřeni v rámci SZZ Krnov.

Každému klientovi je věnována stejná péče, vyjednávací síla je nízká. Počet významných zákazníků je prakticky nulový.

Význam služby je vysoký. Služba je orientována na to nejcennější a nejdůležitější – na zdraví.

Zákazníci nejsou schopni podnikat ve zdravotnictví, a to vzhledem k finanční a odborné náročnosti tohoto typu podnikání.

Zákazník v procesu rozhodování bere v úvahu především čas, dostupnost, odbornost a komplexnost poskytované péče a výši svých nákladů na ošetření.

Na odděleních následné péče v SZZ Krnov převažují v indikacích k přijetí stavy po cévních mozkových příhodách, poúrazové stavy s postižením mozku a míchy, progredující degenerativní nervová onemocnění a s věkem nemocných přibývajících závažné a nezvratné poruchy funkce mozku (Alzheimerova choroba, demence, důsledky jiných, většinou interních nebo neurologických chorob). Další významnou skupinu tvoří interní choroby a jejich komplikace (diabetes mellitus, ICHS, onemocnění ledvin apod.). V počtu hospitalizovaných převažují mírně ženy nad muži.

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

Tab. 10 Hrozba substitučních výrobků (vlastní zpracování)

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

Substituty

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

Existuje velmi malá pravděpodobnost vstupu substitutů na trh, a to vzhledem k velmi vysoké finanční náročnosti na vzdělání, na vědu a výzkum. Předpokladem vstupu nových substitutů na trh je nezbytný pokles cen a rostoucí nabídka služeb.

Roli substitutů následné lůžkové péče plní částečně sociální služby (např. domácí péče, domovy pro seniory), které však nenabízí identické nebo velice blízké služby.

8.3 Analýza vnitřního mikroprostředí OOP Dvorce

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov je příspěvkovou organizací jejímž zřizovatelem je Moravskoslezský kraj. Instituce je jedním z největších zaměstnavatelů v regionu – zaměstnává 100 lékařů, 8 farmaceutů, 587 nelékařských zdravotnických pracovníků, 57 technickohospodářských pracovníků a 71 pracovníků zajišťujících chod provozních úseků. Celkem zaměstnává 823 fyzických osob. Úklidové služby, praní prádla a strážní služba jsou zajišťovány formou outsourcingu (SZZ Krnov, 2011).

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

V rámci SZZ Krnov došlo v posledních letech k optimalizaci provozních činností spočívajících v rekonstrukci vytápění všech budov, zateplení všech budov a v modernizaci stravovacího provozu SZZ Krnov, která byla dokončena na jaře roku 2015. Všechna tato opatření výrazně snižují provozní náklady.

Moderní areál nemocnice nabízí zdravotní péči na vysoké úrovni, celá instituce prošla procesem akreditace. Snahou managementu SZZ Krnov je nabídnout zdravotní péči i pacientům z okolních regionů (Bruntálsko, Jesenicko). Dosavadní marketingové aktivity instituce

se dosud soustředily na uplatňování masového marketingu na úrovni celé instituce, marketingová opatření jsou v instituci řízena ekonomickým náměstkem. Samostatné marketingové oddělení není v SZZ Krnov zřízeno. Od roku 2013 jsou marketingové aktivity realizovány na pracovišti OOP Dvorce s cílem získání klientů z okolních regionů. Cílem těchto aktivit je zvýšení využití lůžkové kapacity oddělení a tím i zlepšení hospodářského výsledku pracoviště.

8.3.1 Analýza ekonomických a mimoekonomických ukazatelů Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce

Pro zhodnocení prostředí pracoviště byla zvolena analýza ekonomických a mimoekonomických ukazatelů zdravotní péče.

8.3.2 Analýza ekonomických ukazatelů

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

Tab. 11 Zjednodušená rozborová tabulka OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)

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

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

Tab. 12 Zjednodušená rozborová tabulka plateb od ZP OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)

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

* od roku 2010 ČPZP

Při analýze ekonomických ukazatelů OOP Dvorce v letech 2008 – 2014 bylo zjištěno, že toto období lze rozdělit na dvě rozdílné etapy vývoje. V letech 2008 – 2012 docházelo s drobnými odchylkami k postupnému růstu nákladů (do roku 2010) a zároveň s výjimkou roku 2009 k poklesu výnosů. Tento stav zapříčinil zhoršující se hospodářský výsledek oddělení, minima bylo dosaženo v roce 2012. Přesto za celé sledované období byl hospodářský výsledek pracoviště kladný. Od roku 2013 dochází k mírnému růstu nákladů, který je ale zapříčiněn podstatně výraznějším růstem výkonů pracoviště a je tudíž plně zdůvodnitelný. Růst výkonů zapříčiňuje růst výnosů, které představují především příjmy od zdravotních pojišťoven. Výrazný nárůst byl zaznamenán především v roce 2014, kdy bylo vzhledem k počtu lůžek dosaženo největších výkonů představovaných počtem ošetrovacích dnů,

zároveň bylo za sledované období dosaženo rekordního využití lůžkového fondu ve výši téměř 95 %. Je patrné, že opatření uplatňovaná od roku 2013 se v roce 2014 projevila již v plném rozsahu. Další opatření, která jsou navržena v návrhu zvýšení efektivity mohou zlepšit výši tržeb a tím i hospodářský výsledek v řádu jednotek procent. Přesto i tato opatření, společně s opatřeními v provozní oblasti a v oblasti marketingu, mohou ještě zvýšit efektivitu poskytované zdravotní péče. Hospodářský výsledek pracoviště lze ovlivnit pouze zvýšením objemu realizovaných výkonů z hlavní hospodářské činnosti, z vedlejší hospodářské činnosti oddělení vlastní příjmy nemá.

Ukazatel autarkie vyjadřuje vztah mezi výnosy z hlavní činnosti a náklady na hlavní činnost.

$$\text{Autarkie} = \text{výnosy z hlavní činnosti} / \text{náklady na hlavní činnost}$$

Tab. 13 Ukazatel autarkie OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)

Popis účtu / rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Výnosy z hlavní činnosti	23 952 053	24 221 010	20 882 511	20 568 659	19 165 741	19 227 484	26 321 279
Náklady na hlavní činnost	16 776 472	20 558 296	21 694 778	16 394 820	15 339 191	16 495 550	17 215 576
Autarkie	1,43	1,18	0,96	1,25	1,25	1,17	1,52

Z uvedených ukazatelů autarkie vyplývá, že téměř v celém sledovaném období, a to s výjimkou roku 2010, dosahovala hodnota autarkie hodnot vyšších než 1,0. Výnosy z hlavní činnosti tudíž převyšovaly náklady na hlavní činnost. V roce 2014 bylo dosaženo nejvyšší hodnoty autarkie za celé sledované období – 1,52.

Ukazatel rentability vyjadřuje vztah mezi celkovými náklady a celkovými výnosy.

$$\text{Rentabilita} = \text{výstup (výsledek)} / \text{vstupy (vynaložené prostředky)}$$

Tab. 14 Ukazatel rentability OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)

Popis účtu / rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Výnosy celkem	25 407 383	29 211 852	26 050 019	22 745 138	20 781 193	20 978 923	26 386 588
Náklady celkem	19 926 779	23 442 995	24 285 247	20 926 437	19 709 209	19 576 036	22 577 629
Rentabilita	1,27	1,25	1,07	1,08	1,05	1,07	1,16

Ukazatel rentability dosahoval nejvyšších hodnot v letech 2008 a 2009, k výraznému zhoršení hodnoty ukazatele došlo v letech 2010 – 2012 s minimem v roce 2010. Od roku 2013 se ukazatel rentability opět zvyšuje.

Nákladová rentabilita porovnává hospodářský výsledek s náklady na činnost.

$$\text{Rentabilita nákladů} = \text{hospodářský výsledek (popř. jiný efekt)} / \text{náklady na činnost}$$

Tab. 15 Ukazatel nákladové rentability OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)

Popis účtu / rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Hospodářský výsledek	5 480 604	5 768 857	1 764 772	1 818 701	1 071 984	1 402 887	3 808 959
Náklady na činnost	19 926 779	23 442 995	24 285 247	20 926 437	19 709 209	19 576 036	22 577 629
Nákladová rentabilita	0,275	0,246	0,072	0,087	0,054	0,072	0,169

Ukazatel nákladové rentability dosahoval nejvyšších hodnot v letech 2008 – 2009, k jeho výraznému snížení došlo v letech 2010 – 2013. Nejnižší hodnota byla dosažena v roce 2012, od roku 2013 se hodnota ukazatele zvyšuje a k jeho výraznému zlepšení došlo v roce 2014.

