

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
EKONOMICKÁ FAKULTA

DISERTAČNÍ PRÁCE

na téma

**Hospodaření podniků v oblasti infrastruktury
zdravotně orientovaného cestovního ruchu**

Autor: Ing. Hana Matoušková

Školitel: doc. Ing. Ivana Faltová Leitmanová, CSc.

Studijní program: P6208 V Ekonomika a management

Studijní obor: Řízení a ekonomika podniku

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma „Hospodaření podniků v oblasti infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu“ jsem vypracovala sama pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací v Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 17. 6. 2019

Ing. Hana Matoušková

Poděkování

Hlavní poděkování patří mé školitelce Ing. Ivaně Faltové Leitmanové, CSc. za vedení v doktorském studiu a především za cenné rady, které mi pomohly při psaní disertační práce.

Ráda bych také poděkovala mé rodině, která mě po celé doktorské studium trpělivě podporovala a umožnila mi tím intenzivně se věnovat studiu a psaní této práce.

Obsah

1	Abstrakt.....	4
2	Summary, keywords	6
3	Úvod.....	8
4	Cíl a metody.....	10
4.1	Cíl práce.....	10
4.2	Hypotézy.....	10
4.3	Metodický postup	10
4.3.1	Identifikace podniků.....	11
4.3.2	Sběr dat.....	11
4.3.3	Analýza dat s využitím statistických metod.....	14
4.3.4	Vyhodnocení hypotéz a závěr	18
5	Hospodaření a řízení podniku	20
5.1	Finanční řízení podniku	20
5.1.1	Majetková struktura podniku a specifikace účetních položek.....	24
5.1.2	Náklady a výnosy	26
5.1.2.1	Náklady	27
5.1.2.2	Výnosy	30
5.1.3	Finanční poměrové ukazatele.....	32
5.1.3.1	Ukazatelé likvidity	33
5.1.3.2	Ukazatelé rentability	36
5.1.3.3	Ukazatelé zadluženosti a solventnosti.....	39
5.1.3.4	Ukazatelé aktivity	40
5.2	Strategické řízení podniku	41
5.2.1	Principy a význam strategického řízení podniku	42

5.2.2	Strategické myšlení a strategické přístupy	43
5.2.3	Strategický záměr, hodnocení a výběr strategií	46
6	Cestovní ruch a zdravotně orientovaný cestovní ruch	49
6.1	Vymezení pojmu zdravotně orientovaného cestovního ruchu.....	53
6.1.1	Infrastruktura zdravotně orientovaného cestovního ruchu.....	59
6.1.2	Zdravotně orientovaný cestovní ruch ve vybraných zemích.....	61
6.1.3	Trh zdravotních služeb	64
6.1.4	Právní formy vlastnictví podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu	68
7	Praktická část	73
7.1	Majetková struktura podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu.....	79
7.1.1	Analýza jednotlivých položek majetkové struktury podniků.....	79
7.1.2	Poměr jednotlivých položek majetkové struktury podniků v roce 2010 a v roce 2017	88
7.1.3	Průměrná roční změna na jednotlivých položkách majetkové struktury podniků v letech 2010 - 2017.....	90
7.1.4	Vliv typu zřizovatele na majetkovou strukturu v roce 2010 a 2017	94
7.2	Náklady, výnosy a tržby podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu	96
7.2.1	Průměrné náklady a výnosy podniků v letech 2009 – 2015.....	96
7.2.2	Podíl osobních nákladů na celkových nákladech podniků v letech 2009 - 2015	98
7.2.3	Tržby podniků mimo zdravotní pojišťovny v letech 2009 - 2015	99
7.2.4	Podíl vybraných nákladů na celkových nákladech	101
7.2.5	Podíl vybraných výnosů na celkových výnosech.....	102
7.2.6	Preference typu zřizovatele od cizinců a tuzemských pacientů	102

7.3	Výsledky hospodaření podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu.....	113
7.3.1	Výsledky hospodaření podniků v letech 2010 až 2017.....	113
7.3.2	Roční změna výsledku hospodaření podniků v letech 2010 -2017.....	114
7.3.3	Vliv typu zřizovatele na výsledky hospodaření podniků.....	115
7.3.4	Využití poměrových ukazatelů podniků ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu	117
7.3.5	Výsledky hospodaření podniků v letech 2010 – 2015 v jednotlivých oblastech ČR	121
7.3.6	Závislost výsledků hospodaření podniků v jednotlivých geografických oblastech na typu zřizovatele a interakci mezi geografickou oblastí a zřizovatelem.....	124
8	Podnik působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu - ideální model fungování.....	125
8.1	Minimální síť zdravotní péče.....	129
8.2	Diferenciace úhrad zdravotní péče.....	130
9	Vyhodnocení hypotéz.....	131
9.1	Přínos disertační práce.....	133
10	Závěr.....	134
11	Seznam tabulek.....	139
12	Seznam grafů.....	140
13	Seznam zdrojů.....	142
14	Seznam příloh.....	157
15	Přílohy.....	158

1 Abstrakt

Disertační práce je zaměřena na hospodaření podniků v oblasti zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Hospodaření podniků je v ní pojato v širokém významovém kontextu, nejen jako již tradičně z hlediska finančních ukazatelů, ale i z pohledu strategického řízení podniků, a to v souvislosti s manažerskými kompetencemi. Cílem práce je posoudit hospodaření podniků v oblasti infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu a navrhnout metody a postupy použitelné pro rozvoj zdravotnictví jako celku bez nutnosti navyšování zdrojů financování a navržení možného modelu pro udržitelné fungování podniků působících v oblasti zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

V rámci cílů práce budou posuzovány jednotlivé typy podniků se zaměřením na nastavení optimálního fungování státních, soukromých a komunálních podniků.

V disertační práci byly stanoveny dvě primární hypotézy, a několik dílčích hypotéz, které jsou ověřovány v návaznosti na stanovené cíle disertační práce. Vyhodnocení primárních hypotéz je uvedeno v závěru práce. Jedná se o tyto hypotézy: Státní podnik je nejvhodnější formou vlastnictví podniku působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu v lůžkových zařízeních; Zdroje financování a jejich podíl ve struktuře zdrojů a příjmů se u jednotlivých podniků členěných dle typu zřizovatele liší. Dílčí hypotézy ověřují, zda existují typy podniků dle zřizovatele, které se od sebe liší v majetkové struktuře a zda se výsledek hospodaření neliší mezi jednotlivými typy zřizovatelů. Disertační práce respektuje dělení na teoretickou a praktickou část. V teoretické literární rešerši je na základě dlouhodobého studia pramenů obsáhle popsán z mnoha zdrojů renomovaných domácích i zahraničních autorů získaný širší vědní základ oboru, dále je zde definována infrastruktura zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Pokud jde o praktickou část disertační práce, zde jsou provedeny samotné průzkumy, a to za použití statistických metod jako je jednofaktorová a dvoufaktorová ANOVA, χ^2 test nezávislosti, posuzování závislosti v kontingenčních tabulkách, lineární funkce a koeficient determinace, regresní koeficient, analýza časových řad a volba vhodného modelu trendu při tvorbě prognóz, analýza poměrových ukazatelů a sloupcové grafy. Použitím výše uvedených metod je zkoumána majetková struktura podniků, konkrétně pak analýza a poměr jednotlivých jejích položek. Dále pak jsou analyzovány výsledky hospodaření podniků v jednotlivých letech od roku 2010 do roku 2017 a v souvislosti s tím jsou vypočteny poměrové ukazatele používané v praxi. Jedná se o tyto ukazatele: rentabilita vlastního

kapitálu; rentabilita aktiv; rentabilita dlouhodobého kapitálu; celková míra zadluženosti; finanční samostatnost podniků.

Dalším zkoumaným atributem je závislost výsledků hospodaření v jednotlivých geografických oblastech na typu zřizovatele a interakce mezi geografickou oblastí a zřizovatelem.

V následujících kapitolách jsou zkoumány náklady a výnosy jednotlivých podniků a rovněž specifikovány druhy nákladů a výnosů a vypočteny procentuální podíly k celkovým nákladům.

V dalších kapitolách je specifikována zdravotní péče poskytovaná cizincům v nemocnicích a lázeňská péče v infrastruktuře zdravotního cestovního ruchu.

V návrhové části disertační práce je načrtnut ideální model fungování zdravotní péče, ve kterém mají své místo jak státní, komunální, ale i soukromé společnosti tak, aby nedocházelo k souboji o pacienta, ale vzájemné interakci a pomoci v péči o pacienta. Jedná se o podnik působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu poskytující služby, které souvisejí s motivem zaměřeným na vlastní zdraví klienta. Při navrhování ideálního podniku v takto specifickém odvětví cestovního ruchu je třeba brát v potaz motivaci účastníků zdravotně orientovaného cestovního ruchu, na tuto skutečnost se zaměřit a vytvořit cílenou strategii podniku, kde hlavními faktory budou hlavně nižší náklady na služby než například v domovské zemi, pokud se jedná o zahraniční klientelu, dále pak krátké čekací lhůty. Samozřejmostí je vysoká kvalita a diferenciací poskytovaných služeb. Nedílnou součástí strategie je vytvoření takových podmínek, aby bylo možné spojit lékařský zákrok nebo léčbu s dovolenou. K navržení těchto postupů je třeba využít infrastrukturu cestovního ruchu v okolí podniku, jako jsou památky a akce ať už společenské nebo kulturní.

Závěrem tak lze konstatovat, že zjištěné výsledky, při jejich průběžné komparaci s aktuálními odbornými prameny, definovanými v teoretické části práce, dobře posloužily jako podklad pro formulaci závěrů a výstupů disertační práce, obsahujících rovněž autorkou navrhovaná doporučení. Rovněž lze konstatovat, že stanovených cílů disertační práce bylo dle názoru její autorky dosaženo.

Klíčová slova: hospodaření podniků, majetková struktura, hospodářský výsledek, poměrové ukazatele, zdravotně orientovaný cestovní ruch, systém zdravotní péče.

2 Summary, keywords

The dissertation is focused on the management of enterprises in the area of health-oriented tourism. Business management is conceived in a broad context, not only traditionally in terms of financial indicators, but also in terms of strategic corporate governance in terms of managerial competencies. The aim of the thesis is to assess the management of enterprises in the area of health-oriented tourism infrastructure and to propose methods and procedures applicable to the development of health care as a whole without the need to increase sources of funding and design a possible model so that businesses operating in the field of health-oriented tourism are sustainable. Within the objectives of the thesis, individual types of enterprises will be assessed with a focus on setting an optimal functioning of state, private and municipal enterprises.

In the doctoral thesis, two hypotheses have been established which were later verified. The evaluation of these hypotheses is presented in the conclusion of the thesis. These are the hypotheses: A state-owned enterprise is the most appropriate form of ownership of a business operating in health-oriented tourism in inpatient facilities; Sources of funding and their share in resource and income structure they differ according to the type of founder. Partial hypotheses verify whether there are types of enterprises according to the founder, which differ from each other in the property structure and whether the economic result does not differ among individual types of founders. The dissertation respects the division of theoretical and practical part. Based on a long-term study of sources, a broader scientific basis of the field is widely described from many sources of renowned native and foreign authors in theoretical literary research. In the practical part of the dissertation the surveys are carried out using statistical methods such as single-factor and two-factor ANOVA, χ^2 independence test, dependence in contingency tables, linear function and determination coefficient, regression coefficient, time series analysis trends in forecasting, analysis of ratio indicators and bar graphs. By using these methods, the property structure of enterprises is examined, specifically the analysis and the ratio of individual items. Furthermore, the economic results of companies in individual years from 2010 to 2017 are analyzed and in relation to this calculated ratio indicators used in practice which are: return on equity; return on assets; return on long-term capital.

Another attribute to the interest is a dependence of economic results on individual geographical areas according to the type of founder and the interaction between the geographical area and the founder.

In the following chapters, the costs and benefits of each enterprise are examined, as well as the types of costs and revenues, while the percentages of total costs are being calculated.

The following chapters specify the healthcare and the spa care in the health tourism infrastructure provided to foreigners in hospitals.

In the proposing part of the dissertation, an ideal model of functioning of health care is perceived as a domain of mutual interaction and assistance in patient care from state, municipal and private companies. It is a health-related tourism business providing health services to benefit the client's health. Of course there is a high quality and differentiation of provided services. An integral part of the strategy is to create conditions to combine medical intervention or treatment with vacation. The tourism infrastructure around the business uses sights and social or cultural events to increase the value of these practices.

In conclusion, it can be stated that the results obtained, served well as a basis for the formulation of the conclusions and outputs of the dissertation, including recommendations proposed by the author. It can also be stated that the objectives of the dissertation were achieved in the author's opinion.

Keywords: business management, property structure, economic result, ratio indicators, health oriented tourism, health care system.

3 Úvod

Zdravotně orientovaný cestovní ruch se stává významnou součástí národního hospodářství mnoha států. Rovněž je tento specifický druh cestovního ruchu považován za jeden z faktorů ekonomického rozvoje regionů, jehož podpora může dlouhodobě zvyšovat zaměstnanost a ekonomickou prosperitu příslušných oblastí. Rozvoj zdravotně orientovaného cestovního ruchu se stal jednou z priorit podpory regionů i přeshraniční spolupráce.

Důležitou součástí tohoto druhu cestovního ruchu je zdravotní péče. Dostupná zdravotní péče je jednou z podmínek rozvoje cestovního ruchu a zároveň se zdravotnická zařízení sekundárně stávají součástí infrastruktury cestovního ruchu, resp. infrastruktury turistické destinace (Omerzel, 2006).

Významnými složkami infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu jsou ubytovací a stravovací služby, sem patří hotely, pensiony, restaurace, jídelny, občerstvení. Dalším významným komponentem infrastruktury je dopravní základna, sem patří např. parkoviště a odpočinkové zóny. Mimořádně důležitá je informační úroveň destinace a vybavení infocenter. Rovněž velmi významný podíl na infrastrukturu zdravotně orientovaného cestovního ruchu mají obchodní, finanční a komunikační služby, mezi něž patří provozování obchodů, bank či pojišťoven a poštovní služby. Vzhledem k současnému trendu požadujícímu maximální bezpečnost vybrané destinace je nutné, aby v infrastrukturu destinace perfektním způsobem fungovala činnost veřejné správy včetně bezpečnosti, tedy policie, zdravotnické služby a městské úřady. Významné místo také zaujímají kulturní a sportovní služby v destinaci, vybavenost kin, divadel, pořádání koncertů a kvalita sportovišť.

Cílem práce je posoudit hospodaření podniků - lůžkových zařízení působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu a navrhnout metody a postupy ze soukromé praxe použitelné pro rozvoj zdravotnictví jako celku bez nutnosti navyšování zdrojů financování a nastavení procesů a možného modelu pro udržitelné fungování podniků působících v oblasti zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

V disertační práci bude zkoumáno postavení komunálních, soukromých a státních podniků ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu za předpokladu nutnosti zabezpečení komplexnosti zdravotní péče.

Důležitý akcent bude kladen na dodržování manažerských zásad a postupů u státních podniků. Disertační práce se také dotkne nutnosti dodržování standardních manažerských postupů a analýz, které uplatňuje soukromý podnik.

Základem úspěšného řízení podniku je kvalitní a správné rozhodování, které je podloženo analýzami ekonomických jevů a procesů probíhajících v podniku. Je tedy velmi důležité sledovat řízení finančních toků, poměrové ukazatele, majetek podniku a zdroje jeho krytí.

Výše uvedené je v disertační práci zpracováno v podrobné teoretické části, rovněž s dalšími teoretickými východisky jako jsou strategické přístupy, politika cestovního ruchu, vymezení pojmu zdravotně orientovaného cestovního ruchu a dále pak specifikace systému péče o zdraví v kontextu hospodaření podniků ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu. V praktické části jsou zpracovány analýzy týkající se výsledků hospodaření, nákladů a výnosů podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu. Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování jsou dalším atributem zkoumání v souvislosti se stanovenými cíli disertační práce, a to jak z makroekonomického hlediska, tak i z pohledu hospodaření podniků. Z pohledu dlouhodobého rozvoje podniku jsou významným zdrojem příjmů i finanční prostředky alokované z Evropské unie. Hospodářský růst je úzce spojen se zdravím a zaměstnaností občanů Evropské unie a právě v souvislosti s tím má evropská politika soudržnosti za úkol omezovat meziregionální ekonomické a sociální nerovnosti v této oblasti.

Vzhledem k tomu, že ekonomika České republiky dlouhodobě zvyšuje svou výkonnost a je předpoklad, že fondy Evropské unie postupně budou pro Českou republiku snižovány, eventuálně pro některé operační programy úplně zastaveny, rovněž bude tato problematika brána do úvahy u výstupu.

Zdravotně orientovaný cestovní ruch je v současné době jedním z mnoha dynamicky se rozvíjejících odvětví cestovního ruchu. Velký význam, hlavně ekonomický, v tomto odvětví má lázeňství, které ovlivňuje více oblastí. Svým celoročním působením podporuje zaměstnanost v daném regionu, má vliv na investiční výstavbu i na příjmy státu. Orientací na zahraniční klienty zajišťuje získávání devizových prostředků. Zlepšením zdravotního stavu či uzdravením domácích pacientů snižuje pracovní neschopnost, což má opět vliv na příjmy státu.

Teoretické poznatky a možné přístupy budou podkladem pro nová komplexní řešení v praktické části s návrhem ideálního fungování podniku působícího ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu.

4 Cíl a metody

4.1 Cíl práce

Cílem práce je posoudit hospodaření podniků v oblasti infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu a navrhnout metody a postupy použitelné pro rozvoj zdravotnictví jako celku bez nutnosti navyšování zdrojů financování a navržení možného modelu pro udržitelné fungování podniků působících v oblasti zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

Dílčí cíle:

- zhodnocení majetkové struktury vybraných podniků v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu a jejího vývoje,
- analýza závislosti výsledků hospodaření podniků na typu zřizovatele,
- využití vybraných poměrových ukazatelů pro udržitelné fungování podniku ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu (lůžková zařízení),
- navržení optimálního modelu fungování podniku v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

4.2 Hypotézy

V disertační práci byly stanoveny dvě primární hypotézy.

- Státní podnik je nejvhodnější formou vlastnictví podniku působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu v lůžkových zařízeních.
- Zdroje financování a jejich podíl ve struktuře zdrojů a příjmů se u jednotlivých podniků členěných dle typu zřizovatele liší.

4.3 Metodický postup

- vymezení pojmu zdravotně orientovaného cestovního ruchu a jeho infrastruktury,
- identifikace podniků pro analýzu,
- sběr informací z účetnictví a výkazů zkoumaných podniků, výsledky předchozích výzkumů; z externích zdrojů dále budou použity statistické publikace, výzkumné zprávy, výroční zprávy, zprávy auditora, výkaz zisků a ztrát a rozvahy,
- analýza získaných dat s použitím statistických metod,
- vyhodnocení hypotéz a závěr.

4.3.1 Identifikace podniků

Výběr zkoumaných podniků bude probíhat dle následující metodiky: Nejprve budou vybrány podniky podle zřizovatele. Pro disertační práci klíčová statistická zjišťování budou prováděna na dvou hlavních výběrových souborech. Výběr výše uvedených klíčových souborů byl dán možností provedení podrobných ekonomických rozborů a analýz, což u výběrového souboru dat 2 nebylo možné z důvodu nedostatku potřebných dat. V souvislosti s tím byl vytvořen výběrový soubor dat 1, v němž byla potřebná data k dispozici, jednotlivé analýzy mohly být provedeny na podrobných a konkrétních datech.

Výběrový soubor dat 1. V tomto souboru je zahrnuto 24 podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu. Tyto podniky jsou uspořádány do skupin dle zřizovatele.

Jedná se o tři typy zřizovatelů: a) stát, kraj nebo ostatní centrální orgány (dále jen „státní“); b) obec či město (dále jen „komunální“) c) jiná právnická osoba nebo církev (dále jen „soukromé“). Jedná se o 7 státních podniků, 7 komunálních podniků a 10 soukromých podniků. Podniky byly vybrány v souvislosti s dostupností ekonomických dat na státních veřejných portálech. Zdroj dat je z Ministerstva financí - státní pokladna.cz - portál Monitor a Ministerstvo spravedlnosti - justice.cz - obchodní rejstřík.

Výběrový soubor dat 2. V tomto souboru jsou data o výsledcích hospodaření a počty všech lůžkových zařízení (podniků) v ČR včetně lázní, dále ve členění dle geografických oblastí. Tato data byla získána z Ústavu zdravotnických informací a statistiky v Praze. Jedná se řádově o 300 podniků. Konkrétně se jedná o tyto podniky: fakultní nemocnice; nemocnice následné péče; léčebny pro dlouhodobě nemocné; léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, psychiatrické léčebny; rehabilitační ústavy, ostatní odborné léčebné ústavy a lázně.

Dále budou zpracovány soubory obsahující data o cizincích a lázních. Výběrové soubory týkající se lázní a cizinců v nemocnicích jsou specifikovány v jednotlivých podkapitolách disertační práce.

Tyto soubory obsahují souhrnné informace o počtech a dalších aspektech, nicméně jsou méně statisticky významné v kontextu naplňování cílů disertační práce. Tato data byla získána rovněž z Ústavu zdravotnických informací a statistiky v Praze.