8.3.3 Analýza mimoekonomických ukazatelů zdravotní péče

Pro analýzu zdravotnických ukazatelů zdravotní péče na OOP Dvorce byly zvoleny ukazatele počtu lůžek (statický ukazatel), počtu ošetřených pacientů, počtu ošetrovacích dnů, využití lůžek v % a průměrné ošetrovací doby. Další ukazatelů (průměrný denní stav a průměrná obloženost na 1 lůžko) nebylo použito, protože v praxi se většinou nevyužívají. Příklad kompletní tabulky využití lůžkového fondu je uveden v příloze P III.

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

Tab. 16 Využití lůžkového fondu OOP Dvorce v letech 2003 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2003 – 2014, vlastní zpracování)

Rok	Počet lůžek	Počet oš. pac.	Počet oš. dnů	Využ. lůž. v %	Pr. oš. doba
2003*	80	98	4 833	65,67	66,66
2004	80	225	21 993	75,11	126,76
2005	80	216	24 427	83,65	154,60
2006	80	192	25 782	88,29	202,21

2007	80	196	25 595	87,65	191,01
2008	80	173	24 448	83,50	212,59
2009	80	168	21 400	76,14	191,07
2010	76	147	18 907	68,16	199,02
2011	76	182	19 696	76,36	148,65
2012	60	218	16 269	74,08	74,63
2013	60	385	18 934	86,46	49,18
2014	60	502	20 721	94,62	41,28

* od 1.10.2003

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

Tab. 17 Využití lůžkového fondu následné péče SZZ Krnov v letech 2005 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2005 – 2014, vlastní zpracování)

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

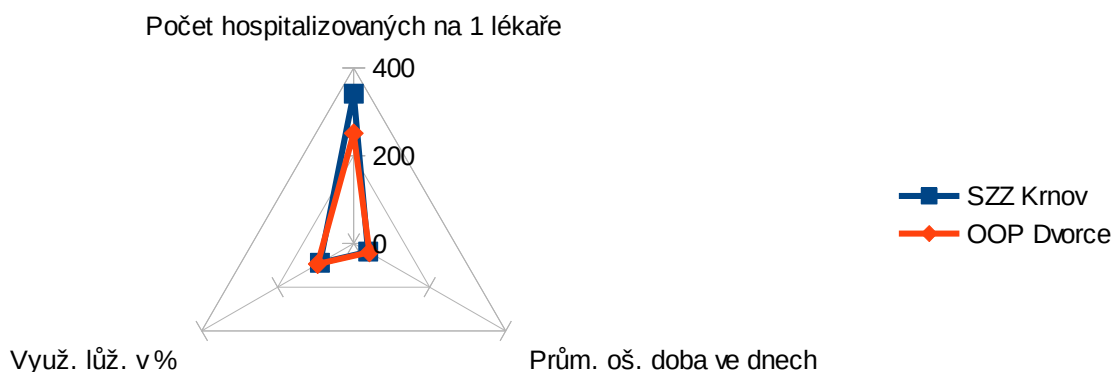
Srovnání mimoekonomických ukazatelů zdravotní péče OOP Dvorce a celkového segmentu následné péče v SZZ Krnov je velice důležité, protože umožňuje zjišťovat odchylky mezi jednotlivými pracovišti a realizovat případná regulační opatření.

Počet lůžek následné péče v SZZ Krnov v období 2005 – 2014 měl klesající tendenci, výrazný pokles o 35 lůžek mezi lety 2005 a 2006 byl způsoben zrušením OLÚ TRN Žáry. Pokles o dalších 49 lůžek v roce 2007 byl způsoben zrušením OLÚ TRN Město Albrechtice (převedení zbývajících lůžek do OLÚ TRN Krnov – Ježník) a zrušením LDN Kunov.

Snížení o 25 lůžek v roce 2010 bylo způsobeno redukcí nadbytečných lůžek ve stávajících zařízeních. Největší pokles o 65 lůžek v roce 2012 byl způsoben ukončením činnosti OLÚ TRN Krnov – Ježník na podzim roku 2011.

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

Graf 1 Vztah mezi výkony následné péče SZZ Krnov jako celku a OOP Dvorce, rok 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)



OOP Dvorce ve srovnání s následnou péčí SZZ Krnov jako celkem dosahovalo v některých letech nižší míry využití lůžkového fondu, výrazným problémem byla výrazně delší průměrná ošetřovací doba ve srovnání s ostatními pracovišti následné péče. Minimálního počtu ošetřovacích dnů bylo dosaženo v roce 2012, od roku 2013 počet ošetřovacích dnů stoupá, v roce 2014 bylo realizováno o 4 452 více ošetřovacích dnů než v roce 2012. Využití lůžek v roce 2014 dosáhlo téměř 95 % a naráží již na nemožnost dalšího zvýšení využití lůžek, a to zejména z praktických provozních důvodů. Výrazně pozitivním trendem je potom snižování délky průměrné ošetřovací doby od roku 2012, v roce 2014 dosáhla hodnoty 41,28 dne a blíží se již k průměrné hodnotě následné péče SZZ Krnov, která byla v roce 2014 37,91 dne. Menší počet hospitalizovaných na 1 lékaře souvisí se strukturou diagnóz (převládá dlouhodobá péče nad krátkodobějším doléčováním).

Z uvedeného grafu jasně vyplývá, že výkony následné péče SZZ Krnov jako celku a OOP Dvorce jsou v současné době již plně srovnatelné. Těchto skutečností bylo dosaženo rea-

lizací opatření, která jsou na OOP Dvorce postupně realizována od roku 2013 a jsou popsána v následujících kapitolách.

8.3.4 Marketingové řízení oddělení

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

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

8.3.5 Proces kontroly hlavní činnosti

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

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

Postupně jsou v oblasti procesu zavedení kontroly hlavní činnosti realizována tato opatření:

- Délka hospitalizace pacientů je sledována automaticky prostřednictvím služby SQL Agent, seznamy pacientů na oddělení s uvedenou délkou hospitalizace jsou automaticky 1 x týdně zasílány e–mailem vedoucím pracovníkům oddělení následné péče včetně managementu nemocnice.
- Toto opatření společně s důsledným dodržováním maximální délky hospitalizace eliminuje počet nezaplacených realizovaných ošetrovacích dnů ze strany zdravotních pojišťoven.
- Důraz je kladen na maximální využití lůžkové kapacity oddělení, míra využití lůžkového fondu má od roku 2013 rostoucí tendenci a v roce 2014 dosáhla 94,62 %. Tato hodnota již přesahuje průměrnou míru využití lůžkového fondu u následné péče v SZZ Krnov, která dosahuje hodnoty 88,62 %. Těchto hodnot bylo dosaženo díky spolupráci s větším počtem zdravotnických institucí v Moravskoslezském a Olomouckém kraji. Od roku 2013 je rovněž uplatňována strategická spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava.

8.3.6 Provozní oblast

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

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

Slabou stránkou v provozní oblasti zůstal provoz nevyhovujícího stravovacího provozu, který bez výraznější rekonstrukce již nevyhoval současným hygienickým požadavkům a neumožňoval připravovat stravu pro nemocné dle současných nutričních požadavků.

8.4 SWOT analýza

SWOT analýza vyhodnocuje silné a slabé stránky příslušného subjektu, upozorňuje na příležitosti a hrozby vyplývající z vnějšího prostředí. Výchozím zdrojem při sestavování SWOT analýzy OOP Dvorce byla Výroční zpráva SZZ Krnov za rok 2011 (jedná se o poslední dostupnou výroční zprávu dané instituce v kompletní verzi), bylo využito vlastních praktických znalostí a zkušeností, popř. jednotlivé body byly konzultovány s managementem nemocnice.

Tab. 18 SWOT analýza OOP Dvorce (zdroj: SZZ Krnov, 2013 – 2015, vlastní zpracování)

<i>Silné stránky (Strengths)</i>	<i>Slabé stránky (Weaknesses)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • pracoviště akreditováno dle SAK ČR • propracovaný systém organizačních a řídicích norem • návaznost na odborná pracoviště nemocnice • návaznost na lékárnu nemocnice • vlastní doprava nemocných • celková rekonstrukce pracoviště • bezbariérový přístup na pracoviště • dobrá informovanost zaměstnanců prostřednictvím intranetu vyplývající z dotazníkového šetření nemocnice • vysoká míra využití lůžkového fondu a dobré ekonomické výsledky pracoviště 	<ul style="list-style-type: none"> • odloučenost areálu od vlastní nemocnice – vyšší náklady na provoz, správu a údržbu • problematický management logistiky • zastaralost vnitřního vybavení oddělení • nedostatečná úroveň rehabilitační péče • nedostatek kvalifikovaného personálu • přetrvávání zastaralých forem řízení ze strany liniového managementu oddělení • nedostatečná propagace oddělení • nedostatečná úroveň procesu kontroly hlavní činnosti • nevyhovující stravovací provoz
<i>Příležitosti (Opportunities)</i>	<i>Hrozby (Threats)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • spokojenost pacientů s úrovní poskytované péče na základě dotazníkových šetření nemocnice • značný rozvojový potenciál nabízí spolupráce se Slezskou nemocnicí v Opavě (společný management) • zdravotnická reforma preferující 	<ul style="list-style-type: none"> • nesofistikované regulační mechanismy snižující množství klientů • tlak vlády a zdravotních pojišťoven na snížení počtu poskytovatelů zdravotní péče • nevýhodné úhradové vyhlášky a smlouvy na poskytování péče ze strany

<p>následnou péči před akutní</p> <ul style="list-style-type: none"> • důraz na péči o seniory vyjádřený ve vládních programech 	<p>zdravotních pojišťoven</p> <ul style="list-style-type: none"> • sociálně slabé obyvatelstvo v regionu • vysoká nezaměstnanost v regionu • úbytek počtu obyvatel v regionu • konkurence okolních zdravotnických zařízení • malý důraz na následnou péči v rámci zdravotní politiky
--	---

Silné stránky (Strengths) pracoviště spočívají především v dokončení procesu akreditace dle SAK ČR zahrnující vytvoření propracovaného systému organizačních a řídicích norem a soustavného zvyšování a sledování kvality poskytované zdravotní péče. Silnou stránkou je návaznost pracoviště na moderní komplement a odborná pracoviště jak přímo SZZ Krnov, tak i Slezské nemocnice Opava. Doprava nemocných je zajišťována vlastním sanitním vozidlem, akutní převozy jsou realizovány vozidly RZP. Pohyb nemocných usnadňuje bezbariérový přístup na pracoviště. V souvislosti s rozvojem informačních technologií došlo k výraznému zlepšení informovanosti zaměstnanců prostřednictvím intranetu i nemocničního informačního systému FONS AKORD. Například výsledky vyšetření jsou lékaři dostupné maximálně během několika desítek minut. V důsledku zavedených opatření dochází k maximálnímu využití potenciálu pracoviště, tato skutečnost se odráží ve zlepšujícím se hospodářském výsledku pracoviště.

Slabé stránky (Weaknesses) jsou dány především odloučeností pracoviště od vlastní nemocnice. Tato skutečnost zvyšuje náklady na správu i na provoz, složitější je zajištění managementu logistiky. Přes celkovou rekonstrukci je slabou stránkou zastaralost vnitřního vybavení oddělení, a to jak přístrojového, tak i například lůžek a nábytku. Stravovací provoz již v současné době nevyhovuje požadovaným standardům. Problematické je zajištění personálu, a to jak lékařů tak i ostatních zdravotníků. Z uvedených důvodů je v současné době na oddělení nedostatečná úroveň rehabilitační péče. V řídicí práci managementu oddělení přetrvávají zastaralé formy řízení. Výrazným problémem je nedostatečná úroveň propagace pracoviště, nedostatečná úroveň procesu kontroly hlavní činnosti a nevyhovující stravovací provoz.

Příležitosti (Opportunities) spočívají především v rozvoji spolupráce se Slezskou nemocnicí v Opavě, která nedisponuje dostatečným počtem lůžek následné péče. V rámci zdravotnické reformy by měla být preferována následná péče, oproti péči akutní (je podstatně levnější). Důraz péče o seniory vyjádřený ve vládních programech je další příležitostí pro rozvoj následné a dlouhodobé péče.

Hrozby (Threats) jsou dány především tlakem ze strany zdravotních pojišťoven na snižování počtu poskytovatelů zdravotní péče a působením nesofistikovaných regulačních mechanismů snižujících počet klientů zařízení. Tyto regulační mechanismy jsou realizovány zejména prostřednictvím nevýhodných úhradových vyhlášek a smluv. Další hrozby vyplývají ze sociálního prostředí regionu.

8.5 Shrnutí analytické části

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

Z hlediska makroprostředí je jedná o podmínky, které jsou společné prakticky všem zdravotnickým institucím v České republice. Výrazným negativem je nedokonalá a dosud nekompletní zdravotnická legislativa, malá provázanost mezi resorty zdravotnictví a sociální péče, rigidní struktura státní správy a obecně špatná vymahatelnost práva v České republice. Z ekonomického hlediska došlo v posledních letech ke stabilizaci systému zdravotnictví, ale přesto i v této oblasti zůstává nedořešena řada problémů. Zejména výrazný růst nákladů na poskytování zdravotnických služeb a zhoršující se demografické ukazatele budou vyžadovat v nejbližších letech systémová řešení, která prostřednictvím uplatňování principu tzv. řízené péče budou regulovat výdaje na zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že následná péče se bude vždy prolínat s péčí sociální, je možné očekávat do budoucna minimálně spoluúčast klientů na jejím poskytování. Výraznou hrozbou do budoucna je nepříznivý demografický vývoj v České republice a zejména hospodářské i společenské zaostávání regionu, ve kterém se zařízení nachází a to se všemi negativními jevy, které uvedený proces doprovází. Výrazný rozvoj technologií ve všech oblastech zdravotnictví potom klade ještě větší tlak na ekonomické výsledky jejich činnosti. A to přesto, že zdravotnictví není zcela postaveno na principech fungování trhu a jedná se o veřejnou službu jejíž poskytování má svá specifika.

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

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

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

Pro projekt zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce byly vybrány následující slabé stránky, které budou projektem eliminovány:

- Nedostatečná úroveň propagace oddělení.
- Nedostatečná úroveň procesu kontroly hlavní činnosti.
- Nevyhovující stravovací provoz.

Odstranění těchto slabých stránek je základním předpokladem pro další činnost pracoviště v rámci SZZ Krnov.

9 PROJEKT ZVÝŠENÍ EFEKTIVNOSTI ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE DVORCE

Situační analýzou byly zjištěny následující slabé stránky, které budou projektem zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce eliminovány – jedná se o opatření v oblasti marketingového řízení oddělení, opatření v oblasti procesu kontroly hlavní činnosti a opatření z oblasti provozního zabezpečení. Projekt navazuje na již realizovaná opatření, všechna nová opatření uvedená v projektu budou realizována do konce roku 2015. Celý projekt je podroben finančnímu zhodnocení, kterou představuje návrh finančního plánu oddělení pro rok 2016.

SZZ Krnov

Poslání

Naše nemocnice naslouchá svým klientům a nabízí všem kvalitní a bezpečnou péči.



Hodnoty

Ke klientům volíme lidský a citlivý přístup a respektujeme jejich přání a názory.

Poskytujeme co možná nejlepší zdravotní péči odpovídající moderním poznatkům medicíny a ekonomickým možnostem zařízení.

Dbáme na rozvoj firemní kultury „učící se organizace“.



Vize

SZZ Krnov dbá na vysokou kvalitu a bezpečnost léčebné a ošetrovatelské péče.

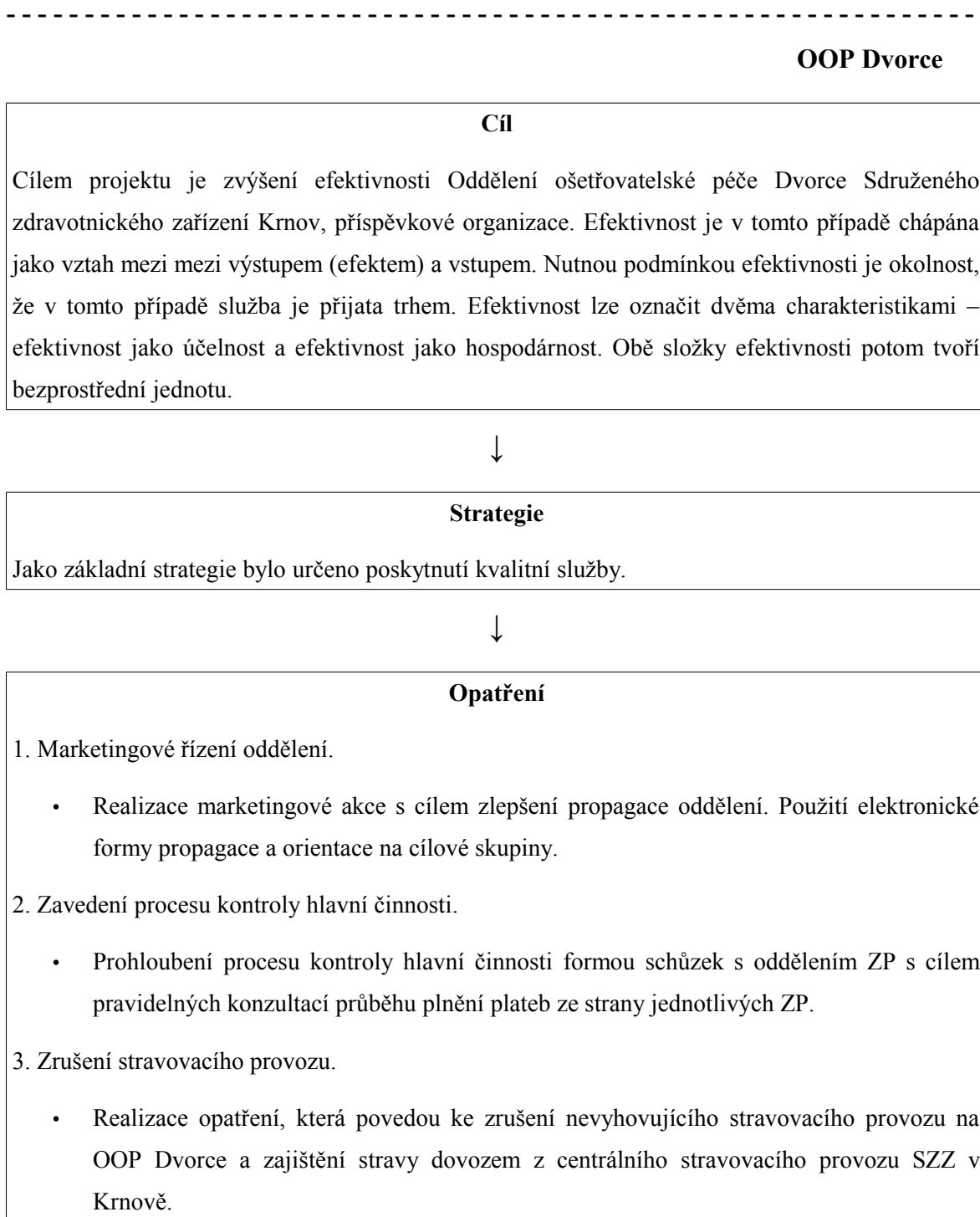
SZZ Krnov hospodaří s vyrovnaným rozpočtem.