4.3.2 Sběr dat

Pro účely zjišťování hospodaření podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu bylo třeba shromáždit data o majetkové struktuře podniků, výsledcích hospodaření,

nákladech, výnosech, tržbách a odpisech. Data byla získána z portálu Monitor, státní pokladna za sledované období. Výběrový soubor dat je složen z 24 podniků, které byly vybrány následujícím postupem. Soukromé podniky byly vybrány s ohledem na dostupnost dat z veřejných databází a v jednotlivých zkoumaných letech. Vybrané podniky měly ve Sbírce listin v obchodním rejstříku zveřejněny notářské zápisy, účetní závěrky, stanovy, výroční zprávy, zprávy auditora, a to ve všech sledovaných letech. Státní a komunální podniky byly vybrány s ohledem na dostupnost k rozpočtovým a účetním informacím ze všech úrovní podniků ve sledovaných letech. Dalším atributem výběru podniků byla nepřerušovaná činnost podnikání ve sledovaných letech a nijak zásadní změna ve vlastnické struktuře. U jednotlivých typů podniků byla shromážděna data na položkách stálá aktiva, cizí zdroje, vlastní kapitál, oběžná aktiva a dlouhodobý hmotný majetek, v letech 2010, 2013, 2017. Při výběru těchto podniků rozhodovala v první řadě dostupnost a přehlednost jednotlivých veřejných dat a informací o jejich hospodaření. Všechna data byla přepočtena na úvazky.

Za účelem porovnání a posouzení hospodaření podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu bylo třeba získat ekonomické informace o více podnicích než jen o vybraných 24 podnicích. V souvislosti s tím byla získána data o výsledcích hospodaření všech lůžkových zařízení (podniků) v České republice. Tato data byla získána z Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Ve výše uvedeném výběrovém souboru 2 jsou data týkající se výsledku hospodaření přepočtena na úvazky. V tomto výběrovém souboru jsou zahrnuty veškeré podniky působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu. Jedná se o nemocnice, léčebny pro dlouhodobě nemocné, lázeňské léčebny i dětské lázeňské léčebny. Data v tomto souboru jsou kromě zřizovatele dále členěna dle krajů, resp. oblastí, do níž byly kraje pro větší přehlednost v grafu seskupeny. V tomto výběrovém souboru jsou informace o počtech podniků v jednotlivých letech.

Za účelem zjišťování finančního hospodaření podniků byla shromažďována data o nákladech a výnosech podniků k získání přehledu o aktuálním stavu finančního zdraví podniků. Z výkazů zisků a ztrát byla získána data o osobních nákladech, nákladech na služby, odpisy, náklady na prodané zboží a náklady na léčiva. U výnosových položek byla zjišťovaná data členěna na výnosy od zdravotních pojišťoven, výnosy z prodaného zboží a provozní dotace. Rovněž byla dohledána data o tržbách mimo zdravotní pojišťovny, a to od tuzemců i cizinců.

Za účelem zjišťování vlivu zdravotně orientovaného cestovního ruchu na vybrané podniky byla shromažďována data o cizincích z vybraných zemí. Zdrojem dat jsou ročenky vydávané Ústavem zdravotnických informací a statistiky („Čerpání zdravotní péče cizinci 2011-2017“).

Dále v souvislosti s vlivem zdravotně orientovaného cestovního ruchu byla získána data o nákladech na ošetření cizinců v nemocnicích a o podílu nákladů na ošetření osob z Evropské unie. Zdrojem těchto dat jsou ročenky „Ekonomické výsledky nemocnic“ v letech 2009 až 2016 vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky.

Lázeňská péče, poskytovaná výše uvedenými podniky, zaujímá velmi významný podíl ve zdravotní péči jako celku a má mimořádný vliv na infrastrukturu zdravotně orientovaného cestovního ruchu. V souvislosti s tím a za účelem zjišťování rozsahu lázeňské péče a její lokace na území České republiky byla shromažďována data o počtech pacientů v lázních v letech 2010 až 2017 a jejich přijetí do lázeňských podniků v jednotlivých krajích. Tato data jsou dále strukturována na tuzemce a cizince a rovněž také je sledován atribut hrazení zdravotní péče v lázních na vlastní náklady. Data byla získána z ročenek „Lázeňská péče“ v letech 2009 - 2016.

Za účelem zjišťování zdrojů výdajů na zdravotní péči byla data čerpána ze zprávy o souhrnných výsledcích zdravotních účtů, která tvoří přílohu č. 2. a je součástí databáze Českého statistického úřadu (dále také jen ČSÚ). Data byla shromažďována v následující struktuře:

1. celkové výdaje na zdravotní péči v České republice;
2. výdaje na zdravotní péči v České republice podle zdrojů financování v následující struktuře:
 - a) veřejné zdroje - to jsou finanční prostředky získané z povinného zdravotního pojištění, dále finanční prostředky z veřejných a krajských rozpočtů,
 - b) soukromé zdroje - to jsou finanční prostředky od neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění nebo podniková preventivní péče,
 - c) přímé platby domácností - zde se jedná o finanční prostředky přímo od pacientů nebo jejich spoluúčast.
3. výdaje na zdravotní péči v České republice dle hlavních zdrojů, jimiž jsou veřejné zdravotní pojištění, ostatní veřejné zdroje, přímé platby domácností a ostatní soukromé zdroje.

Čerpání finančních prostředků z fondů Evropské unie je dalším zkoumaným atributem. Za účelem zpracování identifikace dalších možných zdrojů, které lze čerpat v souvislosti se zajištěním stability a prosperity podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného

cestovního ruchu, byla získána data z Ministerstva zdravotnictví ve struktuře po jednotlivých projektových výzvěch v rámci podpůrných programů.

4.3.3 Analýza dat s využitím statistických metod

Použité statistické metody:

- jednofaktorová a dvoufaktorová ANOVA,
- χ^2 test nezávislosti, posuzování závislosti v kontingenčních tabulkách,
- lineární funkce a koeficient determinace, regresní koeficient,
- analýza časových řad, volba vhodného modelu trendu při tvorbě prognóz,
- analýza poměrových ukazatelů,
- sloupcové grafy.

Výčet zkoumaných ukazatelů a problémů:

- majetková struktura a její zdroje,
 - stálá aktiva, dlouhodobý hmotný majetek, oběžná aktiva
 - vlastní kapitál, cizí zdroje
- výsledek hospodaření (24 podniků; všechna lůžková zařízení),
- náklady, výnosy, tržby, odpisy (24 podniků),
- poměrové ukazatele (24 podniků),
- zdroje financování zdravotní péče v podnicích.

Data o majetkové struktuře byla zobrazena graficky.

Pro analýzu poměru jednotlivých položek majetkové struktury podniků v roce 2010 a 2017 byla data zpracována za jednotlivé podniky dle zřizovatele a rovněž byla znázorněna graficky ve sloupcových grafech v jednotlivých letech.

Pro analýzu roční průměrné změny podniků byly vypracovány pomocné grafy (tyto nejsou v disertační práci uvedeny) a na těchto byla provedena lineární spojnice trendu s hodnotou y , která udává průměrnou roční změnu. Roční průměrné změny na položkách majetkové struktury u všech vybraných podniků byly zaneseny do tabulky s komentářem.

Pro analýzu vlivu typu zřizovatele na majetkovou strukturu v letech 2010 a 2017 byla využita jednofaktorová analýza rozptylu (ANOVA). Dle Hendla (2004) „*Obecně spočívá základní funkce analýzy rozptylu v posouzení hlavních a interakčních efektů kategoriálních nezávislých proměnných na závisle proměnnou kvantitativního typu.*“

Nezávisle proměnné v ANOVA často nazýváme faktory a jejich hodnoty úrovně nebo kategorie.. Interakční efekt je spojený efekt kombinace dvou nebo více faktorů na závisle proměnnou.“

Davis at al. (2017) použili statistickou metodu ANOVA pro analýzu a ověřování dat týkajících se optimálního návrhu marketingové strategie zdravotnických služeb. Kulturně vhodný design služeb a marketing mohou zlepšit využití těchto služeb cílovou skupinou.

Důvodem výběru analýzy rozptylu je, že zkoumá významné rozdíly mezi středními hodnotami více než dvou souborů. To znamená, že je vhodná pro porovnávání průměrů třech a více souborů mezi sebou, za předpokladu, že je specifikován číselný znak, což data shromážděná v disertační práci splňují. V tomto případě se jedná o české koruny.

Vysvětlivky k tabulkám ANOVA:

MS - (Mean squares) - průměrná odchylka; SS - (Sum of squares) - suma čtverců odchylek;
St.v. - stupně volnosti; F - testové kritérium; F krit - kritický kvantil; P – p hodnota

Touto analýzou bylo ověřováno, zda má vliv typ zřizovatele na majetkovou strukturu podniků. Veškerá analyzovaná data týkající se majetkové struktury byla součástí výběrového souboru č. 1.

Data o výsledcích hospodaření byla rovněž zobrazena graficky v časové řadě v letech 2010 až 2017.

Grafické vyjádření výsledků hospodaření bylo provedeno jednak na výběrovém souboru 1, což jsou vybrané podniky, a na výběrovém souboru dat 2, což jsou všechna lůžková zařízení. U výběrového souboru dat 2 byl dále graficky znázorněn počet podniků v jednotlivých oblastech České republiky.

Pro analýzu vlivu typu zřizovatele na výsledky hospodaření v letech 2010 a 2017 byla využita jednofaktorová analýza rozptylu (ANOVA). Touto analýzou bylo ověřováno, zda má vliv typ zřizovatele na výsledky hospodaření podniků.

Pro posuzování finančního zdraví podniků byly použity vybrané poměrové ukazatele. Poměrový ukazatel se vypočítá jako poměr jednoho nebo několika účetních položek základních účetních výkazů k jiné položce nebo k jejich skupině. V disertační práci byly použity tyto ukazatele: rentabilita vlastního kapitálu (ROE - Return on Equity); Rentabilita aktiv (ROA - Return on Assets); Rentabilita dlouhodobého kapitálu (ROCE - Return on Capital Employed); Celková míra zadluženosti podniku; Míra finanční samostatnosti podniků;

Míra zadluženosti. Výše uvedené poměrové ukazatele byly vypočteny dle následujících vzorců:

Rentabilita vlastního kapitálu = zisk (nebo ztráta) / vlastní kapitál

Rentabilita aktiv = zisk (nebo ztráta) / celková aktiva

Rentabilita dlouhodobého kapitálu = zisk (nebo ztráta) / (dlouhodobé závazky + vlastní kapitál)

Celková míra zadluženosti = (cizí kapitál/celkový kapitál).

Míra finanční samostatnosti podniků = (vlastní kapitál/celkový kapitál).

Míra zadluženosti neboli zadluženost vlastního kapitálu = 1/ (cizí kapitál/celkový kapitál).

Podle Šimana (2005) jsou jednotlivé položky majetkové struktury, které byly použity v disertační práci, definovány následovně:

„Dlouhodobý nehmotný majetek - majetek s dobou upotřebitelnosti delší než 1 rok a pořizovací cenou vyšší než 60 000 Kč; patří sem patenty, licence, autorská a vydavatelská práva, nehmotné výsledky výzkumu a vývoje, software, goodwill atd.

Dlouhodobý hmotný majetek - majetek s dobou upotřebitelnosti delší než 1 rok a pořizovací cenou vyšší než 40 000 Kč; patří sem pozemky, budovy, stavby, stroje, výrobní zařízení atd..

Dlouhodobý finanční majetek - patří sem nakoupené cenné papíry, termínované vklady, poskytnuté půjčky na období delší než 1 rok.

Oběžný majetek – se vyskytuje ve dvou základních formách, a to ve věcné formě, kam patří například zásoby materiálu, surovin, náhradních dílů. Druhá forma oběžného majetku je peněžní, patří sem peníze a ekvivalenty jako například ceniny a šeky.

Vlastní kapitál - je tvořen vklady zakladatelů, a to peněžními i nepeněžními, a vlastní podnikatelskou činností.

Cizí kapitál - neboli dluh je významným zdrojem financování podniku. Dle časového hlediska rozlišujeme cizí kapitál krátkodobý a dlouhodobý. Pro rozlišení pojmu krátkodobý a dlouhodobý se používá období jeden rok.

Hospodářský výsledek podniku - kladný hospodářský výsledek je označován jako zisk a záporný hospodářský výsledek znamená, že podnik vykazuje ztrátu.

Výnosy jsou výsledky podnikání v peněžních jednotkách za určité období např. měsíc, pololetí, rok.

Náklad je peněžně oceněná spotřeba výrobních faktorů, která je vyvolána tvorbou podnikových výnosů. Je to spotřeba hodnot v daném období zachycená v účetnictví.“

Tržba je souhrn finančních prostředků přijatých určitým podnikajícím subjektem za prodané zboží nebo poskytnuté služby v příslušném časovém období.

Dotace je příspěvek ze státního rozpočtu případně jiných zdrojů financování. Může mít formu nenávratnou a návratnou, účelovou a bezúčelovou.

Příspěvek ze strukturálních fondů Evropské unie je vždy vázaný na konkrétní projekt a účel.

Cílem je pomoci k eliminaci regionálních rozdílů v rámci Evropské unie. Tento příspěvek lze také označit i jako dotace z fondů Evropské unie, nebo subvence z fondů Evropské unie.

Vzhledem ke skutečnosti, že základní rámec jednotlivých programů Evropské unie pro Českou republiku je stanoven mimo území České republiky, není zcela možné terminologicky ujednotit v disertační práci v kontextu jednotlivých podniků, jelikož z pohledu samotných dokumentů platných pro Českou republiku (zvláště Národní strategický referenční rámec, který určuje typ samotné pomoci a pravidla) by mohla být deformována věcná podstata jednotlivých programů.

Na výběrovém souboru dat 2 (všechna lůžková zařízení), členěných dle geografických oblastí, byla pro analýzu vlivu typu zřizovatele na výsledek hospodaření provedena dvoufaktorová analýza rozptylu, pomocí níž bylo zjišťováno, zda se výsledky hospodaření podniků liší v interakci mezi geografickou oblastí a zřizovatelem.

Data o nákladech, výnosech a tržbách podniků byla znázorněna graficky. Dále byly vypočteny podíly osobních nákladů, nákladů na služby, odpisů, nákladů na prodané zboží a nákladů na léčiva. Tyto podíly byly rovněž znázorněny v grafech včetně komentáře. Stejným způsobem bylo postupováno i v případě výnosů zkoumaných podniků dále členěných na výnosy od zdravotních pojišťoven, výnosy z prodaného zboží a provozní dotace. U výnosů byla zjišťována preference typu zřizovatele u tuzemců a cizinců. K ověření preference byl využit χ^2 test nezávislosti, posuzování závislosti v kontingenčních tabulkách.

Hendl (2004) rovněž uvádí, že „*při posuzování závislosti v kontingenčních tabulkách se zabýváme obecnou tabulkou typu $r \times s$ a zvláště čtyřpolní tabulkou typu 2×2 , pro kterou jsou výpočty podstatně jednodušší a v podstatě v jiné formě opakují řešení pro porovnání dvou relativních četností. Při analýze kontingenčních tabulek typu $r \times s$ se častěji provádějí testy než odhady. Problém odhadu relativních četností má význam hlavně v tabulce čtyřpolní.....*

Testovací statistiku χ^2 spočítáme podle vzorce \sum (pozorované četnosti - očekávané četnosti)²/očekávané četnosti. “

Ke zjištění nákladů na ošetření cizinců v nemocnicích byla data znázorněna graficky, a to včetně formy úhrady za zdravotní péči.

Rovněž byla sledována a porovnávána data o hrazení lázeňské péče na vlastní náklady, a to i v podílech k celkovým nákladům.

Pro ověřování stanovených hypotéz je v praktické části disertační práce věnována podkapitola týkající se financování a výdajů ve zdravotnictví.

V roce 2011 byl vydán mezinárodní manuál SHA 2011 (A System of Health Accounts 2011), jehož součástí je mezinárodní klasifikace financování zdravotní péče a specifikace zdrojů financování.

Majetková struktura je klíčová položka vypovídající o majetku podniku a jeho schopnosti reprodukce, dále ukazuje konkurenceschopnost podniku a generování služeb. Generuje výnosy, které spolu s platbami přicházejícími formou plateb hrazených dle úhradové vyhlášky mohou kompenzovat financování ekonomicky náročných služeb.

Stálá aktiva, dlouhodobý hmotný majetek, oběžná aktiva jsou klíčové hodnoty například z pohledu ukazatelů likvidity a rentability a uvádí, do jaké míry je podnik schopen ustát své závazky, negenerovat zadlužení a být finančně soběstačný.

Položky vlastní kapitál a cizí zdroje ukazují, do jaké míry jsou vlastní a cizí zdroje schopné generovat zisk a zabezpečit obnovu dlouhodobého hmotného majetku a jeho rozvoj.

4.3.4 Vyhodnocení hypotéz a závěr

Tato podkapitola ve zvolené struktuře umožňuje vyhodnocení přínosu ověřovaných hypotéz, které byly na začátku disertační práce stanoveny. Jsou zde uvedeny výsledky šetření, průzkumů a potvrzení či zamítnutí hypotéz. V této podkapitole jsou rovněž formulovány závěry a navržená opatření možných řešení vedoucích ke zlepšení aktuálního stavu.

Dále jsou specifikovány role jednotlivých skupin podniků, a to v kontextu celkového systému, ve kterém podniky působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu poskytují zdravotní péči. Vymezení úloh a rolí vybraných podniků ve zdravotním systému jsou další popisované atributy této kapitoly.

V dané kapitole bude načrtnut ideální model fungování zdravotní péče, ve kterém mají své místo jak státní, komunální, ale i soukromé společnosti tak, aby nedocházelo k souboji o pacienta, ale vzájemné interakci a pomoci v péči o pacienta. Jedná se o podnik působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu poskytující služby související s motivem zaměřeným na vlastní zdraví klienta. Při navrhování ideálního podniku v takto specifickém odvětví cestovního ruchu je třeba brát v potaz motivaci účastníků zdravotně orientovaného cestovního ruchu, na tuto skutečnost se zaměřit a vytvořit cílenou strategii podniku, kde hlavními faktory budou hlavně nižší náklady na služby než například v domovské zemi, pokud se jedná o zahraniční klientelu, dále pak krátké čekací lhůty. Samozřejmostí je vysoká kvalita a diferenciací poskytovaných služeb. Nedílnou součástí strategie je vytvoření takových podmínek, aby bylo možné spojit lékařský zákrok nebo léčbu s dovolenou. K navržení těchto postupů je třeba využít infrastrukturu cestovního ruchu v okolí podniku, jako jsou památky a akce ať už společenské nebo kulturní. Podstatné je využití kreativity a dalších faktorů k zatraktivnění poskytování služeb a zajištění návratu klientů do podniku nebo i šíření dobrých referencí. Podnik bude rovněž intenzivně využívat zprostředkovatelských služeb, jako jsou např. cestovní kanceláře a cestovní agentury. Typickým rysem strategie navrženého podniku je orientace na zvyšování kvality a komplexní povaha poskytovaných služeb, zahrnující různé služby a profese.

5 Hospodaření a řízení podniku

Významnou součástí hospodaření podniků je finanční hospodaření, které zahrnuje sledování výnosů, nákladů, výsledků hospodaření a dále pak účetních výkazů. Všechny tyto údaje jsou potřebné pro každodenní manažerská rozhodnutí.

Hyršlová, Klečka (2008) uvádí, že „*podnik uskutečňuje své cíle prostřednictvím plnění základních podnikových funkcí.*“ A dále rovněž uvádí, že funkce jednotlivých podniků se liší dle charakteru, odvětví nebo velikosti podniku. Základním cílem a motivem podniku je dosahování zisku a s růstem zisku se zvyšuje i tržní hodnota podniku.

Kislingerová (2010) uvádí, že „*finanční analýza patří k základním dovednostem každého finančního manažera. Tvoří každodenní součást jeho práce, neboť závěry a poznatky finanční analýzy slouží nejen pro strategické a taktické rozhodování o investicích a financování, ale i pro reporting vlastníkům, věřitelům a dalším zájemcům. V poslední době vzrůstá tlak na transparentnost a relevantnost informací, které firmy poskytují investorské veřejnosti.*“

Valach et al. (1999) uvádí, že „*s rozvojem průmyslové výroby na konci 19. st. se finance podniku oddělily jako samostatná část ekonomiky podniku a finanční řízení se tak stalo převažující a sjednocující součástí celkového řízení organizace.*“

Rozdíl mezi pojmem peníze a finance je rovněž časové hledisko.

5.1 Finanční řízení podniku

Podle Šimana (2005) je „*finanční řízení podniku souhrn aktivit podnikových manažerů, kteří se zabývají získáváním potřebného množství kapitálu z různých zdrojů, rozhodováním o jeho umístění a zajištěním dividendové politiky s cílem maximalizovat tržní hodnotu podniku.*“

Při finančním řízení podniku se rovněž používá analýza absolutních ukazatelů. Tuto analýzu lze dále rozčlenit na vertikální analýzu a horizontální analýzu.

Vertikální analýza je obecně používána při rozboru kapitálu a majetkové struktury. Zde je zkoumán podíl určitých dílčích položek k celkové sumě. Například v rozvaze se jedná o položky celkových aktiv a pasiv a ve výkazu zisku a ztrát to mohou být například tržby. Výhodou vertikální analýzy je možnost porovnávání výsledků v letech, neboť není závislá na inflaci. Při analýze jednotlivých položek majetkové struktury je hodnocena skladba stálých a oběžných aktiv. Při použití vertikální analýzy jsou položky vyjadřovány v procentech.

Kritériem, které lze sledovat, je kapitálová struktura a ta uvádí, z jakých zdrojů majetek firmy vzniká. Může dojít ke dvěma výsledkům. Za prvé může nastat situace, kdy je podnik překapitalizovaný. Dochází k tomu neefektivním využíváním kapitálu, který se používá ke krytí oběžného majetku dlouhodobým kapitálem. Druhá možnost je podkapitalizace podniku. V takové situaci má podnik potíže s financováním běžné činnosti. Dobrá kapitálová struktura nastává, jestliže podnik není v platební neschopnosti.

Horizontální analýza je obecně používána při sledování vývoje vybraných položek jak z rozvahy, tak z výkazu zisku a ztrát v čase. Vypočtené výsledky v této analýze jsou charakterizovány buď pozitivní, nebo negativní změnou. Při pozitivní změně se jedná o růst zkoumané položky a naopak při negativní změně jde o pokles na položce. V této analýze se pracuje s indexy. Při použití horizontální analýzy jsou výsledky hodnot vyjadřovány buď v absolutních číslech, nebo v procentech. Objektívni hledisko na výsledek analýzy se získá lépe z absolutních čísel. Procentuální hodnoty poslouží pro rychlou orientaci v současné finanční situaci podniku. Procentuální vyjádření vypočítáme $(\text{hodnota běžného období} / \text{hodnota v předcházejícím období}) * 100$ a absolutní ukazatel vypočítáme $(\text{hodnota běžného období} - \text{hodnota v předcházejícím období})$.

Z výsledků obou analýz lze získat celkový pohled na vývoj jednotlivých položek z finančních výkazů. Důležité je, zda podnik financuje aktivity vlastním nebo cizím kapitálem a také jaký druh majetku při svém hospodaření používá, zda vlastní nebo cizí.

Warren, Jones (2019) definovali horizontální analýzu a uvádějí, že analýza nárůstu a poklesu zkoumaných položek účetní závěrky se nazývá horizontální analýza. Výsledky jsou uváděny v procentech a hodnoty jsou sledovány v čase. Sleduje se zvýšení nebo snížení množství a zvýšení nebo snížení procent.

Warren, Jones (2019) rovněž definovali vertikální analýzu a uvádějí, že se jedná o vztah konkrétní položky ve finančním výkazu k celkové sumě zkoumané hodnoty. Analýza rovněž ukazuje změnu procent v průběhu let. Ve vertikální analýze rozvahy se procenta počítají takto: každá položka aktiv je vykázána jako procentuální podíl k celkovým aktivům a každý závazek je vyjádřen jako procentuální podíl k celkovým závazkům.

Robinson (2015) se zabýval analýzou účetní závěrky, a to v mezinárodním měřítku.

Rychlou proměnlivost statku na peníze nazýváme likviditou. Většinou takovéto transakce probíhají na peněžních trzích. Další možné odlišení pojmů je účetní vyjádření. V jednoduchém účetnictví jsou zaneseny v peněžním deníku příjmy a výdaje.

Na rozdíl od podvojného účetnictví, kde jsou uváděny pojmy náklady, výnosy, závazky, pohledávky a finanční nároky na budoucí peněžní toky. Matematicky vyjádřeno rozdíl mezi výnosy a náklady je buď zisk, nebo ztráta.

Maciková et al. (2018) uvádějí, že udržitelnost podniků je jedním z předních témat finančního řízení slovenských podniků od počátku tisíciletí. Zpočátku poměrně přísné spojení pouze s environmentálními aspekty bylo v posledních letech doplněno ekonomickým a sociálním rozměrem. Autoři uvádí, že byla zkoumána vazba mezi finančními výsledky podniku a jeho udržitelností pomocí metody korelační a lineární regresní analýzy.

Durrah et al. (2016) uvádí, že existuje souvislost mezi ukazatelem likvidity a návratností aktiv. V jejich studii byla dále zkoumána souvislost mezi ukazateli likvidity a ukazateli finanční výkonnosti. Výsledky neprokázaly souvislost mezi ukazatelem likvidity a hrubým ziskem, zatímco mezi provozním ziskem a čistým ziskem souvislost existuje.

Degryse et al. (2012) uvádí, že nizozemské malé a střední podniky využívají zisku ke snížení úrovně zadlužení a naopak rozvíjející se podniky zvyšují svou dluhovou pozici, protože potřebují více finančních prostředků. Autoři dále uvádí, že zisky snižují zejména krátkodobý dluh, zatímco růst zvyšuje dlouhodobý dluh.

Pur et al. (2015) uvádí, že finanční analýza je jedním z hlavních nástrojů hodnocení výkonnosti a finanční situace podniků. Cílem jejich výzkumu bylo analyzovat metody měření finanční výkonnosti českých firem a vytyčit přístup, který podniky používají k provádění finanční analýzy. Autoři rovněž zkoumali, zda podniky zpracovávají analýzu nezávisle a pravidelně pomocí svých interních informačních systémů a identifikují nejčastěji hodnocené ukazatele.

Z pohledu financování zdravotní péče a rozvoje zdravotního cestovního ruchu je pro státní, komunální a soukromé podniky významným zdrojem financování zdravotní pojištění. V České republice je podobně jako v jiných státech Evropské unie solidární systém zdravotního pojištění.

Přístupů a pohledů je víc. Jedním z příkladů je Chorvatsko. Nujic (2016) uvádí, že provedl výzkum vztahu mezi výdaji chorvatského fondu zdravotního pojištění a výdaji na jednotlivých úrovních zdravotní péče s trendem poskytovaných služeb, a to od roku 2000 do roku 2014. Navzdory zvýšenému čerpání investičních fondů v Chorvatsku až o 80,6 % byly ve stejném období sníženy podíly primární zdravotní péče.

Na rozdíl od toho stoupají náklady na léky, stejně jako náklady na skupinu "ostatní výdaje". Primární zdravotní péče (Primarna zdravstvena zastita) výrazně snížila cenu za službu. Nemocniční zdravotní péče (Bolnicka zdravstvena zastita) má stejný počet hospitalizací, ale jejich délka je výrazně snížena. Primární péče, nemocniční zdravotní péče a polikliniky mají nejvyšší a rozhodující vliv na kvalitu systému zdravotní péče a vykazují silný negativní trend ve výdajích na léky a další výdaje.

Peněžní toky je třeba řídit a je úkolem úspěšného finančního manažera zajistit maximální možné příjmy. Na druhé straně musí racionálně, účelně a efektivně rozdělovat peníze k zabezpečení poskytnutí kvalitních zdravotnických služeb, vedoucích ke spokojenosti zaměstnanců i pacientů při zachování trvalého vzestupu zdravotní péče a kvalitní zdravotnické služby i do budoucnosti.

Neméně důležitou aktivitou finančního manažera je provádění odpisů dlouhodobého majetku. Odpisy jsou účetním výrazem postupné ztráty jeho užitných vlastností, účetním snížením jeho hodnoty na tzv. cenu zůstatkovou. Odpisy jsou tak nepřímo tvorbou možných zdrojů dalšího financování.

Marek (2006) uvádí, že hlavní funkcí odpisů je zabezpečit přenos ceny majetku do nákladů, a tím postupně snižovat jeho výši v aktivech.

Brindusa Tudose (2015) zkoumal úlohu finančního řízení při zajišťování regionálního rozvoje. Ekonomická globalizace, rostoucí vnější růst firem a institucionalizace autonomie místních komunit podnítily zájem o identifikaci alternativ k místnímu a tím i regionálnímu rozvoji. Operační cíle byly: identifikovat úlohu soukromého a veřejného finančního řízení při podpoře regionálního rozvoje a představit rámec financování Euroregionu Siret-Prut-Nistru. Hlavní finanční páky s přímým dopadem na regionální hospodářský rozvoj jsou: daňové pobídky, finanční programy EU, pákový efekt založený na vlastnictví budov a pozemků, podnikatelské inkubátory apod. Studie naznačuje, že finanční řízení (veřejné i soukromé) hraje důležitou roli při vývoji euroregionu. Mezi finančním účetnictvím a vnitropodnikovým účetnictvím existuje závislost.

Vnitropodnikové účetnictví poskytuje informace finančnímu účetnictví, např. o objemu a struktuře nákladů vynaložených v období, ale nezahrnutých do nákladů realizované výroby (náklady nedokončené výroby, hotové výrobky, aktivované výkony). Informace o nákladech z vnitropodnikového účetnictví se dále rozvíjí pro potřeby rozhodování v manažerském účetnictví.

Kislingerová (2010) uvádí, že „*informace, které se týkají finančního stavu podniku, jsou předmětem zájmu nejen manažerů, ale i mnoha dalších subjektů přicházejících tak, či onak do kontaktu s daným podnikem. Uživatelé finančních analýz jsou jednak externí a jednak interní. K externím uživatelům patří: investoři, banky a jiní věřitelé; stát a jeho orgány; obchodní partneři (zákazníci a dodavatelé), manažeři, konkurence apod.*

K interním uživatelům výsledků finanční analýzy patří: manažeři; odboráři; zaměstnanci.“

Růčková (2015) se zabývala existencí funkční závislosti mezi použitými finančními zdroji a vykazovanou mírou návratnosti vlastního kapitálu na vybraném vzorku podniků z oblasti budování Visegrádské skupiny. Dále zkoumala, jak míra využívání externích finančních zdrojů ovlivňuje návratnost vlastního kapitálu.

5.1.1 Majetková struktura podniku a specifikace účetních položek

Šiman (2005) definoval pojem majetek podniku následovně: „*je to souhrn všech movitých a nemovitých věcí, peněžních prostředků, pohledávek, zásob a jiných majetkových hodnot. Základním třídícím znakem majetku podniku je doba jeho použití. Z tohoto pohledu rozdělujeme majetek na dlouhodobý a oběžný.“*

Podíl jednotlivých položek majetku na celkových aktivech nazýváme majetkovou strukturou podniku. Právě majetková struktura podniků je zanalyzována v praktické části disertační práce, kde jsou použity různé statistické metody, které zkoumají položky majetkových struktur podniků členěných dle zřizovatele.

Kislingerová (2010) uvádí, že „*aktiva jsou výsledkem minulých investičních rozhodnutí a jsou uspořádána jednak podle funkce, kterou v podniku plní, a dále podle času, po kterou je majetek v podniku vázán; posledním kritériem je likvidita. Aktiva tvoří dvě základní složky, a to dlouhodobý majetek (až dosud stálá aktiva) a oběžná aktiva (pozemky, budovy a stavby, důlní díla, vodní díla), dále byty, technické rekultivace, předměty z drahých kovů a ložiska. Důležitou složkou jsou samostatné movité věci s dobou užití déle než 1 rok. Dlouhodobý nehmotný majetek zahrnuje majetkové části s dobou užití delší než 1 rok; patří sem zřizovací výdaje, nehmotné výzkumu a vývoje, software a ocenitelná práva.“*

Dumitrascu (2014) uvádí, že ziskovost podniku je výsledkem použití všech dostupných aktiv, ačkoliv v mnoha případech nehmotná aktiva jsou ta, která podniku dodávají největší část strategického materiálu a rozhodujícím způsobem přispívají ke zvýšení jeho celkové hodnoty

nad hodnotu hmotného majetku. Nehmotný majetek představuje podporu hmotnému majetku a je výsledkem přebytku zisku, který podnik získal nad běžnou ziskovostí.

Osinski et al. (2017) se zabývali analýzou metod hodnocení nehmotného majetku v kontextu podnikatelského, ekonomického a strategického managementu. Popsali existenci oceňovacích metod nehmotného majetku určeného pro konkrétní průmyslová odvětví.

Trifan (2018) uvádí, že finanční majetek je majetek, který zahrnuje cenné papíry držené ve vlastním kapitálu jiných podniků, dlouhodobé pohledávky ve formě dlouhodobých úvěrů jiným podnikům, formou vkladů, záruk a výpůjček poskytnutých podnikem třetím stranám.

Výzkum neumožnil jasné potvrzení předpokladu, že soukromé horizontálně integrované nemocnice jsou účinnější než horizontálně integrované nemocnice ve vlastnictví kraje, města nebo obce. Přestože výzkum neprokázal vyšší efektivitu v konkrétním typu nemocnice, model DEA může určitě být použit manažery pro benchmarking. Metoda DEA poskytuje prostor pro definování klíčových aspektů zlepšení konkrétních oblastí účinnosti. Integrační proces je dlouhodobý proces a některé podniky mají krátkou historii a přínosy z integrace se projeví v budoucnu. Navzdory těmto faktorům se autorky domnívají, že dlouhodobé výsledky ukazují, že integrace nemocnic je prospěšná, a to nastolí pozitivní trendy v dalším rozvoji zdravotní péče.

Podle Šimana (2005) mezi účetní položky patří dlouhodobý nehmotný majetek, dlouhodobý hmotný majetek, dlouhodobý finanční, oběžný majetek, vlastní kapitál, cizí kapitál, výsledek hospodaření podniku, výnosy, tržby, náklady, odpisy.

Lalović, Koman (2018) zkoumali rozdíl mezi společnostmi s vysokou a nízkou výkonností v souvislosti s profilem hlavních nehmotných zdrojů. Z dosažených výsledků vyplynulo, že v průměru lépe fungující společnosti mají vyšší podíl nehmotného majetku na analyzovaných položkách, a proto mohly vyvinout více klíčových kompetencí a schopností, které jsou nezbytné pro vyšší výkonnost.

V této souvislosti Castilla-Polo, Gallargo-Vázquez (2016) uvádí, že je nutné uznat důležitost položky nehmotného majetku v dnešních ekonomikách. Ve svém článku syntetizovali poznatky z dosavadních výzkumů a rovněž identifikovali mezery ve výzkumu.

Matei et al. (2017) se zabývali volbou účetních metod při odepisování hmotného majetku a vlivem na některé další ukazatele ve finančních výkazech, jako jsou výnosy

z obnovení odpisů hmotného majetku nebo náklady na odpisy dlouhodobého hmotného majetku.

Nechita, C. (2009) uvádí, že dlouhodobý hmotný majetek významně ovlivňuje ziskovost ekonomických aktivit podniku. Tyto aktivity jsou důležitým zdrojem informací především pro investory, věřitele, obchodní partnery, stát, konkurenty a hlavně pro management podniku při rozhodování o podnikové strategii a investicích. Optimalizace ekonomické aktivity obecně zahrnuje dva způsoby jednání: buď minimalizovat náklady spojené s činností, nebo maximalizovat zisky.

Nezhad et al. (2014) uvádí že, intelektuální kapitál (nehmotný majetek) má vliv na návratnost celkových aktiv podniku, přičemž nemá žádný vliv na návratnost fixních aktiv. V současné době roste význam nehmotných aktiv při zvyšování hodnoty podniku a stává se mnohem důležitější položkou než hmotný majetek.

Serrasqueiro, Nunes (2008) zkoumali vztah mezi velikostí podniku a jeho výkonem. S využitím dynamických odhadů dospěli k závěru, že výkonnost souvisí s velikostí podniků. Větší podniky mají lepší schopnost vyrovnat se se změnami na trhu. Autoři rovněž uvádí, že dluh a výše stálých aktiv mají negativní vliv na výkonnost podniku.

Chareonsuk, Chansa-Ngavej (2008) se zabývali návrhem rámce pro správu nehmotných aktiv v podnicích a uvádí, že nehmotný majetek patří do různých funkčních útvarů a musí být pečlivě sledován a ošetřován. Autoři doporučují podnikům, aby identifikovaly a lokalizovaly nehmotná aktiva ve svých funkčních odděleních a pak určily, jak tato aktiva přispívají k finanční výkonnosti podniku.

Zhurkina, Sabetova (2018) uvádí, že finanční výsledky do značné míry závisí na efektivnosti využití dlouhodobého hmotného majetku. Dle autorů se analýza dlouhodobého majetku obvykle provádí integrovaným a systematickým přístupem a vychází z dostupnosti, pohybu, efektivnosti a použití dlouhodobého majetku. Návrh autorek se týkal použití formalizovaných a neformalizovaných kritérií pro analýzu rizik spojených s užíváním dlouhodobého majetku.

5.1.2 Náklady a výnosy

Gladkij (2003, str. 138) definuje náklad jako *„penězi vyjádřená částka, kterou je třeba vynaložit, aby byly získány výnosy. Náklady jsou jedním ze základních ekonomických ukazatelů úrovně ekonomické efektivnosti firmy.“*

Složitost kategorie nákladů v reálném reprodukčním procesu podniku potvrzuje skutečnost, že

jde o veličiny související s činností (aktivitou) podniku, prováděnou v určitém čase. Může to být celková činnost podniku, dílčí činnost nebo elementární operace.

Náklady mají být přiřazovány k jednoznačně vymezenému objektu, kterým je např. výrobek, nakoupené zboží, poskytnutá služba. Objekty nákladů se označují jako výkony, oceněné výkony se stávají výnosy.

Účetní náklady vznikají ze spotřeby a používání majetku podniku, z čehož se očekává efekt (kladný výsledek hospodaření), který zvyšuje majetkovou podstatu firmy. Může nastat i opačná situace, kdy podnik produkuje záporný výsledek hospodaření, pak se snižuje majetková podstata podniku. To se projeví v základních účetních výkazech, rozvaze a výsledovce.

Vlastníci podniku chápou náklady jako odčerpání (snížení) vlastního kapitálu, což zobrazuje finanční účetnictví. Ve finančním účetnictví je značná volnost mezi náklady a předmětem činnosti podniku. Kromě nákladů nezbytných k zajištění reprodukčního procesu (spotřeba materiálu) jsou zde i náklady společenského charakteru (občerstvení, dary), částečně i rozdělení výsledku hospodaření (odměny člena orgánů společnosti), mimořádné události, ztráty (odpis neodbytné pohledávky, manka a škody, pokuty).

5.1.2.1 Náklady

Finanční manažer má za úkol náklady žádoucím způsobem ovlivňovat a k tomu potřebuje mít podrobné znalosti nejen o jejich absolutní výši, ale také o jejich skladbě, místech vzniku a možnostech eliminace či snížení.

Třídění nákladů se užívá podle Gladkij (2003, str. 138) z různých hledisek, například:

- a) podle druhu: materiálové náklady, mzdové náklady, finanční náklady, odpisy, výrobní režie, správní režie apod.; v účetním výkaze „výkaz o zisku a ztrátě“ jsou zobrazovány jako náklady provozní, finanční, mimořádné; stejným způsobem jsou pak v účetním výkaze členěny i výnosy
- b) podle účelu: náklady přímé, náklady nepřímé.
- c) podle vztahu nákladů k objemu produkce: náklady stálé, náklady proměnné
- d) z jiného hlediska můžeme náklady rozdělit na explicitní a implicitní

Dle Tichého (2016) slouží odpisy „*k zaúčtování opotřebení pracovních strojů a zařízení podle požadavků podniku, dále odpisy ovlivňují účetní zisk a vyplývají ze zákona o účetnictví.*“

Pro posuzování efektivity činnosti se pro rozhodování používá v první řadě agregátních ukazatelů.

Jsou to především: celkové náklady, tj. souhrn všech nákladů, které vzniknou při činnosti za určitou časovou jednotku; průměrné náklady, tj. celkové náklady připadající na jednotku (například pacienta, lůžko, oddělení atd.); mezní (marginální) náklady, tj. přírůstek nákladů při růstu činnosti o jednu jednotku výkonu. (Papula, Papulová, 2013)

Podle Popeska (2014, str. 31) *„druhé členění nákladů je nejběžnějším přístupem ke klasifikaci nákladů. Při druhovém členění nákladů se náklady sledují dle věcné ekonomické podstaty vynaložených zdrojů, tzn., že členíme náklady dle druhu spotřebovaného prvotního externího vstupu, který vstupuje do transformačního procesu. Nákladovými druhy rozumíme věcně stejnorodé položky nákladů. Toto členění odpovídá finančnímu pojetí nákladů a používá se i při konstrukci účetních výkazů. Je základem finančního účetnictví. Toto rozdělení nákladů lze nalézt v základní podobě téměř ve všech organizacích“.*

Spotřeba léků a ostatního lékařského materiálu je v nemocnici typický druhový náklad a ve finančním účetnictví se vykazuje jako spotřeba materiálu.

Mezi nákladové druhy dle Popeska (2014, str. 31) např. patří: *„náklady zastupující spotřebu hmotných statků - spotřeba materiálu, spotřeba energie; náklady na spotřebu prací a služeb externích subjektů, dopravné, ekonomické a právní služby; náklady vyjadřující vynaloženou lidskou práci - náklady na mzdy zaměstnanců, SP a ZP, jiné náklady vyvolané prací zaměstnanců; náklady odpovídající opotřebení předmětů dlouhodobé spotřeby; náklady vázané na konkrétní peněžní úhrady - úroky, pojistné apod.“*

Chápání nákladů se v ekonomické teorii měnilo, postupně vyvíjelo a jednoznačná definice nákladů neexistuje. Z toho vyplývají i různé přístupy k analýze nákladů v praxi podniků.