SZZ Krnov úzce spolupracuje s ostatními nemocnicemi Moravskoslezského kraje.

SZZ Krnov určí klíčové programy jednotlivým oddělením.

SZZ Krnov udrží odborné akreditace na jednotlivých odděleních a akreditaci SAK ČR.





Obr. 3 Schéma projektu zvýšení efektivity OOP Dvorce (vlastní zpracování)

9.1 Cíl projektu

Cílem projektu je zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, příspěvkové organizace. Efektivnost je v tomto případě chápána jako vztah mezi výstupem (efektem) a vstupem. Nutnou podmínkou efektivity je

okolnost, že v tomto případě služba je přijata trhem. Efektivnost lze označit dvěma charakteristikami – efektivnost jako účelnost a efektivnost jako hospodárnost. Obě složky efektivnosti potom tvoří bezprostřední jednotu.

Projektová část práce je založena na poznatcích části analytické. Projekt je založen na realizaci opatření ve třech základních oblastech, které byly prostřednictvím SWOT analýzy definovány jako slabé stránky pracoviště a které lze prostřednictvím projektu eliminovat – v oblasti marketingového řízení oddělení, v procesu zavedení kontroly hlavní činnosti a na opatřeních v provozní oblasti, která zahrnují zrušení stravovacího provozu na OOP Dvorce. Všechna tato opatření vytváří společně podmínky, které vedou ke zvýšení efektivnosti a kvality poskytované zdravotní péče na OOP Dvorce. Výsledným efektem opatření je maximální využití lůžkové kapacity daného pracoviště a z toho plynoucí realizace většího počtu lůžkodnů a zvýšení příjmů z hlavní činnosti prostřednictvím plateb od zdravotních pojišťoven. Nezanedbatelná je rovněž úspora v provozní oblasti plynoucí ze zrušení nevyhovujícího stravovacího provozu.

Na základě zjištěných skutečností z analytické části a po zhodnocení efektu strategií z praktické části je potom navržen finanční plán oddělení pro rok 2016.

9.2 Marketingové řízení oddělení

Pro období 2015 – 2020 byla vytvořena nová strategie SZZ Krnov s cílem zveřejnit vize zdravotnického zařízení pro příštích 5 let tak, aby byly zřejmé jeho hlavní priority ve všech klíčových oblastech řízení organizace a především v poskytování zdravotnických služeb. Strategie byla vypracována managementem SZZ Krnov a dokument slouží rovněž jako řídicí nástroj zřizovatele – KÚ MSK, s cílem sledovat, zda příspěvková organizace plní stěžejní cíle a poslání, pro které byla zřízena. Strategický plán byl vytvořen v souladu se strategií Krajského úřadu Moravskoslezského kraje v oblasti poskytování zdravotnických služeb v Moravskoslezském kraji.

Základem strategie je:

- zajištění kvalitní a bezpečné léčebné a ošetrovatelské péče,
- optimalizace úhrad ze strany zdravotních pojišťoven,
- firemní etika a efektivnost komunikace, která by měla vést k prohloubení pocitu sounáležitosti a loajality zaměstnanců k nemocnici,

- odborné reakreditace všech zdravotnických medicínských oborů,
- reakreditace celé nemocnice v systému kvality,
- vytvoření „bezpapírové“ nemocnice do roku 2017.

Součástí strategie jsou následující projekty týkající se následné péče:

- Dokončení rekonstrukce objektu Nemocnice Město Albrechtice v rámci realizace projektu Švýcarských fondů, zdrojů zřizovatele a vlastních zdrojů. Rekonstrukce bude zahrnovat:
 - vybavení oddělení novým nábytkem,
 - vybavit oddělení potřebnými rehabilitačními pomůckami,
 - modernizovat oddělení sociálních lůžek,
 - vybudovat evakuační výtah,
 - vybudovat školící místnost,
 - personální stabilizace (lékaři, fyzioterapeuti a ergoterapeuti),
 - přesun Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce do areálu Slezské nemocnice Opava (rok 2016), vytvoření sociálních lůžek ve Dvorcích,
 - rozvoj geriatrických programů,
 - vybudování centra paliativní péče,
 - v rámci návazné péče dovybavení lůžek následné péče rehabilitačními pomůckami + personální zajištění,
 - zlepšení komfortu ubytování pro klienty sociálních lůžek (SZZ Krnov, 2015, s. 6 - 14).

Všechna plánovaná opatření v praktické části práce musí být v souladu s výše uvedenou strategií a musí naplňovat její cíle. Pro rok 2015 je v rámci projektu navržena realizace marketingové akce s cílem zlepšení propagace oddělení. Kromě již uvedených metod propagace bude kladen zvláštní důraz na elektronické formy propagace a na orientaci na cílové skupiny. Propagační akce se na rozdíl od předcházejících akcí nově soustředí i na území Olomouckého kraje.

9.3 Zavedení procesu kontroly hlavní činnosti

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

Od roku 2013 jsou na pracovišti postupně realizována opatření, jejichž cílem je nejen naplnit strategii SZZ Krnov v uvedené oblasti, ale realizovat i další opatření s cílem dosáhnout maximálního potenciálu oddělení. V rámci projektu jsou navržena pro rok 2015 další opatření, která zvýší efektivnost poskytovaných zdravotních služeb.

- Pro rok 2015 jsou v rámci zavedení procesu kontroly hlavní činnosti naplánovány pravidelné schůzky s oddělením ZP s cílem pravidelně konzultovat průběh plnění plateb ze strany jednotlivých ZP. V důsledku opatření by mělo dojít ještě k efektivnějšímu získávání plateb od ZP a k minimalizaci korekcí a srážek z jejich strany. Výrazných efektů by mělo být dosaženo především v případě zdravotních pojišťoven u kterých je smlouvou stanoven limit pro maximální rozsah realizované zdravotní péče (pojišťovna 205 ČPZP a Revírní bratrská pokladna 213) a v případě VZP ČR, kde dochází k celkovému poklesu počtu pojištěnců. Frekvence schůzek je navržena 1 x za 3 měsíce.
- Při plné realizaci navržených opatření a podle současné úhradové vyhlášky lze pro rok 2016 počítat s navýšením příjmů z hlavní činnosti ve srovnání s rokem 2014 o 5 %.

9.4 Zrušení stravovacího provozu

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

Tab. 19 Ekonomický efekt zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)

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

Měsíční úspora nákladů na zajištění stravovacích služeb je 45 200,- Kč, roční úspora činí 542 400,- Kč. Jednorázové náklady na technické vybavení pro rozvoz stravy na OOP Dvorce byly vyčísleny na 84 524,- Kč a budou nákladem stravovacího provozu SZZ Krnov. Uvedeným opatřením bude dále vyřešena problematika kontrol přípravy stravy po nutriční stránce nutričními terapeutkami stravovacího provozu SZZ Krnov, ve stravovacím provozu OOP Dvorce tato možnost není. Ekonomické efekty zrušení stravovacího provozu na OOP Dvorce byly vyčísleny ve spolupráci s ekonomicko – personálním náměstkem SZZ Krnov. Uvedená opatření se plně projeví v roce 2016 a bude s nimi možné počítat při sestavování finančního plánu pro uvedené období.

9.5 Akční plány

Celý projekt zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce je specifikován prostřednictvím jednotlivých dílčích akčních plánů. Akční plány vyjadřují jednotlivé etapy projektu, jejich specifikaci a definování zodpovědnosti za jejich realizaci. Akční plány jsou pro přehlednost sestaveny do tabulek.

Tab. 20 Akční plán Marketingové řízení oddělení (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)

<i>Akční plán Marketingové řízení oddělení</i>	
Hlavní činnost	Marketingová akce s využitím nových forem propagace (cílený marketing, elektronické formy propagace). <ul style="list-style-type: none"> • Vydání aktualizované verze propagačního letáčku Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ve spolupráci s ICT oddělením vytvoření nové webové stránky. • Ve spolupráci s ICT oddělení vytvoření nové elektronické prezentace oddělení. • Cílená propagační akce se zaměřením na region Olomouckého kraje s využitím všech dosavadních forem prezentace.
Cíl aktivity	Zvýšení povědomí zákazníků o službách Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce
Cílová skupina	Veřejnost, potenciální zákazníci
Odpovědné osoby	Náměstek LPP, koordinátor následné péče, vedoucí ICT oddělení
Časová náročnost	→ 2 měsíce příprava → 4 měsíce realizace Celkem 6 měsíců
Realizační náklady	Zpracování a vytištění aktualizované verze propagačního letáčku → 5 000,- Kč Ostatní aktivity → 0,- Kč Celkem 5 000,- Kč

Tab. 21 Akční plán Zavedení procesu kontroly hlavní činnosti (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)

Akční plán Zavedení procesu kontroly hlavní činnosti	
Hlavní činnost	Realizace pravidelných schůzek s oddělení ZP. <ul style="list-style-type: none"> • Navržení harmonogramu schůzek a jejich organizační zajištění. • Zajištění podkladů pro hodnocení plnění plateb ze strany jednotlivých ZP. • Vyhodnocení efektů řízení procesu kontroly hlavní činnosti.
Cíl aktivity	Optimalizace příjmů od ZP. Zvýšení příjmů od ZP o 5% z důvodu růstu objemu realizované péče. Zvýšení příjmů od ZP o 5% v důsledku eliminace korekcí.
Cílová skupina	Plátcí zdravotní péče (zdravotní pojišťovny)
Odpovědné osoby	Ředitel SZZ Krnov, náměstek LPP, vedoucí úseku ZP, koordinátor

	následné péče
Časová náročnost	→ 3 měsíce příprava → 9 měsíců realizace + implementace do procesu řízení Celkem 12 měsíců
Realizační náklady	Funkce koordinátora následné péče (dle harmonogramu práce celkem úvazek 0,25) → 120 000,- Kč Celkem 120 000,- Kč

Tab. 22 Akční plán Zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)

Akční plán Zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce	
Hlavní činnost	Vytvoření předpokladů pro zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce a realizace záměru. <ul style="list-style-type: none"> • Ověření technické proveditelnosti opatření. • Vyčíslení ekonomických efektů realizovaného opatření. • Technologické zajištění realizace opatření ve stravovacím provozu SZZ Krnov.
Cíl aktivity	Úspora provozních nákladů. Zajištění stravy v souladu se současnými nutričními požadavky.
Cílová skupina	Provozní úsek SZZ Krnov
Odpovědné osoby	Ředitel SZZ Krnov, ekonomicko – personální náměstek, provozně – technický náměstek, vedoucí stravovacího provozu
Časová náročnost	→ 1 měsíc ověření proveditelnosti opatření → 1 měsíc vyčíslení ekonomických efektů → 4 měsíce technologické změny ve stravovacím provozu SZZ Krnov Celkem 6 měsíců
Realizační náklady	Jednorázový náklad na zajištění dovozu stravy na OOP Dvorce (jedná se o náklad stravovacího provozu) → 84 524,- Kč Celkem 84 524,- Kč (náklad stravovacího provozu)

10 ČASOVÁ, NÁKLADOVÁ A RIZIKOVÁ ANALÝZA

V této kapitole bude navrhovaný projekt zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce podroben časové, nákladové a rizikové analýze, aby bylo možno zhodnotit praktickou možnost jeho realizace.

10.1 Časová analýza

V časové analýze je uveden časový harmonogram jednotlivých kroků, potřebných k dosažení cíle projektu. Tento harmonogram je umístěn na časové ose vymežující období 3 let, období od ledna 2013 do ledna 2016. Předchozí opatření jsou v časové analýze uvedena z důvodu, že současný projekt na tato opatření navazuje a bezprostředně s nimi souvisí. Jednotlivé kroky a termíny jejich realizace jsou uvedeny v tabulce.

Tab. 23 Harmonogram realizace projektu zvýšení efektivity OOP Dvorce (vlastní zpracování)

<i>Program</i>		<i>Termín realizace</i>
		2013
1.	zřízení pracovní pozice koordinátora následné péče	leden 2013
2.	průběžné sledování délky hospitalizací prostřednictvím služby SQL Agent	leden 2013
3.	navázání spolupráce se zdravotnickými institucemi v Moravskoslezském a Olomouckém kraji	leden – prosinec 2013
4.	strategická spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava	leden – prosinec 2013
5.	marketingová akce s cílem propagace pracoviště	červenec – prosinec 2013
		2014
6.	pokračování spolupráce se zdravotnickými institucemi v Moravskoslezském a Olomouckém kraji, strategická spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava	leden – prosinec 2014
7.	důraz na maximální využití lůžkové kapacity	leden – prosinec 2014
8.	aktualizace propagačních materiálů pracoviště, distribuce propagačních letáčků	červenec – prosinec 2014
		2015
9.	realizace pravidelných schůzek s oddělením ZP s cílem optimalizovat příjmy od ZP	leden – prosinec 2015
10.	pokračování zavedených forem spolupráce se zdravotnickými	leden – prosinec 2015

	institucemi z předchozího období	
11.	zrušení stravovacího provozu na OOP Dvorce	leden – červen 2015
12.	opakování marketingové akce s cílem propagace pracoviště, využití nových forem propagace, uplatnění forem cíleného marketingu	červenec – prosinec 2015
		2016
13.	zhodnocení projektu	leden – březen 2016

Časový harmonogram celého projektu je uveden v tabulce. Je zde graficky znázorněno v jakém časovém období probíhají jednotlivé kroky, termíny jejich zahájení a plánované termíny dokončení. Některé programy jsou realizovány současně, jiné vyžadují časovou posloupnost.

Tab. 24 Časový harmonogram jednotlivých programů projektu (vlastní zpracování)

Období	1. - 3. 2013	4. - 6. 2013	7. - 9. 2013	10 - 12. 2013	1. - 3. 2014	4. - 6. 2014	7. - 9. 2014	10. - 12. 2014	1. - 3. 2015	4. - 6. 2015	7. - 9. 2015	10. - 12. 2015	1. - 3. 2016
Program													
1.	■												
2.	■												
3.	■	■	■	■									
4.	■	■	■	■									
5.			■	■									
6.					■	■	■	■					
7.					■	■	■	■					
8.							■	■					
9.									■	■	■	■	
10.									■	■	■	■	
11.									■	■			
12.											■	■	
13.													■

10.2 Nákladová analýza

Rozhodující zdroj příjmů pracoviště tvoří příjmy z hlavní hospodářské činnosti – příjmy za realizovanou zdravotní péči. Tyto příjmy závisí především na počtu realizovaných lůžkodnů, v menší míře jsou potom závislé na tzv. kategorii pacienta. Ta je závislá na

zdravotním stavu pacienta a na míře náročnosti ošetrovatelské a lékařské péče. Pacienti jsou rozděleni do 5 kategorií, platba za lůžkoden se pohybuje podle kategorie v rozmezí od 927,91 Kč do 1352,42 Kč.

Náklady pracoviště lze rozdělit na fixní a variabilní, podstatnou část fixních nákladů tvoří potom mzdové náklady.

Při realizaci většího počtu lůžkodnů se celkové náklady příliš nemění, fixní náklady zůstávají stejné a variabilní rostou jen mírně. Zvýšené variabilní náklady jsou způsobené především růstem spotřeby léků, zdravotnického materiálu, růstem nákladů na stravovací služby a na praní prádla. Pro rok 2016 se předpokládá, že růst variabilních nákladů bude plně pokryt z úspor, které vzniknou zrušením stravovacího provozu OOP Dvorce. Projekt je popsán a vyčíslen v kapitole 9.4. V uvedeném období poměrně výrazně rostou výnosy z realizované činnosti.