Charakteristika nákladů závisí na uživateli informací (vrcholové vedení, mistr, akcionář atd.). Z tohoto hlediska je třeba rozlišovat:

- náklady zobrazené ve finančním účetnictví, náklady z hlediska daňového,
- náklady zobrazené ve vnitropodnikovém účetnictví.

Finanční účetnictví eviduje všechny druhy daní a poplatků. Společným rysem nákladů zobrazených ve finančním účetnictví tedy je úbytek majetku. Na tento jev stát reaguje a nepřímo reguluje výše zmíněné úbytky majetku (náklady). Dělí je do dvou skupin:

- náklady, jejichž vynaložení nebylo nutné; představují více rozdělení výsledku než účelový vklad k dosažení výsledku (občerstvení, dary), nebo je podnikatelé vynakládají za "nedodržení pravidel" (pokuty, manka),
- náklady, které jsou nezbytné pro „dosažení, zajištění a udržení čistého daňového příjmu“

Náklady jako účelné a účelové vynaložení zdrojů ekonomického růstu podniku jsou obsahem vnitropodnikového účetnictví.

Účelnost a účelovost nákladů má mimořádně praktické důsledky pro rozhodování manažerů podniku (cenové rozhodování, sortimentní změny, výrobové preference). Potřebné je rozlišit pojem náklad od pojmu výdej na rozdíl od nákladů jako účelového vkladu do reprodukčního procesu. Pod výdejem rozumíme jakékoliv vynaložení peněžních prostředků (majetku).

Mezi výdaji a náklady může vzniknout věcná a časová nesrovnatelnost. Věcný rozdíl vznikne například při jednostranném úbytku majetku, jehož vynaložení nepřinese žádný příští přínos (placené pokuty, penále nebo vzniklá škoda). Tyto výdaje většinou nevedou k celkovému úbytku majetku, ale jen ke změně jeho struktury.

Náklady se tyto výdaje stanou až v okamžiku použití zdroje k vytvoření určitého výkonu (materiálové náklady, odpisy).

Účelnost je dána tím, že za základ je považováno přiměřené vynaložení zdrojů, a to je do určité míry kvantifikované mírou hospodárnosti. Účelovost vyjadřuje skutečnost, že smyslem vynaložení ekonomického zdroje je jeho zhodnocení, vytvoření složky majetku, která přinesla, resp. přinese větší ekonomický efekt než jaký byl vklad. (Komorník, Majerčáková, 2011)

Gladkij (2003, str. 153) uvádí, že *„pokud budeme hovořit o odlivu finančních prostředků, budeme se účetně pohybovat v kategorii „náklady“, budeme-li hovořit o odlivu peněz, budeme se účetně pohybovat v kategorii „výdaje“. Recipročním jevem je příliv finančních prostředků.“*

Tento zdánlivě jednoduchý rozdíl vyvolává v praxi složité rozhodovací úlohy, které mají vliv na výšku vykázaného majetku, kapitálu, závazků, zásob, výdajů příštích období a rezerv (výšku a strukturu aktiv a pasiv v rozvaze), výšku vykázaného zisku jako rozdílu mezi náklady a výnosy běžného období.

Z uvedené charakteristiky nákladů vyplývá, že jejich řízení vyžaduje jejich dokonalé poznání

a tedy i různé strukturování (členění).

Informačním zdrojem pro analýzu celkových nákladů podniku je výkaz zisků a ztrát. Z funkčního členění výkazu zisků a ztrát (výsledovky) zjistíme provozní náklady, finanční a mimořádné náklady. Provozní náklady vznikají ze základní činnosti podniku (výroba, obchod, poskytování služeb), ale i z různých nepravidelných transakcí (např. prodej materiálových zásob, hmotného a nehmotného majetku, poskytnuté dary, smluvní pokuty a penále). Finanční náklady vznikají z finančních a investičních operací podniku. Hlavní část tvoří placené úroky, nákupní cena cenných papírů a ostatní finanční náklady, např. kurzové ztráty, náklady z peněžního styku (bankovní poplatky). Mimořádné náklady vznikají při operacích neobvyklých pro běžnou činnost podniku, jakož i při mimořádných událostech náhodně se vyskytujících, např. manka a škody při haváriích a živelných pohromách.

Výsledovka uvádí náklady v druhovém členění.

Základní nákladové druhy jsou: spotřeba materiálu a energie; spotřeba a použití externích prací a služeb, např. přepravné, nájemné; práce a služby spojené s opravami a udržováním majetku; osobní náklady, tj. mzdové náklady, včetně nákladů na sociální zabezpečení; odměny členům orgánů společnosti; odpisy nehmotného a hmotného investičního majetku; finanční náklady, např. úroky, pojistné, bankovní poplatky a podobně.

Z výsledovky analyzujeme i úroveň hospodárnosti pomocí ukazatele nákladovosti. Ukazatel nákladovosti vyjadřuje podíl celkových nákladů na korunu výnosů. Náklady členíme na provozní, finanční a mimořádné. Dostává se zde do konfliktu snaha o minimalizaci nákladů v rámci efektivity produkce s potřebou získání kvalitní a kvalifikované pracovní síly.

Jedním ze sledovaných ukazatelů při analýze nákladů je poměr osobních nákladů k přidané hodnotě. Tento ukazatel udává, jaká část z přidané hodnoty připadne na úhradu osobních nákladů.

5.1.2.2 Výnosy

Dle Zlámal Bellová (2013) „*Výnosy jsou oceněné výkony činnosti. Úhradou zdravotnických služeb vznikají prvotní výnosy. Součástí celkových výnosů mohou být i neprovozní (druhotné) výnosy. Příkladem provozních výnosů jsou především tržby za realizované období (za výkony), respektive příjmy.*

Rozdíl mezi výnosem a příjmem je dán právním aspektem, výnos je právem na příjem, tedy nárokem, příjem je realizované právo (stejný rozdíl je i u nákladů a výdajů). Příkladem neprovozních výnosů jsou většinou částky nájemného, příjmy z vkladů apod.

Podobně jako u nákladů existují i u výnosů adekvátní agregátní veličiny: celkový příjem, tj. celková částka získaná za realizaci činnosti; průměrný příjem, tj. příjem za jednotku (například pacienta); mezní příjem, tj. změna celkového příjmu vyvolaná zvýšením činnosti o jednotku výkonů.

Hlavní částí výnosů jsou zmíněné tržby poskytnuté služby (popřípadě za prodané zboží), které tvoří někdy téměř bezzbytku celou náplň souhrnné účetní položky „výnosy“.

Tyto tržby rozlišujeme na: hrubé tržby, tj. souhrn faktur vydaných během sledovaného období; čisté tržby, tj. hrubé tržby snížené o různé slevy poskytnuté odběratelům a o dobropisy za vrácené zboží.“

DU et al. (2018) uvádí, že v návaznosti na nevyváženost nabídky a poptávky po lékařských diagnostických přístrojích a zvyšujících se nákladech na zdravotní péči je cílem této studie je zapotřebí optimalizovat plánování služeb pro lékařské diagnostické podniky s cílem zlepšit spokojenost pacientů v souvislosti s optimalizací využití příjmů podniku.

Sůvová (1999) uvádí, že „v běžné praxi je odvození hodnot nákladů a výnosů u komplexních projektů komplikováno skutečností, že podniky provozují finanční účetnictví (zákon jim to ukládá) a zatím málokteré mají vybudován systém manažerského účetnictví. Uspořádání výkazů finančního účetnictví vypovídá dobře z hlediska potřeb externích subjektu (finanční úřady apod.), je však málo srozumitelné z hlediska řízení výkonných operací podniku. Naopak, výkazy manažerského účetnictví jsou uspořádány tak, aby logicky a srozumitelně vypovídaly o finančních parametrech procesů a organizačních jednotek podniku. Pro posuzování projektů jsou pochopitelně výhodnější údaje z manažerského účetnictví, už proto, že řízení podniku se o ně opírá.“

Malmose et al. (2018) uvádí, že zkoumali ve státě Maryland, finanční výsledky v podnicích poskytujících zdravotní péči, včetně výnosů, nákladů, zisků a ztrát, s cílem zjistit dopad přijetí globálního pilotního projektu (týkajícího se platebních inovací v podnicích poskytujících zdravotní péči). Analyzovali finanční výsledky, tedy příjmy, náklady a marže jak u poskytovaných regulovaných, tak i neregulovaných služeb. Z výsledků vyplynulo, že se snížily náklady u poskytování regulovaných služeb, snížilo se rozpětí zisku u poskytování neregulovaných služeb.

Pletscher (2016) uvádí, že zkoumal změny mezních příjmů v podniku poskytujícím psychiatrickou péči ve Švýcarsku, v souvislosti s délkou hospitalizace pacienta.

Výsledky studie naznačují, že délka pobytu hospitalizace pacienta v léčebném zařízení ovlivňuje mezní příjmy podniku.

Každý podnik poskytující zdravotní služby je nutné posuzovat z ekonomického hlediska jako firmu, která poskytuje buď zdravotnické služby, prodává léky, zdravotnickou techniku, nebo zajišťuje zdravotní dopravu, popřípadě kombinuje více zdravotnických činností v rámci jednoho právního a ekonomického podniku. Přírozenou snahou každého ekonomického podniku je zvyšování příjmů. Minimálně by měly být náklady pokryty výnosy, v tomto případě by se jednalo o prostou reprodukci výrobních faktorů. Cílem každého podniku je dosahovat dlouhodobě zisk, tedy kladného hospodářského výsledku. Jestliže na jedné straně vynakládá na svou činnost náklady, na druhé straně musí být tato činnost vyvážena výnosy, jak uvádí Zlámal Bellová (2013).

5.1.3 Finanční poměrové ukazatele

Finanční poměrové ukazatele jsou zařazené mezi nejčastěji používané rozborové postupy k účtům z hlediska využitelnosti jiných úrovní analýz (např. odvětvová analýza). Nejpravděpodobnějším důvodem je fakt, že analýza poměrovými ukazateli vychází výhradně z údajů ze základních účetních výkazů. Využívá tedy veřejně dostupné informace a má k nim přístup také externí finanční analytik. Finanční ukazatele podniku bereme obecně jako velice důležitý nástroj v řízení podniku.

Poměrový ukazatel se vypočítá jako poměr jednoho nebo několika účetních položek základních účetních výkazů k jiné položce nebo k jejich skupině. Můžeme rozlišovat různé skupiny poměrových ukazatelů. (Růčková, 2008)

Ildiko et al. (2011) uvádí, že nejvíce významné poměrové ukazatele pro předvídání úpadku podniku jsou tyto: rentabilita aktiv, rentabilita vlastního kapitálu, obrat aktiv (ukazatelé aktivity), obecný pákový efekt a rentabilita tržeb.

U finanční analýzy se nejvíce v praxi pracuje s těmito poměrovými ukazateli:

- ukazatel struktury majetku a kapitálu,
- ukazatel tvorby výsledku hospodaření,
- ukazatele na bázi peněžních toků. (Růčková, 2008)

Erdamar et al. (2013) uvádí, že finanční poměrové ukazatele se vypočítají z údajů uvedených v základních finančních výkazech (rozvaze, výkazu zisku a výkazu o peněžních tocích) a používají se při provádění různých analýz. Tyto ukazatele lze využít ke stanovení závěrů o finanční situaci společnosti a její činnosti a atraktivitě jako investice. Mohou být také použity k analýze trendů a porovnání výkonnosti podniků s jinými podniky.

Důvodem, který vede k docela rozsáhlému používání poměrových ukazatelů, je skutečnost, že:

- umožňují provádět analýzu časového vývoje finanční situace dané firmy (tzv. trendovou analýzu) a jsou vhodným nástrojem prostorové (průřezové) analýzy, tzn. porovnávání více podobných firem,
- navzájem (komparativní analýza) mohou být používány jako vstupní údaje matematických modelů umožňujících popsat závislosti mezi jevy, klasifikovat stavy, hodnotit rizika i předvídat budoucí vývoj.

V časovém vývoji využití poměrových ukazatelů jako metodického nástroje finanční analýzy bylo navrhované velké množství ukazatelů, z nichž některé se navzájem liší malými modifikacemi. Používáním poměrových ukazatelů v praxi se však vyčlenila určitá skupina ukazatelů obecně akceptovaných, které umožňují vytvořit si základní představu o hospodářské a finanční situaci daného podniku.

Poměrové ukazatele se rozdělují do dvou hlavních kategorií:

- provozní ukazatele, vyjadřující výkonnost podniku, celkovou úroveň hospodaření s majetkem,
- finanční ukazatele zaměřující se na posouzení finanční pozice, likvidity a zadluženosti.

Jsou uspořádány v jednotlivých skupinách v rámci dvou kategorií, přičemž každá skupina je vázána k některému aspektu hospodaření a finanční situace podniku. Lze tedy sledovat finanční výkonnost a finanční pozici podniku. Obecně jsou stanoveny 4 základní skupiny, a to dle posuzované vlastnosti podniku a podle klíčových charakteristik. Růčková (2008)

5.1.3.1 Ukazatelé likvidity

První skupinu představují ukazatele platební schopnosti respektive likvidity. Cílem těchto ukazatelů je vyjádřit potenciální schopnost podniku hradit své platné závazky.

Základním problémem v této oblasti je zajištění dostatku likvidních prostředků s rezervou na nepředvídatelné situace, avšak bez nadměrného umrtvování kapitálu. Nedostatek likvidity vede k tomu, že podnik není schopen využívat ziskové příležitosti, které se při podnikání objevují nebo není schopen hradit své běžné závazky, což může vyústit k platební neschopnosti a vést k bankrotu.

Milojevic, Terzic (2015) uvádí, že ukazatele likvidity indikují schopnost společnosti splácet dluhy, a proto jsou dobrým ukazatelem její současné finanční výkonnosti. Podíl oběžných aktiv na celkových aktivech společností zaznamenal ve sledovaném období pokles, což znamená, že dlouhodobá aktiva mají rychlejší růst než oběžná aktiva. Získané výsledky ukazují, že manažeři minimalizují hodnotu oběžných aktiv. Vypočtené hodnoty ukazatele likvidity nejsou v souladu s platnou teorií, která vede k závěru, že společnosti klasifikované jako velké společnosti mají nedostatečné krytí krátkodobých závazků oběžnými aktivy. Poměr však ukazuje pozitivní trend a první známky oživení velkých společností v oblasti likvidity.

K hodnocení likvidity je důležité zaujmout postoj vzhledem k různým cílovým skupinám (podniky, management a skupina podniků, které budou využívat výsledky finanční analýzy). Každá z cílových skupin bude preferovat jinou úroveň likvidity.

Na druhou stranu příliš vysoká míra likvidity je nepříznivým jevem pro vlastníky podniku, neboť finanční prostředky jsou vázány v aktivech, která nepracují ve prospěch výrazného zhodnocování finančních prostředků. Je třeba tedy hledat pokud možno vyváženou likviditu, která zaručí dostatečné zhodnocení prostředků a tak i schopnost se dostávat ke svým závazkům.

Poměrové ukazatele likvidity jsou součástí analýz týkajících se hospodaření podniku. Z hlediska jejich názvu a obsahu se zpravidla používají tři základní ukazatele, a to okamžitá likvidita, pohotová likvidita, běžná likvidita. Krátkodobá likvidita se testuje pomocí běžné likvidity a pohotové likvidity. Klade důraz na to, aby v čitateli a jmenovateli výpočtu poměrového ukazatele byly krátkodobé položky (finance, zásoby a podobně). (Růčková, 2008)

Okamžitá likvidita

Okamžitá likvidita bývá označována jako likvidita 1. stupně; představuje to nejužší vymezení likvidity. Vstupují do ní pouze ty nejlikvidnější položky z rozvahy.

Okamžitá likvidita se počítá dle vzorce (finanční majetek/krátkodobé závazky + běžné bankovní úvěry).

Pod pojmem pohotové platební prostředky je nutné si představit sumu peněz na běžném účtu, jiných účtech nebo v pokladnách, ale rovněž volně obchodovatelné cenné papíry, šeky (tedy ekvivalenty hotovosti).

Pojem okamžitá likvidita lze ztotožnit s pojmem finanční majetek. V některých teoriích jsou však právě z důvodu zachování nejvyšší likvidnosti položek dosazovány jen peníze v hotovosti a peníze na bankovních účtech, peněžní prostředky a ekvivalenty.

Pro okamžitou likviditu platí doporučená hodnota v rozmezí 0,9 - 1,1. Tento interval je hodně použitý v britské a americké praxi. Pro Českou republiku bývá toto pásmo rozšiřované na dolní hranici, kde některé prameny uvádějí hodnotu 0,6 a podle metodiky ministerstva průmyslu a obchodu jsou hodnoty ještě níže, a to 0,2. Tato hodnota je však zároveň označovaná za hodnotu kritickou i z psychologického hlediska. Pohled na likviditu změnily krize posledních let, kdy managementy spíše hledí na doporučení anglo - amerických specialistů.

Součástí krátkodobých dluhů jsou i běžné bankovní úvěry a krátkodobé finanční výpomoci, které jsou v rozvaze vedeny odděleně od krátkodobých závazků, v rámci bankovních úvěrů a výpomocí.

U ukazatele okamžité likvidity nejvíce platí, že nedodržení předepsaných hodnot ještě nemusí za každou cenu znamenat finanční problémy firmy, protože i ve firemních podmínkách se poměrně často vyskytuje využívání účetních průtahů (například u kontokorentního financování, které nemusí být při použití z údajů z rozvahy patrné). Rovněž proto je doporučená vždy následně podrobnější analýza krátkodobých zdrojů financování. (Komorník, Majerčáková, 2011)

Pohotová likvidita

Tento typ likvidity je v literatuře označován také jako likvidita 2. stupně. Počítá se dle vzorce (oběžná aktiva-zásoby/ krátkodobé závazky).

Pro pohotovou likviditu platí, že charakterově z pohledu doby by měl být stejný číselný jmenovatel, tedy poměr 1: 1, případně 1,5: 1. Jinak řečeno krytí majetku a závazků.

Z doporučených hodnot pro tento ukazatel je zřejmé, že pokud by byl poměr 1: 1, podnik by byl schopen se vyrovnat se svými závazky, aniž by musel prodat své zásoby.

Vyšší hodnota ukazatele bude příznivější pro věřitele, nebude však příznivá z hlediska akcionářů a vedení podniku. Značný objem oběžných aktiv vázaný ve formě pohotových prostředků zřídka přináší jen malý nebo žádný úrok. Nadměrná výška oběžných aktiv vede k neúčelnému využívání podniku vložení prostředků, a tak nepříznivě ovlivňuje celkovou výnosnost vložených prostředků.

Běžná likvidita

Běžná likvidita je likviditou 3. stupně. Počítá se dle vzorce (oběžná aktiva/krátkodobé závazky + běžné bankovní úvěry). Udává, kolikrát pokrývají oběžná aktiva krátkodobé závazky podniku, nebo také kolika jednotkami oběžných aktiv je krytá jedna jednotka krátkodobých závazků. Stručně řečeno říká, jak by byl podnik schopný uspokojit své věřitele, kdyby proměnil všechna oběžná aktiva v daném okamžiku na hotovost. Čím vyšší je hodnota běžné likvidity, tím je pravděpodobnější, že bude zachována platební schopnost podniku. Vypovídací schopnost tohoto ukazatele má však také některá omezení. Jedním z nich je např. fakt, že nepřihlíží na strukturu oběžných aktiv z hlediska jejich likvidnosti a samotných nefinančních stránek podniku a dále nebere v úvahu strukturu krátkodobých závazků z hlediska doby splatnosti. Dalším omezením je fakt, že je možné ji ovlivnit k datu sestavení rozvahy odložením některých nákupů.

Pro běžnou likviditu platí, že hodnoty čitatele jsou k hodnotě jmenovatele v rozmezí 1,5 - 2,5.

Někdy je také uváděna hodnota 2, právě z důvodu existence celé řady nástrojů financování. (Papula, Papulová, 2013)

5.1.3.2 Ukazatelé rentability

Druhou skupinu ukazatelů tvoří ukazatele výnosnosti, resp. rentability (tzn. různé formy míry zisku jako všeobecně akceptovaného vrcholového ukazatele efektivnosti podniku k vyjádření schopnosti dosahovat přiměřený zisk a zhodnocovat tím kapitál, který byl do podniku vložen).

Rentabilita (výnosnost vloženého kapitálu) je schopnost podniku vytvářet nové zdroje, dosahovat zisk použitím investovaného kapitálu. U tohoto poměrového ukazatele se nejčastěji vychází ze dvou základních účetních výkazů, a to z výkazu zisků a ztráty a rozvahy. Důraz je kladen samozřejmě na výkaz zisku a ztráty, neboť v některých pramenech bývá rentabilita zaměňována za výkaz ziskovosti.

Ukazatele rentability jsou ukazatele, kde se v čitateli vyskytuje nějaká položka odpovídající výsledku hospodaření (z pohledu manažera nebo majitele podniku) a ve jmenovateli nějaký

druh kapitálu, respektive tržby. Ukazatele rentability slouží k hodnocení celkové efektivnosti dané činnosti. Jedná se o ukazatele, které jednoznačně budou nejvíce zajímat akcionáře a potencionální investory, avšak i pro ostatní skupiny mají svůj nesporný význam. Ukazatele rentability by v časové řadě měly mít obecně rostoucí tendenci. Jiné doporučené hodnoty nebývají u většiny běžně používaných ukazatelů uváděny.

Obecně je rentabilita vyjadřována poměrem zisku k částce vloženého kapitálu. Pokud jsou analyzovány pojmy, které do základního poměru vstupují, pak je nutné konstatovat, že ani zde není výklad ve všech podmínkách či odborných pramenech stejný. Dle různých výkladů se lze setkat s pojmem vložení kapitálu, nebo zisku jako takového.

Zisk je kategorie, která je sama o sobě velmi široká. V zásadě můžeme mluvit o několika kategoriích zisku, které mohou různým způsobem vstupovat do jednotlivých ukazatelů rentability. Pro finanční analýzu jsou nejdůležitější tři kategorie zisku, které je možné vyčíslit přímo z výkazu zisků a ztráty.

První kategorií je EBIT (Earnings before Interest and Taxes), tedy zisk před odečtením úroků a daní, který odpovídá výsledku hospodaření. Ve finanční analýze se využívá tam, kde je nutné zjistit mezi firmami formu rovnováhy. Vychází z faktu, že i když budou mít firmy stejné daňové zatížení, mají rozdílnou bonitu z hlediska věřitelského. Zde by mohla výše úroků ovlivnit náhled na tvorbu výsledků hospodaření v hlavní podnikatelské činnosti.

Druhou kategorií je EAT (Earnings after Taxes), zisk po zdanění nebo také čistý zisk. Jde o tu část zisku, kterou můžeme dělit na zisk k rozdělení (dividendy prioritních a kmenových akcionářů) a zisk nerozdělený (slouží k reprodukci v podniku). Ve výkazu zisku a ztráty je uveden jako výsledek hospodaření za běžné účetní období. Kategorie čistého zisku se využívá ve všech ukazatelích, které hodnotí výkonnost firmy.

EBT (Earnings before Taxes), zisk před zdaněním, tedy zisk, který je upraven nebo zvýšen o finanční a mimořádný výsledek hospodaření a od kterého ještě nebyly odečteny daně. Lze jej využít při srovnávání výkonnosti firem s rozdílným daňovým zatížením. Vložený kapitál je z hlediska využití v jednotlivých poměrových ukazatelích rentability kategorií, jejíž výklad bude jasnější z toho pohledu, jaký ukazatel rentability bude použit. (Komorník, Majerčáková, 2011)

Rentabilita celkového vloženého kapitálu ROE (Return on Ekvity)

Tento ukazatel se počítá dle vzorce (zisk/vlastní kapitál). Označuje celkovou výnosnost kapitálu bez ohledu na to, z jakých zdrojů byly podnikatelské činnosti financované. Hodnotí výnosnost celkového vloženého kapitálu a je užívaný pro měření souhrnné efektivnosti. Je možné o něm také hovořit jako o ukazateli hodnocení minulé výkonnosti řídicích pracovníků.

Finanční struktura je v tomto případě irelevantní, hodnotí se schopnost reprodukce kapitálu. Vstupují sem přirozeně všechny oblasti podnikatelské činnosti vymezené v rámci výkazu cash flow, tj. běžné činnosti, finanční činnost a činnost investiční. Kategorie zisk a kategorie celkový vložený kapitál nelze interpretovat striktně a záleží na pohledu podnikového analytika. Celkový vložený kapitál je v rozvaze vykazován na straně aktiv. Položka celkového vloženého kapitálu je tedy víceméně nejednoznačná. Podle toho, jaký zisk bude dosazen do vzorce, bude možné interpretovat i jeho výsledek. Jestliže do vzorce bude vstupovat čistý zisk (EAT), ale před vyplacením dividend, pak jde o klasickou interpretaci rentability a ukazatel, který je nezávislý na charakteristice zdrojů financování.

Rentabilita celkových vložených aktiv ROA (Return on Assets)

Tento ukazatel se počítá dle vzorce (zisk/celková aktiva). Vyjadřuje celkovou efektivitu podniku a jeho výdělečnou činnost. Porovnává zisk (z provozní, investiční nebo finanční činnosti) s celkovými investovanými aktivy, přičemž je irelevantní, z jakých zdrojů jsou financovány (vlastní, cizí).

Mohanty, Krishnankutty (2018) identifikovali výkonnostní proměnné odpovědné za řízení návratnosti aktiv (ROA) v bankách a uvádí, že tento ukazatel významně souvisí s loňským výsledkem a dále s ukazatelem solventnosti, kapitálovou přiměřeností, růstem HDP, poměrem úvěrů k vkladům a poměrem nákladů k produktivitě podniku.

Akgun et al. (2018) empiricky zkoumali vztah mezi ekonomickou přidanou hodnotou (EVA), rentabilitou aktiv (ROA) a návratností vlastního kapitálu (ROE) s tržní přidanou hodnotou (MVA) na istanbulske burze.

Rentabilita dlouhodobého kapitálu ROCE (Return on Capital Employed)

Tento ukazatel se počítá dle vzorce (čistý zisk po zdanění/dlouhodobé závazky + vlastní kapitál). Ukazatel výkonnosti celkového vloženého kapitálu je kalkulován na základě použití dlouhodobých zdrojů financování.

Tento ukazatel „vyjadřuje míru zhodnocení všech aktiv společnosti financovaných vlastním i cizím dlouhodobým kapitálem“ (Růčková, 2015, str. 60)

Abraham et al. (2017) se zabývali výnosy podniků. Identifikovali výnos jako měřítko finanční výkonnosti podniku a rovněž se ve své studii zabývali pojmy jako jsou návratnost aktiv, multiplikátor vlastního kapitálu, návratnost vlastního kapitálu a přidaná ekonomická hodnota.

Seissian et al. (2018) se zabývali ziskovostí podniků. Autoři zkoumali vztahy několika faktorů, jako jsou rating, likvidita, finanční páka, růst tržeb, velikost podniku a průměrné daňové sazby, k ziskovosti podniku.

Rentabilita tržeb ROS (Return on Sales)

Růčková (2015) uvádí, že výkonnost tržeb v podniku udává „*schopnost podniku dosahovat zisk při dané úrovni tržeb.*“ Tento ukazatel vyjadřuje, jaký díl tržeb je podnik schopen přetvořit na zisk, neboli jaký je podíl čistého zisku na jednu korunu tržeb. Počítáme ho dle vzorce (čistý zisk po zdanění/tržby)

5.1.3.3 Ukazatelé zadluženosti a solventnosti

Další skupinu tvoří ukazatele hodnotící finanční stabilitu a solventnost vyplývající především ze zadluženosti. Ukazatele zadluženosti zkoumají rozsah využívání dluhového financování, respekt. jak je podnik zadlužen. Celková míra zadluženosti podniku se vypočítá podle vzorce (cizí kapitál/celkový kapitál). V souvislosti s ukazateli zadluženosti je možné určit také míru finanční samostatnosti podniků. Vzorec pro výpočet míry finanční samostatnosti je (vlastní kapitál/celkový kapitál). Výsledné výpočty jsou uváděny v procentuálním vyjádření.

Dalším ukazatelem vypovídajícím o zadluženosti podniku je míra zadluženosti neboli zadluženost vlastního kapitálu podniku. Vypočítá se podle vzorce $1 / (\text{cizí kapitál} / \text{celkový kapitál})$. Optimální hodnota osciluje kolem čísla 1.

V souvislosti s platební schopností je kromě pojmu likvidita, kterou se rozumí souhrn všech likvidních prostředků podniku, často používáný i pojem solventnost jako schopnost podniku okamžitě hradit své finanční závazky v době jejich splatnosti.

Za nejdůležitější jsou považovány tyto poměrové ukazatele solventnosti:

- celkové dluhy (cizí zdroje) k celkovým aktivům, tzn. věřitelské riziko,
- vlastní kapitál k celkovým aktivům, celkové dluhy (cizí zdroje) k vlastnímu kapitálu,

- úrokové krytí, resp. zisková úhrada úroků, krytí úvěrového břemene, doba splácení dluhů, aj.

Kiyak, Pranckeviciute (2016) uvádí, že ve vědecké literatuře nejsou jasně formulované důvody vedoucí ke změnám prvků složky solventnosti, které by pomohly všem společnostem připravit se na případné změny v platební neschopnosti. Autoři dále uvádí, že metody analýzy hodnotí následující proměnné: toky podnikových příjmů, výše závazků, krátkodobé a dlouhodobé změny aktiv, výše kapitálu, jejich relativní ukazatele.

Perim et al (2016) uvádí, že výsledky jejich výzkumu naznačují, že absence harmonického rozložení aktiv a pasiv vede ke zvýšení rizika insolvence podniku, i když je hodnota celkových aktiv vyšší než hodnota celkových závazků.

Droj (2018) uvádí, že některé podniky v Rumunsku, dříve vlastněné státem, se musely reformovat, aby přežily. Autor analyzoval jejich finanční zdraví, zejména s ohledem na vývoj jejich ukazatelů likvidity a solventnosti.

Abduh (2017) studoval firemní a ekonomické faktory ovlivňující solventnost rodinných podniků v Malajsi.

Brindescu - Olariu (2016) uvádí, že předchozí výzkum ukázal, že míra solventnosti podniku měla potenciál předvídat bankrot, ale nebyla schopna stanovit měřítko. Autor tedy navrhl metodiku hodnocení rizika úpadku podniku na základě ukazatele solventnosti.

Šverko et al. (2017) uvádí, že počítali a analyzovali ukazatele solventnosti a konstatovali, že platební neschopnost chorvatských podniků vzrostla v souvislosti s celosvětovou finanční krizí. Pomocí analýzy vícenásobné regrese autoři poukázali na souvislost mezi poměrem celkového dluhu k aktivům jako závislé proměnné a poměrem krátkodobých aktiv a závazků a fiktivních proměnných jako nezávislých proměnných.

5.1.3.4 Ukazatelé aktivity

Další skupinu tvoří ukazatele aktivity. Hodnotí vázanost kapitálu v jednotlivých formách majetku, měří schopnost podniku využívat vložené prostředky.

Jsou charakterizované buď rychlostí obrátu resp. obrátů (počtem obrátů - tzn. kolikrát se obrátí konkrétní položka majetku za stanovený časový interval), nebo dobou obrátu (doba, po kterou je majetek vázán, resp. za jak dlouho proběhne jeho přeměna). Význam má nejen obrát celkových aktiv, ale i obrát ostatních jednotlivých složek majetku (stálých aktiv, oběžných

aktiv, zásob, pohledávek, finančního majetku, apod.) pro nalezení různých "aktivních" úseků hospodaření. Mezi nejpoužívanější ukazatele aktivity patří hlavně:

- relativní vázanost celkových aktiv, obrat, resp. doba obratu oběžných aktiv,
- obrat, resp. doba obratu zásob, obrat, resp. doba obratu pohledávek,
- obrat, resp. doba obratu krátkodobých závazků.

Ukazatelé aktivity vyjadřují efektivitu hospodaření podniku se svým majetkem (tržbami). Mohou prokázat i případné nevyužití majetku nebo zbytečný majetek podniku.

Gabrić (2017) se zabýval dopadem tradičních ukazatelů aktivity na účetní závěrku a vytvořil model jejich dopadu na určení materiální nesprávnosti v účetní závěrce podniků.

Ukazatelé aktivity analyzují efektivnost využití aktiv podnikem. Optimalizace výše aktiv je nezbytná pro funkční řízení podniku.

Xu, Ma (2018) vytvořili model oceňování pohledávek podniků a navrhli optimální dobu trvání splatnosti pohledávek.

5.2 Strategické řízení podniku

Státní, komunální a soukromé podniky se aktuálně nacházejí na trhu ve velmi složitých podmínkách v neustále se měnícím prostředí. Toto prostředí přináší hrozby, ale i příležitosti k získávání komparativních výhod. Tyto okolnosti představují pro management strategické ukotvení, které umožňuje naznačit očekávaný vývoj, provést analýzu aktuální situace, stanovit budoucí směr podniku a zvolit pro aplikaci strategie vhodné nástroje strategického řízení.

Na to, aby manažer podniku mohl stanovit ideální strategii podniku, je nutná dostatečná informatizace podniku a kvalitní sběr a vyhodnocení dat.

Remondino (2018) uvádí, že analyzoval různé oblasti zdravotnictví, ve kterých byly využívány informační technologie. Autor rovněž navrhl model využití informačních technologií, který může být využit jako podpora pro rozhodování na strategické úrovni řízení podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

Gavurová et al. (2018) uvádí, že provedená studie představuje obecný přehled o systému podniků na Slovensku v oblasti inovačního procesu řídicího informačního systému s cílem analyzovat konzistenci a jednotnost systému. Cílem studie dále bylo identifikovat potřeby a nároky podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu

a vytvořit integrovanou výzkumnou zprávu. Používané informační a komunikační technologie jsou částečně nevhodné. Informační systémy se používají bez přesných plánů jejich budoucího vývoje. Díky tomu je téměř nemožné rozvíjet je podle moderních potřeb a připojit je k ostatním systémům, které jsou v současné době používány. Velké problémy také spočívají ve financování těchto systémů a personálu za ně odpovědného. Inovační procesy v nemocnicích jsou velmi drahé, přesto je to jeden ze způsobů, jak zvýšit úroveň poskytované zdravotní péče.

Niemiec (2016) představil aplikaci strategické mapy pro řízení nemocnic.

McLaughlin, Olson (2017) uvádí, že pracovali ve zdravotnickém systému více než 10 let a ze zkušeností zjistili, že systém nefunguje kompaktně. Ve své studii navrhli používat systémovou dynamiku jako metodu, která ukáže, jak jednotlivé komponenty zapadají do celého systému zdravotnictví.

Christensen (2016) uvádí, že byla provedena analýza zdravotnické politiky v souvislosti s obchodní strategií, za účelem identifikace mechanismů odměňování. Systém zdravotní péče v USA dosáhl velkého posunu v této oblasti, a to od úhrad odměn za služby, k formě odměňování založené na finančních principech v jiných odvětvích. Cílem bylo rovněž porozumění překážkám, které brání použití těchto mechanismů ve zdravotnictví. Autor rovněž identifikoval proměnné, které určují ziskovost podniku, a hlavní překážky, které brání aplikaci zlepšeného modelu úhrad podnikům poskytujícím zdravotní péči.

5.2.1 Principy a význam strategického řízení podniku

Strategické řízení je proces krátkodobého i dlouhodobého plánování firemních cílů za účelem maximalizace zisku a dlouhodobého a udržitelného rozvoje. Nejprve je třeba provést analýzu vnějšího a vnitřního prostředí a následně provést formulaci strategie.

Zpětnou vazbu neboli evaluaci strategie je možné provést pomocí několika vhodně položených otázek. Dle Tiché, Hrona (2002, str. 94) to jsou tyto otázky a s nimi související indikátory:

- *„Je strategie v souladu se stylem řízení, s hodnotami sdílenými manažery a jejich ochotou riskovat?*
- *Má podnik vhodnou organizační strukturu, aby mohl strategii realizovat?*
- *Jsou systémy a programy podporující realizaci strategie vhodně zvoleny?*
- *Zaznamenává informační systém realizaci strategie adekvátně?*

- *Je vztah mezi současnými a očekávanými výsledky vyvážený?*
- *Existuje v podniku všeobecný souhlas s realizovanou strategií? “*

Váchal, Vochozka (2013) uvádí že, „Úspěšnost současné strategie lze zhodnotit za pomoci následujících indikátorů: růst/pokles relativního podílu podniku na trhu; zisková marže ve srovnání s ostatními podniky; trendy v čistém zisku a návratnosti investic dosahovaných podnikem; růst/pokles podnikového prodeje ve srovnání s růstem/poklesem trhu a zlepšování/zhoršování konkurenční pozice podniku.“

Na základě vhodné strategie za účelem aplikace strategie volíme způsob strategického řízení. Strategické řízení se uskutečňuje prostřednictvím tvorby a realizace jednotlivých strategií. Strategie svou povahou může představovat jednotlivé záměry, jimiž je ovlivňován vývoj organizace, který může mít trojí podobu:

- růst, vzestup a rozvoj, tj. z pohledu faktoru času; dochází ke srovnání přítomnosti a minulosti (nebo budoucnosti a přítomnosti, budoucnosti a minulosti), ke kvalitativnímu zlepšování charakteru organizace
- přetrvávající stav,
- pokles výsledků (útlum, úpadek).

Strategické řízení se oproti běžnému řízení vyznačuje specifickými rysy. Opírá se o rozhodování se značným stupněm rizika, protože budoucí vývoj je ovlivňován řadou faktorů, jejichž změny a vlivy nejsme schopni přesně předpovědět.

V souvislosti s probíhajícím globalizačním procesem se vliv relevantního okolí na strategické chování organizací zvyšuje.

Z pohledu dlouhodobých cílů mají organizace v podstatě dvě možnosti, jak se chovat v konkurenčním prostředí tržního hospodářství. Mohou volit buď nezávislé strategie, které používají mnoho způsobů jednání konkurence a nemají zájem se s konkurencí spojit nebo strategie zaměřené na spolupráci s cílem využít toto spojení pro získání nových nebo synergických konkurenčních výhod.

5.2.2 Strategické myšlení a strategické přístupy

Řešení každé strategické úlohy se vyznačuje vysokým stupněm jedinečnosti ze strany řešitele. Řešitel strategické úlohy je většinou střední a vyšší management, případně externí subjekt, například manažer, auditor, nucená správa a jiné subjekty.

Řešení každé strategické úlohy v podniku vyžaduje ztotožnění se se stanovenou strategií, tvůrčí myšlení a náležitě kompetence, a to hlavně: schopnost variantního myšlení a chování manažera; schopnost analýzy faktografických informací a náležitě intuice a citlivosti; vnímání strategického myšlení jako trvalé činnosti manažera při provádění strategie.

Už samotný rámeček věcí napovídá, že manažer podniku musí mít rozsáhlý záběr teoretických dovedností a praktických zručností.

Jako základní principy strategického myšlení můžeme definovat: tvůrčí přístup a orientace na špičkové výsledky; koncentrace a agregace; schopnost v rámci manažerských a osobnostních kompetencí pracovat s rizikem.

Strategické přístupy vyžadují nosné myšlenky a vize, dále pak využití teoretických poznatků managementu a inovace infrastruktury organizace.

Každý subjekt by měl mít jasnou představu o tom, proč, za jakým účelem funguje a na tomto základě formulovat své poslání. Poslání podniku určuje jeho charakter, identitu a obvykle prezentuje jeho vztah k ostatním subjektům. Dále určuje silné stránky a přednosti podniku, normy chování a hodnoty, které podnik dlouhodobě uznává (jde zpravidla o názory a morální principy). Poslání podniku rovněž vymezuje smysl jeho existence.

Strategické situační analýzy podniků jsou prováděny jak vzhledem k prostředí, ve kterém firma existuje, tak vzhledem ke strategickým možnostem, zdrojům a způsobilosti podniku. Hlavními přínosy strategických situačních analýz je: identifikace a využití předchozích úspěchů podniku; odhalení vývojových trendů a neopakování chyb z minulosti.

Jak uvádí Dashi (2018), pro strategické plánování při zlepšování ziskovosti podniku může být využita skutečnost, že existuje souvislost mezi finanční rentabilitou a obratem závazků a naopak finanční rentabilita nesouvisí s krátkodobými dluhy, dlouhodobými dluhy, obratem zásob, obratem pohledávek a hotovostí. Tato skutečnost může být využita pro strategické plánování při zlepšování ziskovosti podniku.

Zamfir et al. (2016) uvádí, že strategické rozhodování o investicích je nedílnou součástí obecné politiky podniku. Popisují, jakým způsobem lze investice použít při analýze investičních projektů. Rovněž se zabývají návratností investic, přičemž zdůrazňují výhody a omezení jejich použití. Uvádí, že návratnost investic může sloužit po dokončení investice k měření její ziskovosti.

Situační analýzy zaměřené na minulý a současný vývoj organizace z pohledu externích

a interních vlivů poskytují řadu cenných informací. Užitečným krokem završujícím tuto etapu strategického cyklu je zpřehlednění výsledků analýz do podoby kritických a klíčových faktorů úspěchu.

Kritické faktory (critical success factors - CSF) představují všechny momenty, skutečnosti, prvky vnějšího i vnitřního charakteru, které mohou v budoucnu ohrozit prosperitu organizace. Kritické faktory představují úzké místo, které v strategických záměrech nadcházejícího cyklu musí být odstraněny.

Klíčové faktory úspěchu naopak představují všechny momenty, skutečnosti, prvky, na kterých firma může založit svůj úspěšný vývoj. Zpravidla jde o takové faktory, které zajistí dlouhodobou konkurenční výhodu, kterou lze považovat za atribut pozitivně vnímaný a přijímaný zákazníky. Zkoumat rozvojový potenciál znamená zaměřit se na budoucnost.

V podnikatelské praxi ale poměr v řídicích aktivitách zaměřených do minulosti a budoucnosti jednoznačně vyznívá ve prospěch minulosti. Toto strohé konstatování lze doložit údaji o tom, kolik útvarů, lidí či činností ve firmách je zaměřeno na minulost (evidence, účetnictví, statistiky, controlling, rozborů apod.) a kolik se jich věnuje budoucnosti.