Náklady s realizací projektu jsou uvedeny v tabulce. Pracovní pozice koordinátora následné péče byla vytvořena v rámci změny dosavadní pracovní pozice, tudíž mzdové náklady jsou vyjádřeny ve formě implicitních nákladů (tzn. nákladů obětované příležitosti) a vztahují se k úvazku 0,5 pro funkci koordinátora za rok 2015. Dle harmonogramu práce je na činnost související přímo s projektem vyčleněno 50% pracovní doby z úvazku 0,5, tj. úvazek 0,25 na kontrolu hlavní činnosti. Marketingové akce pracoviště jsou financovány z prostředků ředitelství nemocnice v rámci odpočtu vnitropodnikových nákladů z hospodářského výsledku pracoviště, jednorázové náklady spojené se zrušením stravovacího provozu jsou rovněž vnitropodnikovým nákladem .

Tab. 25 Nákladová analýza (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)

<i>Název aktivity</i>	<i>Náklady oddělení</i>	<i>Vnitropodnikové náklady</i>
Zavedení procesu kontroly hlavní činnosti (pracovní pozice koordinátora následné péče)	120 000,- Kč	0,- Kč
Marketingové aktivity	0,- Kč	5 000,- Kč
Zrušení stravovacího provozu	0,- Kč	84 524,- Kč
Celkem	209 524,- Kč	

Vztah mezi náklady a výnosy je uveden v tabulce. Výchozím obdobím pro srovnání je rok 2012, tedy rok, kdy bylo dosaženo nejnižšího počtu realizovaných lůžkodnů a kdy nebyly ještě realizovány programy ke zvýšení efektivity pracoviště.

Tab. 26 Vztah mezi náklady a výnosy OOP Dvorce v letech 2012 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2012 – 2014, vlastní zpracování)

<i>Rok</i>	<i>Náklady</i>		<i>Výnosy</i>		<i>Hospodářský výsledek</i>	
2012	19 709 209	100,00 %	20 781 193	100,00 %	1 071 984	100,00 %
2013	19 576 036	99,32 %	20 978 923	100,95 %	1 402 887	130,86 %
2014	22 577 629	114,55 %	26 386 588	126,97 %	3 808 959	355,32 %

Náklady na modernizaci vnitřního vybavení pracoviště v nejbližších letech by měly být pokryty především z mezinárodních fondů, podrobné strategie nejsou dosud vypracovány a nejsou součástí diplomové práce. Projekt by měl být dle strategie SZZ Krnov realizován do roku 2020 (SZZ Krnov, 2015).

10.3 Riziková analýza

Riziková analýza tvoří nedílnou součást každého projektu. Pomáhá nám odhalit negativní vlivy, čímž je možné předejít nebezpečí nemožnosti realizace projektu. Riziková analýza stanovuje jak vnější i vnitřní vlivy, tak i pravděpodobnost vzniku ohrožení dosažení stanovených cílů.

Analýza rizik začíná jejich identifikací a definováním jejich míry z hlediska pravděpodobnosti účinků a vlivu na projekt.

K vyhodnocení rizik je možné využít například matici hodnocení rizik, kde se významnost rizik posuzuje pomocí dvou hledisek – z hlediska pravděpodobnosti vzniku rizika a z hlediska intenzity negativního dopadu rizika.

Pro číselné hodnocení pravděpodobnosti výskytu rizika byla zvolena pětibodová stupnice, kde:

- 1 velmi malá pravděpodobnost rizika,
- 2 malá pravděpodobnost rizika,
- 3 střední pravděpodobnost rizika,
- 4 velká pravděpodobnost rizika,
- 5 zvláště velká pravděpodobnost rizika.

Intenzita negativních dopadů výskytu rizik je měřena nelineární mocninnou stupnicí, kdy hodnocení každého stupně rizika je dvojnásobkem ohodnocení předchozího nižšího stupně:

- 1 velmi malý negativní dopad,
- 2 malý negativní dopad,
- 4 střední negativní dopad,
- 6 velmi negativní dopad,
- 16 velmi vysoký negativní dopad.

Výslednou hodnotu rizika lze vypočítat podle vzorce:

$$\text{Výsledná hodnota rizika} = \text{pravděpodobnost výskytu rizika} \times \text{hodnocení intenzity negativního dopadu rizika}$$

Jednotlivá identifikovaná rizika projektu, pravděpodobnost jejich vzniku a jejich vliv na realizaci jsou uspořádána v tabulce.

Tab. 27 Rizika projektu (vlastní zpracování)

Riziko	Pravděpodobnost výskytu rizika					Stupeň intenzity negativního dopadu rizika					Výsledek
	1	2	3	4	5	1	2	4	8	16	
Změna plateb ze strany ZP			X							X	48
Nevýhodné smlouvy ze strany ZP			X							X	48
Nedostatek personálu			X					X			12
Vznik nové konkurence	X							X			4

Intervaly rizik:

- 1 – 8 nízké riziko,
- 10 – 24, střední riziko,
- 32 – 80, vysoké riziko.

Prakticky po celé období od roku 1993, kdy je zdravotní péče v České republice financována na principu veřejného zdravotního pojištění, nebyly ze strany zdravotních pojišťoven dlouhodobě garantovány platby za jednotlivé segmenty zdravotní péče. Platby za realizovanou zdravotní péči jsou pro zdravotnická zařízení rozhodujícím zdrojem příjmů. Riziko je identifikováno jako vysoké.

Smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče na OOP Dvorce uzavřené mezi zdravotními pojišťovnami a SZK Krnov mají platnost od 1. 1. 2013 do 31. 12. 2017. Smlouvy obsahují několik diskriminačních ujednání, která mají na objem realizované péče negativní dopad (např. striktně vymezená maximální délka hospitalizace, u některých ZP omezení objemu poskytované péče v roce apod.). Riziko je identifikováno jako vysoké.

V posledním období lze zaznamenat prohlubování nedostatku zdravotnického personálu prakticky ve všech kategoriích – lékaři, zdravotní sestry, fyzioterapeuti i jiné kategorie. Riziko je identifikováno jako střední.

Do budoucna nelze vyloučit vznik nové potenciální konkurence. Vzhledem k extrémním nákladům na vznik nové zdravotnické instituce a vzhledem k celkové odlehlosti regionu je tato pravděpodobnost velmi malá. Celkově lze riziko hodnotit jako nízké.

11 PLÁN KONTROLY A VYHODNOCENÍ PROJEKTU

Každý projekt by měl v sobě zahrnovat plán kontroly a vyhodnocení efektů projektu, tj. vyhodnocení jednotlivých dílčích strategií. Výstupem vyhodnocení projektu je potom návrh finančního plánu pracoviště pro rok 2016, který vychází z dosavadního vývoje a z efektů implementace jednotlivých částí projektu do praxe.

11.1 Plán kontroly

Celý projekt je od prvopočátku podroben průběžné kontrole. Efekty jednotlivých opatření jsou průběžně sledovány, vyhodnocovány a na společných poradách jsou navrhovány případné změny v jednotlivých akčních plánech.

Kontrolní činnost probíhá na těchto základních úrovních:

Průběžné hodnocení dosahovaných efektů umožňuje managementu služba SQL Agent – 1 x týdně jsou automaticky e – mailem zasílány informace o délce hospitalizace pacientů na lůžkách následné péče. 1 x měsíčně je automaticky zasílána managementu SZZ Krnov tabulka Využití lůžkového fondu SZZ Krnov – ta udává přehled o počtu realizovaných lůžkodnů a o využití lůžkového fondu v %.

1 x měsíčně se koná schůzka koordinátora následné péče s náměstkem LPP SZZ Krnov. Na této schůzce dochází k vyhodnocení uplynulého období a k návrhu případných úprav akčních plánů.

1 x za 3 měsíce se koná společná schůzka ředitele SZZ Krnov, náměstků LPP a koordinátora následné péče s cílem zhodnocení plnění projektu.

1 x za 3 měsíce se koná schůzka koordinátora následné péče s vedoucím úseku zdravotních pojišťoven s cílem optimalizace příjmů od jednotlivých zdravotních pojišťoven.

1 x ročně dochází na společné schůzce managementu SZZ Krnov a managementu OOP Dvorce k vyhodnocení realizované zdravotní péče a dosaženého hospodářského výsledku za uplynulé období.

Tab. 28 Plán kontrolní činnosti při realizaci projektu (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)

Sledovaná činnost / četnost	průběžně	1 x měsíc	1 x 3 měsíce	ročně
Využití lůžkového fondu	X			
Úpravy akčních plánů		X		
Zhodnocení plnění projektu			X	
Optimalizace příjmů od ZP			X	
Hodnocení hosp. výsledku				X

11.2 Vyhodnocení projektu

Jednotlivé akční programy projektu ke zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce bezprostředně navazují na již realizovaná opatření v letech 2013 – 2014, proto jsou v tabulce vyhodnocení projektu uvedena všechna opatření včetně celkových efektů.