Stejně tak lze provést srovnání zaměřené na informační systémy - kolik výstupů je zaměřeno na zachycení minulých skutečností a kolik na mapování budoucnosti. Realita je mnohem jednodušší. Soudobý strategický výhled nebývá tak dlouhý, aby se nedaly získat důvěryhodné informace o vývojových trendech na dobu jednoho až dvou let.

Analýzy rozvojového potenciálu se soustřeďují na určení, jak se bude situace vyvíjet u tří významných atributů: zákazníků, produktů a provozních procesů.

Strategie podniku působícího ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu nemůže být tvořena pouze poskytováním zdravotní péče, avšak je třeba implementovat i další aspekty, jako je například prevence. V současnosti se strategické myšlení v těchto podnicích orientuje hlavně na několik okruhů: financování, likvidita, úhradová vyhláška a samoplátci.

Joe (2017) uvádí, že podniky působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu se pod tlakem kontroly nákladů a zlepšování kvality poskytované zdravotní péče stále více obracejí na agentury, které nabízejí zdravotnické služby, jako je například Gifted Healthcare, a to ve věci personálního zajištění, což jim umožňuje snižovat náklady na pracovní sílu a stále si držet úroveň kvality poskytované zdravotní péče.

V rámci strategií podniků působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu je možné se dotknout i specifické oblasti tzv. dentální turistiky, kterou mohou majitelé podniků zahrnovat do strategií jako doplňkový zdroj financování a také z pohledu rozvoje regionu a služeb s tím spojených. Touto problematikou se zabýval velmi rozsáhle výzkum Hunjeta et al. (2018) a Sekercana et al. (2018).

5.2.3 Strategický záměr, hodnocení a výběr strategií

Za strategický záměr lze považovat žádoucí stav, kterého má být ve stanoveném strategickém období dosaženo, konkretizováno kvantitativně i věcně.

I když se podoba strategických záměrů může lišit, vrcholové strategické záměry je žádoucí formulovat minimálně v následujících oblastech: záměry týkající se vlastníků - vývoj ekonomických agregátů; záměry vztahující se k zákazníkům, trhu, produkci; záměry týkající se vnitřní struktury organizace - hmotného a nehmotného majetku, pracovníků, produktivity atd.; záměry týkající se koexistence, partnerství (dodavatel, odběratel, konkurent).

Při koncipování strategických záměrů hraje klíčovou roli invence jejich tvůrců (podnikatelský nápad). Podnikatelský nápad by měl přinášet to, v čem firma v nadcházejícím období bude lépe prosperovat než v minulosti; tím získá výhodu vůči konkurenci, čímž poskytne vyšší hodnotu zákazníkům. Zejména v případech, kdy byly vytyčeny ofenzivní strategické cíle, musí podnikatelské nápady představovat významné novum.

Dominantní roli při formulování strategických záměrů mají aspirace / ambice. Jde o formulování zásadních strategických rozhodnutí, čeho chce organizace v daném časovém období dosáhnout. Tato rozhodnutí obvykle přijímají exekutivní (statutární) orgány. Vymezení aspirační může mít podobu stanovení tempa růstu rozhodujících ekonomických agregátů (jako je rentabilita aktiv, majetku) či vymezení jiných úkolů týkajících se cílového stavu organizace - tržního růstu, inovačních aktivit, produktivity atd.

Analýza produktivity podniku pomáhá odhalovat rezervy, kvantifikovat vliv faktorů, které se negativně nebo pozitivně podílely na plnění souhrnných výsledků podniku. Analýza produktivity podniku poskytuje důležité informace pro plánování souhrnných výsledků podniku. Umožňuje i kontrolu jednotlivých procesů v podniku a jejich řízení pomocí odchylek (kontrola plnění a norem spotřeby materiálu, pracnosti, využití kapacity speciálního zařízení a apod). Nedílnou součástí formulování strategických záměrů je i vyjasnění způsobu uskutečnění strategií. V tomto případě lze pro rozhodování použít celou řadu možností jako je

útlum, udržení nebo budování.

Útlum - předpokládá se, že se bude postupně omezovat výkonová křivka produktu či podniku. V dané oblasti se nepředpokládají investice, inovace, finanční a další zdroje jsou přelévány do jiných oblastí

Udržení - jde o přístup, který u produktu či podniku předpokládá zachování dosavadního vývoje, nepředpokládá převratné změny v inovacích, investicích, finanční nebo jiné nároky na zdroje, zároveň očekává "mléčný efekt", tj. sklizení stabilních ekonomických přínosů.

Budování - podnik směřuje k rozvoji; cestou k tomu může být ofenzivní přístup spojený se saturací daných oblastí finančními a dalšími zdroji, s proaktivní strategií, která předpokládá, že krátkodobé ekonomické efekty budou minimální či dokonce záporné, však bude vytvořena příznivá strategická pozice, která v budoucnu umožní následný "mléčný efekt".

Formování strategií představuje významnou tvůrčí aktivitu, zpravidla realizovanou týmově, kterou by mělo zajišťovat vrcholové vedení organizace v přímé součinnosti se zástupci vlastníků organizace. Na základě provedených komplexních analýz a jimi získaných výsledků je možné přistoupit k formulaci strategických záměrů a strategií. V rámci organizace existují dvě základní roviny úvah o strategii. V první řadě je třeba formulovat strategii na úrovni organizace jako celku, zadruhé pak na úrovni jednotlivých organizačních jednotek.

Východiskem pro určování strategických záměrů je vymezení strategických období. Jejich délka je determinována různými faktory. K nejobvyklejším činitelům patří cyklus investičního rozhodování, životní cyklus výrobků, inovační cykly, průběžná doba dodání apod. Strategické období pochopitelně mohou taxativně vymezit exekutivní orgány organizace.

Nezbytným krokem při určování strategií je použití filtrů. Ty by měly představovat zpětnou vazbu při koncipování strategických záměrů a způsobů jejich naplnění. Filtrování by mělo být prováděno minimálně z následujících dvou pohledů: z hlediska zdrojů, tzn. finančních a dalších, zvláště omezených zdrojů; cenné služby v tomto směru může přinést uplatnění přístupů "target costing"; z hlediska rizik souvisejících s pravděpodobností předpokladů, na kterých jsou strategické záměry založeny.

Vyhodnocení a schválení strategických záměrů a strategií přísluší exekutivním orgánům. Při vlastním vyhodnocování strategických variant se obvykle nevyhneme aplikaci metod multikriteriálního hodnocení variant.

Nejčastěji používaná kritéria hodnocení strategických záměrů jsou růstové možnosti, riziko variant, výnosové předpoklady a nároky na financování.

Dle Tiché, Hrona (2002, str. 94) „nejčastějším postupem je analýza finančních ukazatelů, která umožňuje vyhodnotit: *Pozici podniku v rámci odvětví; Stupeň naplňování strategických cílů; Exponovanost podniku ve vztahu k poklesu příjmů; Budoucí růstový potenciál podniku a schopnost získat cizí zdroje; Schopnost podniku reagovat na nepředvídané změny v prostředí a Riziko bankrotu*“

Ať se realizace strategických záměrů uskutečňuje cestou plánů nebo projektů, vždy je třeba usilovat o konkretizaci úkolů obsažených ve strategii do podoby kvantifikovaných či věcných cílů s přesným vymezením aktivit, zdrojů, termínů a odpovědnosti. Vyšší riziko v tomto případě představuje řídicí styl, který preferuje při běžném řízení výlučně monetární ukazatele. Jednak totiž není snadné formulovat některé věcné požadavky v podobě peněžních ukazatelů, na druhé straně se některé významné skutečnosti jen těžko zachytí a objeví ve finančním výkaznictví. I když se tedy nepopírá význam finančních ukazatelů, ukazuje se, že pro realizaci strategických záměrů samy o sobě nestačí a musí být doplněny o další mimoekonomické ukazatele, které jsou pro pracovníky snadno pochopitelné.

6 Cestovní ruch a zdravotně orientovaný cestovní ruch

Odvětví cestovního ruchu tvoří velmi významný sektor národního hospodářství a současně sehrává stále rostoucí úlohu i ve světové ekonomice. Dá se říci, že dokonce představuje jednu z nejdůležitějších částí světové ekonomiky. Zároveň plní významné funkce nejen ekonomické, ale také rekreační, lékařské, vědecké a informační a je důležitým prvkem volnočasových aktivit, čímž má i velký vliv na životní styl obyvatelstva. K typickým rysům tohoto odvětví patří orientace na zvyšování kvality a komplexní povaha poskytovaných služeb. Cestovní ruch zahrnuje různé služby a profese a je spojen s různými ekonomickými činnostmi.

Mezi vlastní podniky cestovního ruchu se řadí (Jakubíková, 2012):

- podniky, které realizací služeb přímo uspokojují potřeby a poptávku účastníků cestovního ruchu,
- podniky zprostředkovatelských služeb - cestovní kanceláře a cestovní agentury,
- podniky smíšené.

Politika cestovního ruchu

Pod pojmem politika cestovního ruchu chápou Pásková a Zelenka (2002) systematickou činnost sledující vytyčené cíle a spočívající v komplexním plánování, usměrňování (regulaci) a tvorbě reality cestovního ruchu prostřednictvím různých nástrojů a nositelů (státních, soukromých).

Politiku cestovního ruchu lze definovat jako systematickou činnost vycházející ze souboru metod a nástrojů, kterými nositelé politiky směřují k naplňování vytyčených cílů. Předpokladem systematické činnosti je komplexní plánování, usměrňování a realizace politiky cestovního ruchu. Jakákoliv politika, včetně politiky cestovního ruchu, není realizována ve vakuu, ale vždy v konkrétních podmínkách a je samozřejmě ovlivňována prostředím, ve kterém je konstituována (Vystoupil et al. 2006)

Tvorba veřejných politik představuje sociální proces zahrnující komunikaci mezi mnoha jedinci v celé řadě nejrůznějších organizací (Stevenson et al. 2008).

V době rostoucí mezinárodní konkurence hraje stále větší roli podpora regulace odvětví cestovního ruchu (Metelková, 2006). Vrcholní reprezentanti vlád si uvědomují, že cestovní ruch má velké multiplikační efekty a v některých regionech má důležitou hospodářskou pozici. Proto se snaží stimulovat toto odvětví.

V mezinárodním kontextu je možné pozorovat dvě protichůdné tendence. V některých státech je zcela nebo ve značné míře upírána legitimace hospodářské politiky a tedy i politiky cestovního ruchu. Kolektivní autority nezasahují do chodu cestovního ruchu. Tento přístup je v ekonomické teorii znám jako doktrína laissez-faire a je založen na myšlence, že ekonomické záležitosti společnosti jsou nejlépe spravovány samotnými jednotlivci. Na druhé straně existují státy, kde je cestovní ruch díky cílené politice silně podporován a ovlivňován. Na tomto principu založená intervencionistická politika cestovního ruchu je charakteristická výraznými zásahy do fungování cestovního ruchu. Příkladem uplatňování pragmatické politiky cestovního ruchu je přístup Švýcarska.

Z hlediska národního hospodářství je třeba politiku cestovního ruchu chápat ve dvou rovinách (Palatková a Zíchová, 2014): ve vazbě na hospodářskou politiku (širší hledisko) a ve vazbě na konkrétní koncept podpory rozvoje cestovního ruchu (užší hledisko).

Podle Tittelbachové (2011) lze v cestovním ruchu vysledovat tři až pět přístupů k politice tohoto sektoru dle míry zásahu státu. V německy psané odborné literatuře se podle této autorky objevují tři základní skupiny konceptů politiky cestovního ruchu, kdy v první skupině stát nezasahuje vůbec nebo jen omezeně, a to s cílem vytvářet jen zcela nezbytné regulativy k zabezpečení jiných státních cílů (ochrana životního prostředí, regulace trhu prostřednictvím udělování koncesí a kontroly, ochrana práv spotřebitele, sociální politika). Do této skupiny řadí koncepty pragmatické politiky, liberální a hospodářsko-regulační. Ve druhé skupině jsou koncepty, ve kterých stát přijímá opatření pro rozvoj cestovního ruchu a využívá je k řešení společensko-ekonomických problémů. Různé formy podpory ze strany státu jsou směřovány do oblastí, které jsou nezbytné pro rozvoj cestovního ruchu a vykazují dysfunkce bránící efektivnímu využívání potenciálu. Objevují se zde různé formy koncepční politiky, marketingové koncepty a politiky tvořící normativní část destinačních managementů. Ve třetí skupině pak figurují koncepty, kde stát oblast cestovního ruchu silně reguluje (univerzálně plánovací koncept) a působení trhu je značně omezeno či zcela vyloučeno.

Implementaci politiky cestovního ruchu ovlivňují především čtyři faktory a v podstatě čtyři zájmové skupiny (Wang a Ap, 2013): hospodářské a sociální makroprostředí; institucionální uspořádání; interorganizační vztahy; interorganizační koordinační struktury.

Cestovní ruch patří mezi sektory evropské ekonomiky s nejlepšími vyhlídkami. Prognózy předpovídají rychlý růst cestovního ruchu v Evropě, silnější než průměrný hospodářský růst (Tittelbachová, 2011).

Podle odhadů Světové organizace cestovního ruchu (World Tourism Organization, UNWTO) bude tvořit meziroční přírůstek cestovního ruchu ve světovém měřítku 2,5 až 2,8 %.

Obecné principy a koncepce cestovního ruchu

Koncepce státní politiky cestovního ruchu v ČR na období 2007-2013 navázala na koncepci z období roku 2002-2007 (Wokoun a Vystoupil, 2006). V podobném duchu pokračuje i koncepce 2013 až 2020. K této aktualizaci vedl Ministerstvo pro místní rozvoj fakt, že se ČR stala dne 1. 5. 2004 členem Evropské unie a bylo nutné reagovat na nově vzniklou situaci. Východiska koncepce jsou kulturní cestovní ruch, dovolená v přírodě, sportovní a aktivní dovolená, lázeňský cestovní ruch, kongresový a incentivní cestovní ruch.

Wokoun a Vystoupil zdůrazňují velký význam cestovního ruchu pro národní ekonomiku. Cestovní ruch je průřezovým odvětvím, které zahrnuje nejrůznější služby a profese a je napojeno na mnoho dalších hospodářských činností. Hlavní odvětví, na které má dopad, jsou doprava, stavebnictví a kulturní maloobchod.

Velký význam v politice cestovního ruchu má regionální politika. Regionální a strukturální politika Evropské unie má za cíl podpořit regiony, které jsou nejméně rozvinuté, aby se alespoň částečně přiblížily úrovni vyspělejších regionů. Rozdíly mezi jednotlivými regiony v rámci EU jsou velké a dochází k jejich prohlubování s postupným posouváním hranic EU, a to zejména na východ. S východními oblastmi jsou spojeny některé specifické problémy, např. náboženské, politické i ekonomické.

Regionální politika má dlouhou historii, v jejímž průběhu dochází k neustálému zdokonalování a nalézání nových nástrojů k její realizaci. Základy této politiky jsou podloženy již ve smlouvě o Evropském hospodářském společenství, kde je jasná definice cíle týkajícího se zabezpečení trvalého a vyrovnaného rozvoje.

Cílem regionální politiky je setření rozdílů mezi regiony, které přinášejí možnost konkurenceschopnosti a jsou tedy vítány. Na růst daného regionu má vliv ekonomická pomoc, která vede i k následnému sblížení jednotlivých regionů a souvisí s dalšími formami podpory, jako jsou např. vzdělávací programy či pomoc v oblasti zemědělství. Spolupráce mezi regiony je mezivládní, což je založeno na výměně zkušeností mezi dotčenými regiony.

Regionální politika představuje konkrétní projev úsilí společnosti o snížení velikosti regionálních rozdílů. Rozdíly v socioekonomické vyspělosti regionů však nejsou jediným důvodem pro existenci regionální politiky.

Regionální politiku je spíše nutno chápat jako součást souboru ekonomických a sociálních politik, „pomocí nichž se státy snaží dosáhnout národních cílů, jako jsou ekonomický růst, udržitelný rozvoj, kvalitní životní prostředí, sociální a politická stabilita, rovnost šancí obyvatel i rozdělování příjmů způsobem, který většina obyvatel považuje za spravedlivý a který je současně ekonomicky stimulující.“ (Wokoun, 2008)

Nástroje a nositelé politiky cestovního ruchu

Palatková a Zichová (2014) pracují se dvěma skupinami nástrojů politiky cestovního ruchu, a to s nástroji na podporu poptávky a s nástroji na podporu nabídky.

Nositeli politiky cestovního ruchu mohou být jednak veřejnoprávní instituce (stát, regiony, obce, úřady), které mají kompetence v oblasti cestovního ruchu, dále pak soukromoprávní instituce a v neposlední řadě dobrovolné zájmové skupiny a akční sdružení. Podle míry participace na rozhodování lze rozlišovat mezi nositeli rozhodování (decizní sféra) a nositeli vlivu na rozhodování (vlivová sféra) bez rozhodovací a výkonné pravomoci. V evropských podmínkách dále přichází do úvahy další nositel politiky, a to Evropská unie.

Nástroje, které působí na cestovní ruch, mohou být dvojího typu. Zaprvé jde o nástroje, které přímo a účelně ovlivňují turistické veličiny, za druhé nástroje, které na tyto nástroje působí zprostředkovaně. Přes význam malých a středních podniků v tomto sektoru existuje zde vzrůstající trend směrem ke koncentraci, posílení vertikální integrace služeb v oblasti cestovního ruchu.

Tittelbachová (2011) rozvádí nositele politiky cestovního ruchu - smíšené formy. Tyto formy představují platformu pro partnerství veřejného, podnikatelského a neziskového sektoru. V prosazování záměru je forma nejvíce efektivní, pokud si získá patřičný kredit a podporu hlavních hráčů ze všech sektorů. V České republice jde spíše o výjimečné případy spolupráce v oblasti turismu.

Důležitou úlohu v rozvoji cestovního ruchu mají regiony. Mezi základní principy regionální politiky řadíme princip solidarity, který se vyznačuje zvyšováním soudržnosti celého území státu. Se soudržností je spojen rozvoj dopravní, technické, sociální, vzdělávací, informační a dalších infrastruktur v jednotlivých regionech. Zásadním předpokladem úspěšné regionální politiky je dynamický a environmentálně udržitelný hospodářský růst a růst kvality života obyvatel České republiky.

Značné diference v socioekonomické úrovni jednotlivých regionů mohou tedy významně ovlivňovat i celkový hospodářský rozvoj státu, včetně vyvolání sociálních nepokojů až politických konfliktů. Proto se v řadě zemí začala uplatňovat regionální politika, jejímž hlavním cílem bylo vytvořit předpoklady pro zmírnění či až odstranění neúměrných diferencí v rozvoji jednotlivých regionů v rámci státu a souběžně přispět ke zvýšení konkurenceschopnosti jak regionů, tak zejména celé národní ekonomiky (Wokoun, 2008).

Hlavním cílem regionální politiky je posilování konkurenceschopnosti jednotlivých regionů a oblastí.

Nástroje regionální politiky dělíme na finanční a nefinanční, přičemž finanční nástroje se zabývají jak oblastí ekonomiky a zaměstnaností, tak i oblastí veřejné správy. Přímé a nepřímé peněžní pobídky řadíme rovněž do těchto finančních nástrojů. Mezi přímé finanční pobídky zařazujeme různé dotace, bezúročné nebo nízkouročné půjčky, dotace úroků z úvěru a granty. Mezi nepřímé finanční pobídky můžeme zařadit daňové prázdny pro investory, dále pak různá daňová zvýhodnění a investiční podpory v podobě příznivých režimů daňového odepisování.

Safiullin, Ravzieva (2016) uvádí, že zvláštní význam pro strategický rozvoj regionu má zlepšení konkurenčních výhod specializovaných a potenciálně atraktivních sektorů, které jsou základem produktivních sil regionu.

6.1 Vymezení pojmu zdravotně orientovaného cestovního ruchu

Vymezení pojmu zdravotně orientovaného cestovního ruchu je podstatné z důvodu analýz, které jsou uvedeny v praktické části disertační práce a které se týkají podniků, jejichž nabízené služby jsou poskytovány právě účastníkům zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Jedna z definic je uvedena v publikaci od Benešové a Kruisové (2015) a je následující:

„Zdravotně orientovaný cestovní ruch je pojem pro druh cestovního ruchu s motivem zaměřeným na vlastní zdraví.“

Carrera, Bridges (2006) definovali zdravotně orientovaný cestovní ruch jako "organizované cestování mimo své místní prostředí pro udržení, zlepšení nebo obnovu blaha jednotlivce v mysli a těle". Podskupinou je zdravotní turistika, která je "organizovanou cestou mimo přírodní zdravotní příslušnost pro zlepšení nebo obnovu zdraví jednotlivce prostřednictvím lékařského zásahu".

Wirawan (2018) se rovněž zabýval definováním zdravotně orientovaného cestovního ruchu a dalšími aspekty s tím souvisejícími.

V následující tabulce jsou uvedeny kategorie cestovního ruchu, na které lze zdravotně orientovaný cestovní ruch dále rozčlenit.

Tabulka 1 Kategorie (typy) zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

Kategorie zdravotně orientovaného cestovního ruchu	
Lázeňský léčebný cestovní ruch	Spa Tourism - pobyty spojené s podstupováním léčebných kúr, procedur a terapií, rekonvalescenční pobyty, doléčování po operačních zákrocích
Wellnes cestovní ruch	Wellness Tourism - pobyty zaměřené na regeneraci, relaxaci, preventivní působení na zdraví, jsou spojené s životním stylem
Rekreační cestovní ruch	Leisure Recreation - pobyty uskutečňované v lázeňských místech, zprostředkováno často cestovními kancelářemi
Cestovní ruch za zdravotními výkony	Medical Travel neboli Medical Tourism - pobyty spojené s medicínským výkonem, např. operace, zákroky estetické medicíny, screening

Zdroj: vlastní podle Kotíková (2013)

V tabulce č. 1 jsou uvedeny kategorie zdravotně orientovaného cestovního ruchu tříděného v souvislosti s motivem účasti na cestovním ruchu, kterým je zdraví. Výše uvedené typy zdravotního cestovního ruchu podniky mohou poskytovat společně nebo i jednotlivě.

Podle Tiren-Verbeet et al. (2018) uvádí, že zdravotně orientovaný cestovní ruch vznikl, když lidé byli konfrontováni s vysokými náklady a pomalým servisem v lékařské péči. V důsledku toho lidé začali hledat lékařské ošetření v jiných zemích. Globalizace urychlila růst zdravotní turistiky.

Mezi první účastníky patřili pacienti z málo rozvinutých zemí, kteří přijížděli na vyšetření a podstupovali kvalitní léčbu v USA a v západní Evropě. Aktuálně je hlavní motivací cestovně relaxační hledisko.

Mnoho odborníků a vědců se zabývalo a zabývá otázkou zdravotně orientovaného cestovního ruchu, tedy cestování, jehož hlavním cílem a účelem je získat zdravotnickou péči v zahraničí.

Podle Connella (2013) je zdravotní cestovní ruch fenoménem posledních dvou desetiletí 20. století, avšak opravdový boom cestování za zdravotní péčí nastal teprve nedávno. Tento fenomén pronikl i do České republiky (Kotíková, 2013). Lázeňský cestovní ruch má v České republice dlouhou tradici díky velkému rozsahu přírodních léčivých zdrojů a široká nabídka produktů lázeňství vyplývá mimo jiné i díky dlouholetému zařazení lázeňské péče do oblasti hrazené zdravotní péče. Další formy se v České republice postupně prosazují.

Z celosvětového hlediska se v rámci zdravotního cestovního ruchu uskutečňuje léčba zejména v těchto oblastech (Kotíková 2013): kosmetická a plastická chirurgie; léčba neplodnosti; stomatologie; kardiochirurgie; ortopedická chirurgie; oční chirurgie; diagnostika, vyšetření.

Na základě výsledků výzkumu Szymańské (2017) lze formulovat několik důležitých úvah a pokynů pro další výzkum týkající se inovativních systémů ve zdravotním cestovním ruchu. Je třeba zdůraznit, že poptávka po inovacích v oblasti zdravotně orientovaného cestovního ruchu bude i nadále růst. Je to důsledek skutečnosti, že lidé žijí déle a mají přirozenou potřebu zachovat si co nejdéle dobré zdraví, krásu a dobrou formu. Praktický aspekt výzkumu také vyžaduje identifikaci ukazatelů hodnocení inovačních aktivit v tomto odvětví.

Frakt (2018) se zabývá vztahy mezi ekonomikou, zdravím a blahobytem široké veřejnosti a rovněž zdůrazňuje některé důsledky hospodářského růstu na veřejné zdraví.

Zpráva Global Wellness Institute uvedla, že ekonomika wellness služeb poroste a je předpoklad, že bude odolná ekonomickým výkyvům a geopolitickým událostem. Wellness služby se ve skutečnosti rozrostly a ovlivnily všechny aspekty cestování. Více turistů nyní požaduje, aby na svých cestách a dovolených byl začleněn prvek wellness služeb. Cestovní společnosti se nyní specializují na rezervování zdravotních a wellness procedur pro klienty. Zpráva GWI také uvedla, že nejvíce z výnosů v oblasti wellness výletů a výdajů na wellness v oblasti cestovního ruchu dosahuje Asie. Indonésie je jednou z těchto asijských zemí, která zaznamenala průměrnou roční míru růstu od roku 2013 do roku 2015 o 18,7%.

Podle Benešové a Kruisové (2015) *„Emocionalita a její zvládnání je podstatnou součástí wellness životního stylu. Pozitivní a negativní reakce prožitých zkušeností formují spotřební chování každého jedince.*

Oblast zdravotně orientovaného cestovního ruchu není výjimkou. Je tedy na místě, aby se management konkrétního lázeňského nebo wellness zařízení orientoval v nejnovějších trendech a transparentně je převáděl do praxe, silněji tak stabilizoval svou pozici na trhu a oslovil nové klienty.“

Zdravotně orientovaný cestovní ruch jakožto odvětví cestovního ruchu

Podle Georgiev et al. (2009) zdravotně orientovaný cestovní ruch je v posledních dekádách považován za segment s rostoucím významem v rámci globálního odvětví cestovního ruchu. Rychle se rozvíjející procesy segmentace a fragmentace vedly k vytvoření samostatných kategorií a podkategorií zdravotní turistiky, jako je SPA, Wellness a Balneo - orientovaný cestovní ruch. Jejich široká popularizace po celém světě a spokojenost zákazníků je předpokladem pro jejich odlišení od nezávislých průmyslových odvětví, která překračují rámec cestovního ruchu. Logicky zde přichází nejdůležitější otázky - co je klíčovým pojmem pro každý z těchto tří odvětví? Jak se léčí v různých zemích regionech světa? Proč neexistuje společná koncepce a definice SPA a wellness turistiky po celém světě? Jaký je důvod pro hojnost interpretací, popis jejich rozsahu, použitých prostředků a konečných produktů? Gregoriev et al. analyzují nejdůležitější problémy související s definicemi průmyslových odvětví zaměřených na SPA, Wellness a Balneo a jejich specifické rysy v cestovním ruchu.

Inspirující pohled na strategii podniku působícího v oblasti infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu poskytuje Majeed (2018). Uvádí, že zdravotní a zdravotnický cestovní ruch je považován za jeden z nejrychleji se rozvíjejících segmentů turistického průmyslu. V poslední době získává pozornost akademický výzkum zdravotnických středisek ve spojení s pozitivním přínosem pro cestovní ruch. Cílem citované studie je lépe konceptualizovat chování zájmů turistů zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Tato studie vysvětluje pravděpodobné vnímání potenciálních turistů o atrakcích lázní. Snaží se přezkoumat odpovědi 359 mezinárodních turistů zdravotně orientovaného cestovního ruchu thajské, indické a čínské národnosti. Obecně se studie zaměřuje na rozvoj hlubší a širší asociace mezi zainteresovanými podniky v oblasti zdravotnictví, lékařství, wellness a udržitelného cestovního ruchu, které se spojují v lázních s cílem poskytnout spokojenost se zdravotní péčí a pochopení jedinečné kulturní normy mezinárodních turistů (pacientů), aby mohli očekávat vysoké zisky za své služby.

Kordič et al. (2017) uvádí, že zdravotní turismus byl nedávno označen jako typ rostoucí poptávky po turistice. Rozvoj nabídky cestovního ruchu ve zdravotnictví zvyšuje přitažlivost cestovního ruchu a tedy příjezdů turistů do destinace.

Árpási (2018) se zabýval klíčovými motivy rozhodování účastníků zdravotně orientovaného cestovního ruchu při výběru destinace.

Zdravotně orientovaný cestovní ruch jakožto specifický druh cestovního ruchu různým způsobem řeší téměř každý stát na úrovni státních, komunálních a soukromých podniků.

Autorka Urh (2015) uvádí, že zdravý životní styl je trend založený na měnících se hodnotách a životní úrovni, která se odráží i ve formě dovolených a cestovním ruchu. Rozšiřuje se povědomí o lázních, fitness centrech, posilovnách, masérských centrech. Jedná se o odvětví "New Age of Tourism" - "wellness tourism" a tyto nové formy nebo témata cestovního ruchu mají velký vliv na další rozvoj tohoto odvětví.

Od osmdesátých let byla západní společnost svědkem výrazného trendu mezi jednotlivými vrstvami populace směrem k aktivnějším a zážitkově orientovanějším venkovním volnočasovým aktivitám v reakci na stále častější sedavé zaměstnání, které lze považovat za reakci na problémy urbanismu a současného životního stylu. Všechno výše uvedené naznačuje, že zdravotně orientovaný cestovní ruch bude v budoucnu ještě důležitější. Stárnoucí populace znamená rostoucí poptávku po zboží a službách, které se starají o starší lidi, kteří se snaží zůstat fit a aktivní. Poptávka se zvýšila po zdravějších potravinách a pro lepší přístup k nejrůznějším fyzickým aktivitám jako způsobu boje proti rostoucím problémům s úzkostnými poruchami a depresemi. Stále vzrůstá zájem o východní medicínu a činnosti související se zdravím, jako je jóga, meditace a bylinné prostředky. Růst v této oblasti může být nejvíce úzce spjat s bohatstvím, protože zůstane alternativou pevně podporované veřejné zdravotnické služby západních společností. V současné době ženy tvoří významnou většinu spotřebitelů v oblasti "zdraví", ale očekáváme stálý růst podílu mužů na trhu. Rozdíly mezi vlastním hlášením stavů a skutečným zacházením s podmínkami naznačují poptávku po nelékových lécích nebo léčbě, zejména v oblastech s největšími nesrovnalostmi mezi stavem a léčbou, např. problémy se srdcem a oběhem, stejně jako alkohol a drogové problémy. Zvyšující se užívání pomůcek pro krásu v kombinaci s pokračujícím růstem disponibilního důchodu svědčí o jasné budoucnosti pro kosmetické ošetření a pro ty, kteří hledají pramen mládí.

Blank et al. (2018) rozebíral vliv stresu na péči jako takovou. Stres a s tím spojený zdravotně orientovaný cestovní ruch lze využít u nastavení strategií v podniku, a to bez ohledu na vlastnictví podniku. Každá doba přináší jiné radosti, starosti i problémy.

Blank et al. to vnímají následovně: Stres na pracovišti má nepříznivý vliv na zdraví lidí. Dostatečná regenerace je nezbytná k potlačení závažných chronických negativních zátěží. Výzkum ukázal, že dovolenou po dobu nejméně sedmi po sobě jdoucích dnů poskytuje účinnou strategii obnovy. Doposud však byly jen krátkou dobu studovány účinky krátkých prázdnin a způsobu dovolené. Autoři zkoumali okamžité a dlouhodobé účinky krátké dovolené (čtyři noci) na pocit pohody a vnímání stresu. Údaje byly získány od 40 středních manažerů (67,5 % mužů a 32,5 % žen). Intervenční skupina ($n = 20$) strávila krátkou dovolenou v hotelu mimo své obvyklé prostředí. Kontrolní skupina ($n = 20$) strávila dovolenou doma. Výsledky ukázaly, že jedna krátkodobá dovolená, nezávislá na režimu, má velké pozitivní a okamžité účinky na vnímaný stres, zotavení, napětí a pohodu. V intervenční skupině se ve srovnání s kontrolní skupinou snížila hladina stresu ve větší míře. Účinky mohou být stále pozorovány i po 30 a 45 dnech po skončení dovolené. Povzbuzování zaměstnanců středního managementu ke krátkodobým prázdninám se zdá být účinnou strategií podpory zdraví; zdá se, že vliv na životní prostředí hraje jen malou roli.

Stefako et al. (2018) uvádí, že elektronické podnikání podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu je specifickou technologickou inovací v poskytování adekvátních služeb zdravotní péče. Proces poskytování zdravotnických služeb je v tomto případě podporován elektronickým zdravotním záznamem, který je nedílnou součástí zdravotnických informačních systémů. Byla provedena analýza zdravotního informačního systému Heliant Health, který je využíván ve většině veřejných zdravotnických institucí Republiky Srbsko.

Velký význam má poskytování akutní zdravotní péče občanů ČR v zahraničí. V některých zemích je občanům České republiky poskytována „bezplatná“ akutní zdravotní péče v nezbytně nutném rozsahu na základě dvoustranných smluv.

Z pohledu volby strategického myšlení je třeba brát v potaz základní funkci podniku jako takového, a to znamená poskytování urgentní a plánované zdravotní péče. Jako sekundární hledisko je možné se soustředit na zdravotní a wellness turistiku za účelem rozvoje podniku a regionu, získání dodatečných zdrojů financování a také zlepšení pohledů na značku podniku.

Witczak (2016) se zabýval vlivem daňových zákonů na výpočet nákladů na zdravotní péči pro malé podniky působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu v Polsku.

6.1.1 **Infrastruktura zdravotně orientovaného cestovního ruchu**

Významnými složkami infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu jsou ubytovací a stravovací služby, sem patří hotely, pensiony, restaurace, jídelny, občerstvení. Dalším významným komponentem infrastruktury je dopravní základna, sem patří např. parkoviště a odpočinkové zóny. Mimořádně důležitá je informační úroveň destinace a vybavení infocenter. Rovněž velmi významný podíl na infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu mají obchodní, finanční a komunikační služby, mezi něž patří provozování obchodů, bank či pojišťoven a poštovní služby. Vzhledem k současnému trendu požadujícímu maximální bezpečnost vybrané destinace je nutné, aby v infrastruktuře destinace perfektním způsobem fungovala činnost veřejné správy včetně bezpečnosti, tedy policie, zdravotnické služby a městské úřady. Významné místo také zaujímají kulturní a sportovní služby v destinaci, vybavenost kin, divadel, pořádání koncertů a kvalita sportovišť. Velmi podstatné jsou také samotné služby poskytované podnikem působícím v oblasti zdravotně orientovaného cestovního ruchu, ať již to jsou lázně, nemocnice nebo léčebna.

Dle Šatery (2010, str. 11) „se jedná z pohledu teorie o velmi úzký pojem. Zdravotní služby mají charakter nemateriálních činností vykonávaných výhradně zdravotnickými pracovníky převážně ve zdravotnických zařízeních.“

Pro zdravotní služby jsou typické tyto rysy:

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

Infrastrukturu místa (destinace) s výskytem podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu lze uchopit jako podmínky tvořící platformu fungování ekonomických podniků v určité oblasti. Obecně lze též charakterizovat infrastrukturu zdravotně orientovaného cestovního ruchu jako ekonomickou charakteristiku životní úrovně.

Infrastruktura zdravotně orientovaného cestovního ruchu se vyznačuje mimo jiné i sociálním aspektem. Obyvatelé, kteří žijí v místě, kde se nacházejí podniky působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu, jsou v denní interakci s klienty přijíždějícími za čerpáním zdravotní péče. S tím související nárůst rezidentů v sezóně vyžaduje, aby nedošlo

k přetížení infrastruktury. Pokud by k výše uvedenému přetížení docházelo, mohlo by to vést k negativnímu vlivu na poskytovanou zdravotní péči, za kterou pacienti/klienti přicestovali, a v souvislosti s tím i na samotnou životní úroveň místních obyvatel.

Přetížení místa či města, kde podnik působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu má sídlo, se může lišit v závislosti na velikosti města či geografického místa a také počtu lidí, kteří se na daném místě nacházejí. Toto přetížení ovlivňuje destinaci z krátkodobého i dlouhodobého hlediska. Rovněž mění image destinace, působí na mentalitu rezidentů a návštěvníků a významným způsobem ovlivňuje jejich vzájemné vztahy.

V souvislosti s definováním zdravotně orientovaného cestovního ruchu Domanský (2008) charakterizoval ukazatele zdravotnického systému pro mezinárodní srovnávání následovně: dostupnost péče; kvalita péče; ekonomická nákladnost; výkonnost zdravotnického systému; rovnost (ekvita); sociální akceptabilita.

Popis infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu lze uchopit ze dvou hledisek, a to jednak z pohledu infrastruktury služeb, jednak z hlediska materiálně technických prvků infrastruktury.

Dle Benešové, Kruisové (2015) „*na infrastrukturu lze nahlížet: z pozice klienta a z pozice rezidenta. Zájmy obou zainteresovaných jsou jak v souladu, tak v rozporu. Co jedné straně trhu přináší užitek, pro druhou to může znamenat zvýšené náklady, znečištění životního prostředí, či ztrátu identity místa, což lze považovat za negativní důsledky.*“

Poskytováním služeb v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu se zabýval Ren et al (2017) a uvádí, že manažer podniku poskytujícího zdravotní služby musí rozvíjet tyto služby tak, aby stimulovaly hodnoty zdraví spotřebitelů.

Infrastruktura zdravotně orientovaného cestovního ruchu je rovněž řešena v Koncepci státní politiky cestovního ruchu. Podniky působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu mohly čerpat finanční prostředky z několika programů financovaných ze státního rozpočtu. V těchto programech je kladen důraz na zkvalitnění nabídky cestovního ruchu, management cestovního ruchu a rovněž také na ekonomický rozvoj podniků působících v této oblasti. Tyto programy se převážně týkají podniků provozujících lázeňskou činnost. Podniky nabízející zdravotní péči, více specializované na zdravotní úkony, mohou čerpat finanční prostředky z evropských fondů pro regionální rozvoj nebo z evropského sociálního fondu.

6.1.2 Zdravotně orientovaný cestovní ruch ve vybraných zemích

Zdravotně orientovaným cestovním ruchem v Chorvatsku se zabýval Hunjet (2018). Cílem jeho výzkumu bylo určit úroveň vývoje dentální turistiky a využití služeb zubní turistiky v Chorvatsku. Byl proveden průzkum pro zjištění povědomí respondentů o službě, o jejich názoru na službu, o motivaci. Na základě výsledků analýz lze konstatovat, že většina respondentů (až 87,50 %) nepoužila v Chorvatsku služeb zubní turistiky. Většina respondentů v této skupině má bydliště v Chorvatsku (hlavně v kraji Varaždin). Zbytek pochází ze Slovinska a Německa. Většina respondentů je obeznámená s konceptem dentální turistiky, což je pozitivní pro rozvoj tohoto odvětví. Nedostatek služeb byl zaznamenán jako hlavní důvod, proč nebyly tyto služby využívány. Zajímavé je, že většina respondentů se těší cestování, což je další pozitivní faktor ve vývoji dentální turistiky. Všichni respondenti (100 %) se domnívají, že Chorvatsko je atraktivní cestovní destinací, což zvyšuje potenciál pro lepší růst dentální turistiky. Pokud budou využívat služby zubního turismu, většina respondentů by se raději ubytovala v hotelu, a proto integrace hotelových ubytovacích služeb do dentální turistiky má pro její rozvoj velký význam. Pokud jde o služby stomatologického cestovního ruchu, respondenti si vybrali Záhřeb jako svůj oblíbený cíl. Výsledky ukazují, že většina respondentů je spokojena se zubní péčí poskytovanou svým zubním lékařem a je to pravděpodobně jeden z důvodů, proč se nepoužívá služeb zubní turistiky. Většina respondentů se domnívá, že přitahuje myšlenka na získání zubní péče při dovolené na atraktivním turistickém místě. Na otázku, zda mají v budoucnu v úmyslu využívat služeb zubního cestovního ruchu, většina respondentů odpověděla, že to bude záviset na potřebě. Většina respondentů se domnívá, že v Chorvatsku vzrůstá stomatologická turistika, což je pro její další rozvoj velmi důležité.

Výsledky průzkumu ukazují, že mezi těmi, kteří v Chorvatsku využili služby zubního turismu dříve, je téměř stejné procento respondentů z řad rezidentů a nerezidentů. Většina nerezidentních respondentů pocházejících z této skupiny pochází z Rakouska a Slovinska.

Většina respondentů, kteří využili služeb zubní turistiky a mají bydliště v Chorvatsku, pocházejí z Varaždinského kraje. Většina respondentů tuto službu použila pouze jednou. Primární motivací pro využívání služeb zubní turistiky jsou otázky zubního zdraví, což potvrzují všichni respondenti. Obecně platí, že respondenti jsou spokojeni se zubními službami, turistickými zajímavostmi a nabídnutými aktivitami, stejně jako s ubytováním. Většina respondentů, kteří dříve používali služby zubní turistiky, se o nich dozvěděli ústně,

což je třeba vzít v úvahu při navrhování reklamní strategie. Výsledky také ukazují, že většina respondentů využila služby zubního cestovního ruchu ve městě Záhřeb. Většinou respondenti jsou spokojeni se službou, kterou obdrželi; zamýšlejí zubní turismus v budoucnu využít a radili by jej svým přátelům a rodině. Celkově jsou respondenti spokojeni s profesionalitou a zdvořilostí zubního lékaře a dalších členů dentálního týmu, pohostinností personálu hotelu a turistických atrakcí. Považují náklady na péči o zuby za přijatelné, a to je hlavní důvod, proč si Chorvatsko vyberou jako cíl stomatologické turistiky.

Zdravotně orientovaný cestovní ruch v Chorvatsku popisuje též Kordič et al. (2017). Cílem jejich práce bylo odhadnout úroveň zdravotní péče v chorvatských podnicích v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu a zdůraznit možnosti zlepšení efektivity ve v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu v Chorvatsku. Autoři provedli analýzu výkonnosti speciálních nemocnic a přírodních lázní v Chorvatsku. K uspokojení homogenity vzorku je analýza prováděna na jedné specializované skupině ve zdravotnictví, tj. ve fyzikální medicíně a rehabilitaci. Byla hodnocena efektivita podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu orientovaná na zdravotně orientovaný cestovní ruch pomocí průřezových dat pro 13 nemocnic a přírodních lázní v roce 2015. Výsledky ukázaly, že jsou v průměru výše uvedené podniky neefektivní a musí zvýšit své výstupy o 41 procent a udržet stejnou úroveň vstupů, aby byly efektivní.