Tab. 29 Časový plán realizace navržených opatření a efekty opatření (zdroj: SZZ Krnov, 2013 – 2015, vlastní zpracování)

Rok / opatření	Efekt opatření
Rok 2013 – Předprojektová opatření <ul style="list-style-type: none"> • zřízení pracovní pozice koordinátora následné péče • navázání spolupráce se zdravotnickými institucemi v Moravskoslezském a Olomouckém kraji • navázání strategické spolupráce se Slezskou nemocnicí Opava • marketingová akce s cílem propagace pracoviště • průběžné sledování délky hospitalizací prostřednictvím služby SQL Agent 	<ul style="list-style-type: none"> • realizováno 18 934 ošetrovacích dnů • využití lůžek 86,46 % • průměrná ošetrovací doba 49,18 dne • hospodářský výsledek + 1 402 887,- Kč
Rok 2014 – Předprojektová opatření <ul style="list-style-type: none"> • pokračování spolupráce se zdravotnickými institucemi a strate- 	<ul style="list-style-type: none"> • realizováno 20 721 ošetrovacích dnů

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

11.3 Návrh finančního plánu na rok 2016

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

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

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

Tab. 30 Návrh finančního plánu OOP Dvorce na rok 2016 ve formě rozborové tabulky (vlastní zpracování)

Účet	Název	Rok 2016 celkem
501	Spotřeba materiálu	2 350 405
502	Spotřeba energie	302 000
511	Opravy a udržování	22 000
512	Cestovné	10 000
518	Ostatní služby	2 620 000
521	Mzdové náklady	9 110 000
524	Zákonné sociální pojištění	3 100 000
525	Jiné sociální pojištění	38 900
527	Zákonné sociální náklady	93 500
531	Daň silniční	2 400
538	Jiné daně a poplatky	0
549	Ostatní náklady z činnosti	0
551	Odpisy dlouhodobého majetku	200 000
557	Náklady z vyřazených pohledávek	150 000
558	Náklady z drobného dlouhodobého majetku	80 000
Součet	Náklady	18 079 205
701	Vnitřní náklady ředitelství	610 000
702	Vnitřní náklady úseku náměstka LP	65 000
703	Vnitřní náklady úseku náměstka OP	55 000
704	Vnitřní náklady úseku ekonomicko – personálního nám.	390 000
705	Vnitřní náklady úseku provozně – technického nám.	1 200 000

710	Vnitřní náklady zdravotnických provozů	200 000
720	Vnitřní náklady ostatních provozů	2 900 000
Součet	Náklady vnitropodnikové	5 420 000
Součet	Správní režie	0
Součet	NÁKLADY CELKEM	23 499 205
602	Výnosy z prodeje služeb	27 630 000
603	Výnosy z pronájmu	9 860
662	Úroky	0
672	Výnosy vybraných míst. vládních institucí na transfery	55 000
Součet	Tržby	27 694 860
Součet	VÝNOSY CELKEM	27 694 860
Součet	HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK	4 195 655

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

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na vypracování projektu zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce, které je součástí Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov. Vzhledem k tomu, že se jedná o již existující zdravotnické pracoviště s dlouhodobě kladným hospodářským výsledkem, tak se práce nezabývá kompletním řešením problematiky vzniku pracoviště a jeho financování, ale pouze projektem na zvýšení efektivity procesů probíhajících na daném oddělení. Přesto se v práci oddělení vyskytuje několik negativních jevů, které je vhodné odstranit a dosáhnout tak ještě vyšší efektivity poskytované zdravotní péče.

Teoretická část práce popisuje systém poskytování zdravotní péče v České republice a principy jejího financování. V následujících kapitolách teoretické části jsou zdůrazněna specifika poskytování zdravotní péče, problematika manažerského řízení nemocnic a hodnocení ekonomických i zdravotnických ukazatelů zdravotní péče. Metody situační analýzy a metody ekonomické analýzy jsou využity v praktické části diplomové práce jako nástroje pro zhodnocení prostředí oddělení a pro analýzu ekonomických ukazatelů.

Praktická část diplomové práce analyzuje instituci jako celek a popisuje konkrétní zdravotnické oddělení, Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce. Analytická část je rozdělena na marketingovou analýzu prostředí a na analýzu ekonomických i zdravotnických ukazatelů hodnocení zdravotní péče. Výstupy analytické části jsou zpracovány do tabulek, které jsou doplněny o textovou interpretaci zjištěných skutečností. Výstupem analytické části je SWOT analýza OOP Dvorce, která shrnuje všechny dílčí analýzy do jednoho celku.

Výsledků z analytické části práce bylo využito při tvorbě projektu zvýšení efektivity Oddělení ošetrovatelské péče Dvorce. V projektu jsou rozlišena již realizovaná opatření od roku 2013 a opatření, která budou realizována do konce roku 2015. Na základě zjištěných skutečností byl potom vypracován návrh finančního plánu oddělení pro rok 2016. Všechna uvedená opatření jsou navržena z pozice koordinátora následné péče SZZ Krnov po konzultaci s vrcholovým managementem nemocnice, projekt podléhá schválení managementem Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov.

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

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

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- PAPeŠ, Zdeněk a Miloš ULRICH, 2002. *Zdravotnická ekonomika*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 86 s. ISBN 80-244-0567-9.
- PRUDIL, Lukáš, 2006. *Vybrané kapitoly práva pro zdravotnický management*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 82 s. ISBN 80-244-1304-3.
- SOUČEK, Zdeněk a Jan BURIAN, 2006. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. Vyd. 1. Praha: Professional Publishing, 196 s. ISBN 80-86946-18-5.
- SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV P.O. *100 let od výstavby a 90 let od otevření veřejné nemocnice ve Dvorcích*. © 2010. Text v plném znění.
- SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV P.O. *Strategie Sdruženého zdravotnického zařízení Krnov, příspěvková organizace v letech 2015 – 2020, Směrnice S 01 016*. © 2015. Vyd. 1. 49 s.
- SDRUŽENÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ KRNOV P.O. *Výroční zpráva za rok 2011*. © 2012. Vyd. 1. 78 s.
- STAŇKOVÁ, Pavla, 2013a. *Marketingové řízení nemocnic*. Žilina: Georg, 208 s. ISBN 978-80-89401-62-2.
- ŠATERA, Karel, 2012. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 126 s. ISBN 978-80-7454-135-3.
- THOMAS, Richard K., 2008. *Health services marketing*. 2Nd ed. New York: Springer science + Business Media, 157 s. ISBN 978-0-387-73604-4.
- ÚZIS ČR, 2013a. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 270 s. ISBN 978-80-7472-083-3.
- ÚZIS ČR, 2014a. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 276 s. ISBN 978-80-7472-135-9.
- ÚZIS ČR, 2013b. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2012*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 178 s. ISBN 978-80-7472-081-9.
- ÚZIS ČR, 2014b. *Zdravotnická ročenka Moravskoslezského kraje 2013*. Vyd. 1. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 178 s. ISBN 978-80-7472-131-1.
- ZLÁMAL, Jaroslav, 2000. *Jednoduché účetnictví ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého, 188 s. ISBN 80-244-0114-2.

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

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

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

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

Elektronické zdroje

OTRUSINOVÁ, Milana a Zuzana TUČKOVÁ, 2011. *Ekonomika zdravotnictví*. [online]. [citace 2015-02-02]. Dostupné z: http://www.fame.utb.cz/klin/dokumenty/pdfskripta/ekonomika_zdravotnictvi.pdf.

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

STAŇKOVÁ, Pavla, 2013b. *Marketing zdravotnictví*. [online]. [citace 2015-02-02]. Dostupné z: http://www.fame.utb.cz/klin/dokumenty/pdfskripta/marketing_zdravotnictvi.pdf.

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

Přednášky

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

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

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

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

Ostatní zdroje

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

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

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

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 Letecký snímek areálu SZZ Krnov, červenec 2010 (zdroj: SZZ Krnov, 2015)	45
Obr. 2 Oddělení ošetřovatelské péče Dvorce, podzim 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2015)	53
Obr. 3 Schéma projektu zvýšení efektivity OOP Dvorce (vlastní zpracování)	77

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Faktory vnějšího a vnitřního prostředí (zdroj: Staňková, 2013b, s. 80)	29
Tab. 2 Strategická matice SWOT (zdroj: Staňková, 2013a, s. 162)	32
Tab. 3 Výkaz zisku a ztráty (zdroj: Otrusínová, Tučková, 2011, s. 64)	36
Tab. 4 Základní charakteristiky oddělení a využití lůžkového fondu SZZ Krnov, rok 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2014, vlastní zpracování)	49
Tab. 5 Riziko vstupu potenciálních konkurentů (vlastní zpracování)	59
Tab. 6 Rivalita mezi konkurenty (vlastní zpracování)	60
Tab. 7 Základní charakteristika silných a slabých stránek konkurenčních zařízení (vlastní zpracování)	61
Tab. 8 Smluvní síla dodavatelů (vlastní zpracování)	61
Tab. 9 Smluvní síla odběratelů (vlastní zpracování)	62
Tab. 10 Hrozba substitučních výrobků (vlastní zpracování)	63
Tab. 11 Zjednodušená rozborová tabulka OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)	65
Tab. 12 Zjednodušená rozborová tabulka plateb ZP OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)	66
Tab. 13 Ukazatel autarkie OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)	67
Tab. 14 Ukazatel rentability OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)	67
Tab. 15 Ukazatel nákladové rentability OOP Dvorce za roky 2008 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2008 – 2014, vlastní zpracování)	67
Tab. 16 Využití lůžkového fondu OOP Dvorce v letech 2003 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2003 – 2014, vlastní zpracování)	68
Tab. 17 Využití lůžkového fondu následné péče SZZ Krnov v letech 2005 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2005 - 2014)	69
Tab. 18 SWOT analýza OOP Dvorce (zdroj: SZZ Krnov, 2013 – 2015, vlastní zpracování)	73

Tab. 19 Ekonomický efekt zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	82
Tab. 20 Akční plán Marketingové řízení oddělení (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	82
Tab. 21 Akční plán Zavedení procesu kontroly hlavní činnosti (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	83
Tab. 22 Akční plán Zrušení stravovacího provozu OOP Dvorce (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	84
Tab. 23 Harmonogram realizace projektu zvýšení efektivnosti OOP Dvorce (vlastní zpracování)	85
Tab. 24 Časový harmonogram jednotlivých programů projektu (vlastní zpracování)	86
Tab. 25 Nákladová analýza (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	87
Tab. 26 Vztah mezi náklady a výnosy OOP Dvorce v letech 2012 – 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2012 – 2014, vlastní zpracování)	88
Tab. 27 Rizika projektu (vlastní zpracování)	89
Tab. 28 Plán kontrolní činnosti při realizaci projektu (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	92
Tab. 29 Časový plán realizace navržených opatření a efekty opatření (zdroj: SZZ Krnov, 2013 – 2015, vlastní zpracování)	92
Tab. 30 Návrh finančního plánu OOP Dvorce na rok 2016 ve formě rozborové tabulky (vlastní zpracování)	94

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Vztah mezi výkony následné péče SZZ Krnov jako celku a OOP Dvorce, rok 2014 (zdroj: SZZ Krnov, 2015, vlastní zpracování)	70
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: ZŘIZOVACÍ LISTINA SZZ KRNOV

Příloha P II: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA SZZ KRNOV

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

Příloha P IV: ROZBOROVÁ TABULKA OOP DVORCE, ROK 2014

PŘÍLOHA P I: ZŘIZOVACÍ LISTINA SZZ KRNOV



ÚPLNÉ ZNĚNÍ ZŘIZOVACÍ LISTINY
KE DNI 21. PROSINCI 2007

ZL/323/2003

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ ZASTUPITELSTVO KRAJE

vydává

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

ZŘIZOVACÍ LISTINU

příspěvkové organizace

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

Čl. I

Označení zřizovatele

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

Čl. II

Název organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

Čl. III

Sídlo organizace

I. P. Pavlova 9, 794 01 Krnov

Čl. IV

Identifikační číslo organizace

00844641

Čl. V
Právní forma organizace

Příspěvková organizace.

Čl. VI
Vymezení hlavního účelu a předmětu činnosti organizace

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

Čl. VII
Statutární orgán organizace

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

Čl. VIII
Vymezení majetku zřizovatele předávaného organizaci do správy

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

Čl. IX
Vymezení majetkových práv organizace

1. Obecná ustanovení

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

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

2. Nemovitý majetek

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

3. Movitý majetek

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

4. Jiná majetková práva

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

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

Čl. X

Doplňková činnost organizace

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

Čl. XI

Zajištění kontroly organizace

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

Čl. XII

Závěrečná ustanovení

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

Čl. XIII
Vymezení doby, na kterou je organizace zřizována

Organizace je zřizována na dobu neurčitou.

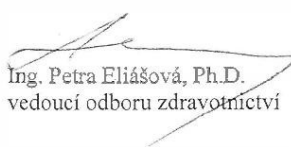
V Ostravě dne 27. března 2003

Účinnost dodatků:

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

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

Vyhotovila: Jana Brodová


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

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

Příloha č. 1
ke zřizovací listině příspěvkové organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

ze dne 27. 3. 2003

Vymezení majetku, který se příspěvkové organizaci svěřuje do správy.

1. Rozpis nemovitého majetku

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

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

b) Pozemky			
parc. č.	výměra (m ²)	druh	k. ú.
1176	2823	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1852/1	427	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1856	381	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1857	330	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1858	747	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1859	353	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1861	426	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1862	723	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1863/1	69	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1863/2	14	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1863/3	9	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1864	76	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1865/1	82	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1865/2	20	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1865/3	3	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1866/2	2701	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1866/3	952	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1866/4	50	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1866/6	803	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1866/7	976	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1866/8	8807	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
1867/2	476	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
1869	92	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5445	1705	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
5446	175	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5447	19	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí
5448	457	ostatní plocha	Krnov-Horní Předměstí
5449	251	zast. plocha a nádvoří	Krnov-Horní Předměstí

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

c) Ostatní

název

k. ú.

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

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

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

Příloha č. 2
ke zřizovací listině příspěvkové organizace

Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, příspěvková organizace

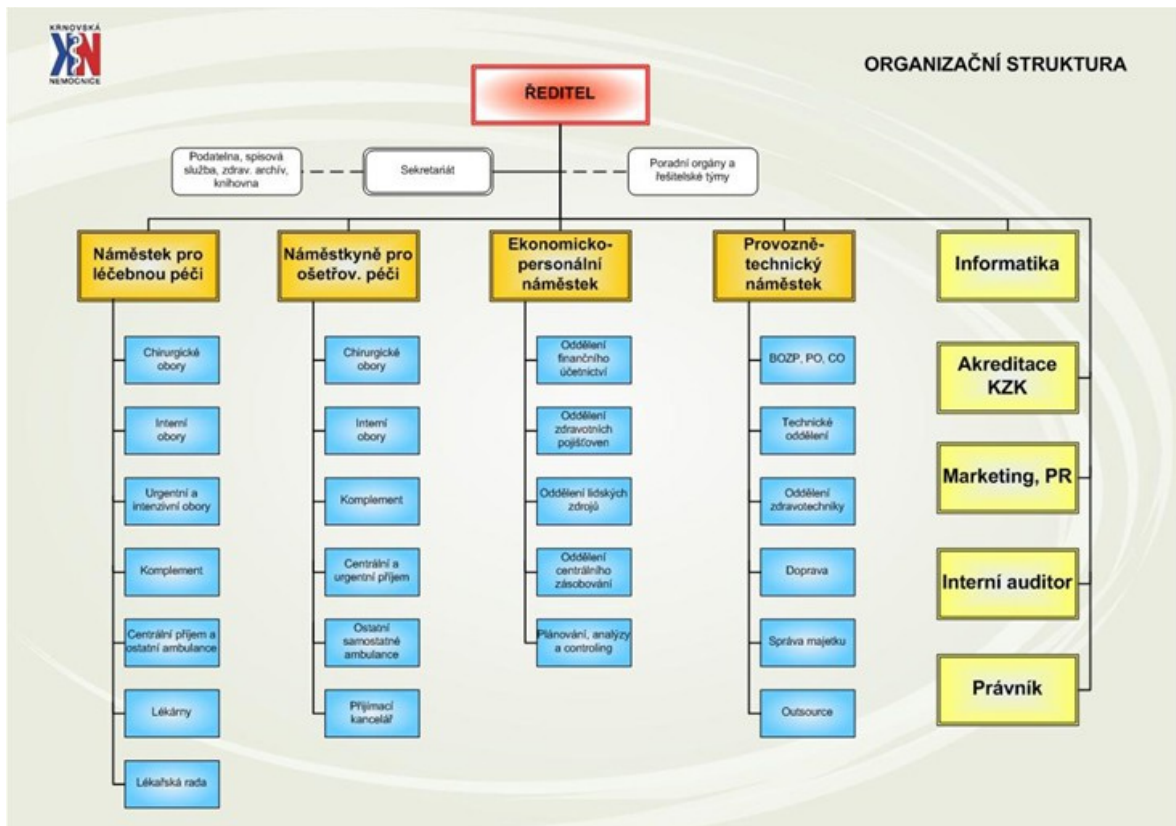
ze dne 27. 3. 2003

Vymezení doplňkové činnosti organizace

Okruhy doplňkové činnosti příspěvkové organizace:

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

PŘÍLOHA P II: ORGANIZAČNÍ STRUKTURA SZZ KRNOV



Zdroj: SZZ Krnov, 2011