Sekercan et al. (2018) se zabývali zdravotní péčí o pacienty z Holandska tureckého původu. Holanďtí obyvatelé tureckého původu často využívají zdravotní péči v Turecku. Autoři provedli kvalitní studii mezi těmito uživateli zdravotní péče pomocí strukturovaných rozhovorů, doplněných neformálními rozhovory s tureckými poskytovateli zdravotní péče a pozorováním v registračních kancelářích a čekacích místnostech ambulantních klinik v několika tureckých nemocnicích. Respondenti se domnívali, že v Nizozemsku se jim nedostávalo preventivní prohlídky, diagnóz a obecně péče o jejich zdraví. Tyto neshody v očekávání toho, co představuje "dobrou péči", vedly k nespokojenosti s holandskou primární péčí. V důsledku toho respondenti využili zdravotní péči v Turecku.

Tiren-Verbeet et al. (2018) popisují vývoj zdravotně orientovaného cestovního ruchu v Turecku a zkušenosti s lékařskou turistikou v centru pro transplantaci kostní dřeně (BMTC) na Erciyes University v Kayseri v Turecku. Od ledna 2016 existuje mezinárodní spolupráce mezi BMTC a King Hamad University Hospital v Bahrajnu. Bylo provedeno 10 transplantací alogenních kmenových buněk (SCT) u pacientů z Bahrajnu s akutní lymfoblastickou leukémií (ALL), akutní myeloidní leukémií (AML), Hodgkinovým lymfomem a myelofibrosou. Navíc

bylo provedeno deset autologních SCT u pacientů z Bahrajnu s mnohočetným myelomem (MM), Hodgkinovým lymfomem (HL) a nehodgkinským lymfomem (NHL).“

Piri et al. (2017) v odborné studii uvádějí, že vzhledem k rostoucímu trendu zdravotně orientovaného cestovního ruchu jako součásti zdravotnické služby v zemi je nezbytnost existence informačního systému. Cílem této studie bylo prozkoumat stav systému řízení informací o zdravotním cestovním ruchu založeném na souvisejících faktorech v severozápadních iránských provinciích. Tato deskriptivní průřezová studie byla provedena v roce 2016 pomocí webových stránek Science Direct, PubMed, Magiran, IRANDOC, IranMedex, SID, Google Scholar a internetových stránek pro zdravotní turistiku. Postavení managementu informací o zdravotně orientovaném cestovním ruchu bylo posouzeno pomocí kontrolního seznamu vytvořeného výzkumnými pracovníky. Pro potvrzení platnosti a spolehlivosti kontrolního seznamu byly údaje shromážděny osobně a v rozhovoru se šesti úředníky, kteří mají na starost zdravotní turistiku na útvarech léčby a zdraví provincií Východního Azarbaijanu, provincie West Azarbaijan a Ardebil. Společnými složkami systému pro správu informací o zdravotním cestovním ruchu jsou zdravotní turisti, služby zdravotního cestovního ruchu, poskytovatelé služeb, umístění služeb, vládní požadavky a zákony, které byly prezentovány jako informační grafický model. Registrace a ukládání informací všech pacientů přijatých do nemocnice, zřízení mezinárodního oddělení pacientů, založení zdravotní vesnice a uzavírání smluv se soukromými společnostmi je jednou z nejdůležitějších akcí univerzit. Z hlediska informačních systémů a zdrojů existují nedostatky ve všech třech provinciích. Vzhledem k určitým nedostatkům v systému správy informací o zdravotním cestovním ruchu je třeba, aby věnovaly pozornost a úsilí orgány zdravotní turistiky a tvůrci politiky v oblasti informačních zdrojů a jejich složek.

Gadzhiev et al. (2012) se zabývali charakteristikou dynamiky investic do fixních (stálých) aktiv v severních regionech Ruska.

Evans (2018) uvádí, že podle průzkumu Towers Watson z roku 2015, existuje více než dvě třetiny velkých podniků, které v současné době nabízejí plán zdravotní péče.

Studie z Americké obchodní komory uvedla, že dobře navržený zdravotní program může mít návratnost investic ve výši 2 až 3 USD za vynaložený dolar, a to v časovém rámci dva až devět let. Vzhledem k tomu, že kvalitní péče může zvýšit produktivitu zaměstnanců, tato návratnost investic může být velkým přínosem pro podnik.

Johansson et al. (2013) uvádí, že rozdíly ve využívání zdravotní péče napříč geografickými oblastmi jsou v několika zemích dobře zdokumentovány. Pokud nelze rozdíly mezi jednotlivými oblastmi vysvětlit rozdíly v lékařské potřebě, pak to může být známkou neefektivnosti nebo nesprávného přerozdělování veřejných zdrojů zdravotní péče. Ve Švédsku byl v průběhu 13 let zkoumán model náhodných efektů k posouzení toho, do jaké míry jsou regionální rozdíly v návštěvách ambulantních lékařů vysvětleny pozorovanými faktory poptávky, jako je zdraví, demografické a socioekonomické faktory.

6.1.3 Trh zdravotních služeb

Podle Šatery (2010, str. 84) „zdravotní péče je pacienty spotřebována ve zdravotnických zařízeních. Jsou tedy nedílnou součástí zdravotnického systému. V rámci České republiky došlo k výrazným změnám v síti zdravotnických zařízení v polovině 90. let minulého století. Vláda svým usnesením č. 137/1993 Sb. přijala opatření k privatizaci zdravotnických zařízení.

Pro potřeby privatizace byla zdravotnická zařízení členěna na volně privatizovatelná, vázaně privatizovatelná a neprivatizovatelná nebo zatím neprivatizovaná.“

U volně privatizovatelných podniků poskytujících zdravotní péči se neregulovala struktura ani rozsah poskytované zdravotní péče, a protože se nejednalo o monopolní postavení v regionu, poskytovatel služeb byl smluvně vázán poskytovat v podniku zdravotní péči po dobu 10 let.

U vázaně privatizovatelných podniků byla situace jiná, neboť podniky měly v regionu monopolní postavení a podle Šatery (2010, str. 84) „byl smluvně upraven závazek poskytovat určitý minimální rozsah zdravotní péče v požadované struktuře. Nový nabyvatel mohl poskytovat samozřejmě vyšší rozsah zdravotní péče bez omezení a musel poskytovat zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění. Fond národního majetku měl určeno předkupní právo v případě prodeje tohoto zdravotnického zařízení.“

Poslední jmenovaná skupina podniků neprivatizovatelná nebo zatím neprivatizovaná jsou podniky, které poskytují vysoce specializované zdravotní péče, včetně vědecko - výzkumné činnosti. Patří sem fakultní nemocnice, Státní ústav pro kontrolu léčiv. Od 1. 1. 2003 bylo zřízeno 14 krajských hygienických stanic. Krajské hygienické stanice vykonávají státní dozor v oblasti hygieny a zdraví.

Trhem zdravotních služeb se zabývala Chernenko (2017) a navrhla statistické ukazatele včetně metod pro jejich výpočet vhodných pro analýzu trendů a zákonitostí při formování trhu laboratorních zdravotnických služeb na Ukrajině.

Zlámal, Bellová (2013, 31-33) uvádí, že „v podmínkách tržního hospodářství se výměna protihodnot uskutečňuje pomocí peněz. Peníze jsou ve stále se opakujících procesech koupě vyměňovány za potřebné zboží a služby. Tyto výměny protihodnot probíhají na všech druzích trhů na základě působení dvou protichůdných sil, nabídky a poptávky. Majitelé peněz na straně poptávky nakupují zboží a služby. Objem peněz, které mají k dispozici, určuje rozsah jejich poptávky. Tato poptávka po zboží a službách je tedy dána množstvím peněz, které má každý poptávající se k dispozici.“

Dle výše uvedeného však není možné takto přesně aplikovat do oblasti poskytování lékařských a dalších zdravotnických služeb. Společnost má i jiné hodnoty a priority než pouze ty, které plynou z funkce tržní ekonomiky. Vyspělé společnosti dbají na všestranný rozvoj svých jedinců, o zdraví současné i budoucí generace. Péče o zdraví musí být pojímána v širším kontextu než pouze z ekonomického pohledu a v závislosti na nabídce a poptávku trhu. Je třeba dbát na prevenci a předcházení nemocí v celé populaci.

Někteří ekonomové, zdravotníci a sociologové považují zdraví za veřejný statek. Je třeba brát v úvahu omezenost finančních zdrojů při požadavku poskytování nejlepší péče každému občanovi.

Důležité místo v systému péče o zdraví zaujímají faktory ovlivňující determinanty zdraví.

Podle Popeska (2014, str. 77) se „zdravotnická péče tradičně člení na ambulantní a lůžkovou péči. Aktivita v rámci ABC systému aplikovaného na oddělení zdravotnické organizace, které poskytuje oba typy péče, tak zahrnují jak aktivity ambulantní péče, tak aktivity lůžkové péče. Některé aktivity mohou být řazeny do obou kategorií lékařské péče. Jedná se např. o některá specializovaná vyšetření, která jsou poskytována jak pacientům v rámci ambulantní péče, tak hospitalizovaným pacientům.“

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

Dalším členěním zdravotní péče je: zdravotní péče standardní - jedná se o souhrn výkonů a služeb, které odpovídají indikaci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu, které musí odpovídat nárokům postupů lege artis a musí směřovat k návratu nebo uchování zdraví; zdravotní péče nadstandardní - jedná se o zdravotní péči, kdy jsou pacientovi na jeho přání poskytovány služby a výhody za úhradu.

Lázeňská péče v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu

V infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu má velký význam v péči o zdraví lázeňství, které rovněž ovlivňuje více oblastí. Svým celoročním působením podporuje zaměstnanost v daném regionu, má vliv na investiční výstavbu i na příjmy státu. Orientací na zahraniční klienty zajišťuje získávání devizových prostředků. Zlepšením zdravotního stavu či uzdravením domácích pacientů snižuje pracovní neschopnost, což má opět vliv na příjmy státu.

Benešová, Kruisová (2015) uvádí, že *„lázeňský i zdravotně orientovaný cestovní ruch se podílí v rámci aktivního cestovního ruchu do lázeňských míst na zlepšování platební bilance státu. Na ekonomický růst regionu působí multiplikační efekty lázeňství, které spočívají: ve vlastní tvorbě příslušného podílu na HDP a v podobě zajišťování financí v rámci platební bilance“*.

Důležitou součástí fungování lázeňské péče je dostatek kvalifikované pracovní síly. Pokud lidé odcházejí hledat pracovní příležitost z finančních důvodů nebo v důsledku nevyhovující bytové politiky, bezpečnosti, dopravy, či školství do jiných regionů, může se to výrazně podepsat na kvalitě poskytovaných služeb v oblasti lázeňství.

Lidský faktor vystupuje v lázeňství na straně nabídky jako pracovní síla a jako poskytovatel služeb a současně i jako jeho účastník na straně poptávky. Situace v lázeňství je proto úzce spjata s vývojem počtu a struktury obyvatelstva.

Lázeňství je odvětvím, které je značně závislé na osobních službách a na vztahu poskytovatel služby - zákazník. Významnou roli zde hraje právě lidský faktor. Klade proto značné požadavky na personální politiku lázeňských podniků - zaměstnávání kvalifikovaných zaměstnanců, zvyšování jejich kvalifikace prostřednictvím školení, důraz na jazykovou vybavenost, vedení personálu k profesionálnímu jednání vůči klientům zahrnující ochotu, vstřícnost.

Lázeňství je jedna z dominantních složek zdravotně orientovaného cestovního ruchu a v souvislosti s tím Benešová, Kruisová (2015) uvádí, že *„lázeňství má v sobě rysy přirozeného monopolu, jelikož je vázáno na existenci přírodního léčivého zdroje. Nese však v sobě i komparativní výhodu, neboť v rámci jeho realizace získávají jak producenti, tak spotřebitelé a v kontextu mezinárodní konkurence přináší lázně komparativní výhodu celé České republice. Díky prevenci a péči lidí o své zdraví má potenciál lázeňství rostoucí charakter.“*

Možnost lázeňské péče je vázána na přírodní léčivé zdroje a vhodné podmínky jejich využití, Je tedy důležité zdůraznit nutnost péče o udržitelnost přírodních zdrojů a o kvalitu životního prostředí daného regionu, které zvyšuje atraktivnost a tedy i konkurenceschopnost lázeňství pro podnikatelské a další subjekty a vytváří tím podmínky pro zlepšení celkové kvality života obyvatel v dané oblasti.

„Lázeňská péče v naší zemi kombinuje účinek přírodních léčivých zdrojů s preventivní a rehabilitační péčí a s léčbou některých chronických onemocnění. Lázeňskou péčí, včetně určení stupně naléhavosti poskytovanou jako nezbytnou součást léčebného procesu, doporučuje ošetřující lékař, potvrzuje revizní lékař a hradí příslušná zdravotní pojišťovna. Samoplátci domácí i cizinci nejsou přijímáni na základě primární indikace. Hosté si vybírají z léčebných balíčků, které obsahem odpovídají indikačnímu seznamu.“ (Lázeňská péče 2017)

Rozeznáváme tyto typy lázeňské péče: komplexní (vše hradí zdravotní pojišťovna); příspěvková (náklady na pobyt si platí účastník, léčbu hradí pojišťovna); samoplátci (vše hradí účastník); ambulantní (účastník bydlí v lázeňském místě, jenom čerpá procedury).

Lázeňství má v České republice dlouhou tradici a v porovnání s ostatními vyspělými zdravotními systémy se setkáváme s naprosto ojedinělým rozsahem lázeňské péče, zejména lázeňské péče hrazené zdravotními pojišťovnami. A to jak v počtu lázeňských míst, v nichž je péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tak i v rozsahu tohoto hrazení (i po schválení nového indikačního seznamu).

Lázeňská léčebně rehabilitační péče je brána jako nedílná součást zdravotní péče následné a jako taková je zakotvena v zákonu o zdravotních službách. Ve vývoji úhrad zdravotních pojišťoven do jednotlivých segmentů péče za poslední roky dochází k zjevnému přesunu financí od „pobytové“ lázeňské péče směrem k ambulantní rehabilitační péči. Tento trend je dán současným rozvojem medicíny.

V novém indikačním seznamu zůstávají hrazena všechna vážná onemocnění, pooperační stavy a chronická onemocnění, u kterých lázeňská léčba přispívá ke zlepšení zdravotního stavu. Lázeňská péče má být dostupná všem, kteří ji potřebují a lékaři nemají žádné limity na vypsání lázeňských návrhů.

Dohled nad tím, aby pacienti, kteří lázeňskou péčí potřebují, ji také dostali, je hlavní úlohou odborné veřejnosti, která spolupracovala na přípravě indikačního seznamu, a zejména úlohou Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Další problém může přinášet i skutečnost, že ošetřující lékaři předkládají méně návrhů na lázeňskou péči. To samo o sobě nemusí být špatně – je možné, že se lékaři ve zvýšené míře pro pacienty snaží najít vhodnější způsob léčby, než je lázeňská péče. Ministerstvo zdravotnictví i zdravotní pojišťovny tuto situaci monitorují a zároveň opakovaně vyzvaly lékaře, aby lázeňskou péči předepisovali všem pacientům, u nichž je péče účelná, vhodná a medicínsky přínosná. V těchto výzvách bude ministerstvo nadále pokračovat.

6.1.4 Právní formy vlastnictví podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu

Výzkum je zaměřen na efektivitu systému zdravotní péče. Jedním z cílů je porovnat efektivitu soukromých podniků se státními podniky a podniky zřízenými městem nebo obcí působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Pro hodnocení efektivit vybraných podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu bylo provedeno několik analýz.

Dostupná zdravotní péče je jednou z podmínek rozvoje cestovního ruchu a podniky poskytující zdravotní péči se sekundárně stávají součástí infrastruktury cestovního ruchu, resp. infrastruktury turistické destinace (Omerzel, 2006).

Zlámal, Bellová (2013 str. 48) uvádí, že *„nabídka zdravotnické péče je dána celkovým počtem zdravotnických zařízení v dané lokalitě, regionu, státu. Je dána konkrétní skladbou těchto zařízení v místě, počtem lékařů na počet obyvatelstva, možnostmi lékařské péče v závislosti na technice, možnostmi provádět určité lékařské zásahy; je dána i obecným přístupem státu, zdravotních pojišťoven i občanů ke zdravotnictví.*

Nabídka ve zdravotnictví má však kromě obecných ekonomických znaků, obecně typických pro veškeré služby, ještě několik zcela zvláštních rysů, které jsou dány skutečností, že lékařství je velmi specializovanou vědou a poptávající se nemá odborné znalosti o nutnosti těch či oněch výkonů, jejich přínosu pro jeho zdraví a nemůže tedy ani posuzovat nezbytná vyšetření či výkony, které jsou součástí rozhodování lékaře.“

Autorky Papadaki a Stanková (2016) uvádějí, že pomocí analýzy DEA realizovaly výzkum provedený na Fakultě managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně na základě vzorků z horizontálně integrovaných nemocnic ve vlastnictví kraje, města nebo obce a soukromých horizontálně integrovaných nemocnic.

Šatera (2010, str. 85) uvádí, že „*rozhodujícím faktorem na vlastnictví zdravotnických služeb má především názor na hodnotu zdraví, zda se jedná pouze o soukromý statek, nebo je zdraví veřejnou hodnotou a společnost má odpovědnost za zdraví jedinců. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění převládá názor, že zdraví je hodnotou veřejnou a společnost musí mít zájem na udržení či zlepšování zdravotního stavu populace. Tyto názory se poté odráží také v pohledu na zdravotnická zařízení, jejich uspořádání a formy jejich vlastnictví. V České republice můžeme rozlišit více forem vlastnictví zdravotnických zařízení (například státní fakultní nemocnice, zařízení ve vlastnictví kraje, nebo založené podle zákona o obchodních korporacích, případně živnostenského zákona). Zdravotnická zařízení mohou být rozdělena podle vlastníka například ve vlastnictví státu, měst, církve, kraje a jiných vlastníků.*“

Státní podniky

Státní podnik je možné všeobecně definovat jako organizaci podobnou společnosti založené na základě zákona o obchodních korporacích, případně živnostenského zákona za účelem jiným než je zisk, například zdravotnictví, obrana a podobně. Ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu jsou nejčastěji zastoupenou formou státní instituce nemocnice.

Podle Popeska (2014, str. 18) je „*nemocnice zpravidla definována jako lůžkové zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby.*“ Nemocnice poskytují léčebnou péči pacientům, kteří nemohou být léčeni ambulantně.

Státní podniky se realizují formou přerozdělování důchodů a bohatství mezi občany prostřednictvím zdravotních pojišťoven, čerpají dotace a uplatňují daňové úlevy.

Dong (2015) uvádí, že existuje statisticky významný vztah mezi finanční výkonností státní nemocnice a kvalitou péče. Profitabilita nemocnic, finanční páka, likvidita aktiv, provozní efektivita a náklady se zdají být důležitými faktory kvality zdravotní péče. Obecně platí, že státní nemocnice poskytují péči nižší kvality než jejich neziskoví partneři a městské nemocnice vykazují lepší skóre kvality než ty, které se nacházejí ve venkovských oblastech. Výsledky naznačují, že pokud by nemocnice dosáhla většího zisku, měla by schopnost financovat investice pomocí dluhu, platila by vyšší mzdu pravděpodobně za účelem získání kvalifikovanějších zdravotních sester, kvalita služeb by se obecně zlepšovala. Snaha o dosažení zisku přiměje nemocnice zvýšit množství a kvalitu služeb. Nedostatek finanční síly

může mít za následek nižší úroveň služeb zdravotní péče, proto je důležité sledovat kvalitu péče u nemocnic se špatným finančním zdravím.

Komunální podniky

Komunálními podniky rozumíme obchodní společnosti, jejichž zřizovatelem je státní správa či územní samospráva. Obec může pro plnění svých povinností v rámci své působnosti založit obchodní společnost.

Wöhe a Kislingerová (2007) uvádí, že „*Veřejné podniky - až na výjimky - neusilují o dosažení zisku. Patří mezi neziskové organizace a pracují na základě*

- *principu krytí nákladů (městské vodárny, městské mateřské školy),*
- *příspěvkového principu (např. muzea, divadla, sociální zařízení).“*

„Komunální podniky představují nástroj místních vládních institucí, jehož prostřednictvím jsou zajišťovány veřejné či smíšené statky a služby. Primárním cílem těchto podniků však není maximalizace zisku, což může mít za následek neefektivní využívání výše zmiňovaných veřejných peněžních prostředků“ (Petrách, Faltová Leitmanová, 2013).

Pro komunální podniky je charakteristické vlastnictví samosprávným celkem či obcí a hlavní rozhodovací kritérium, kterým je veřejný zájem (Ochrana, Pavel, Vítek, 2010). Veřejný zájem je charakteristický pro poskytování „veřejných služeb“, přestože jejich přesné vymezení je problematické (Ochrana, 2003). Rozumí se jimi zpravidla druh služeb, jejichž uživatelem (spotřebitelem) je veřejnost (občané) jako sociální subjekt.

Výkonností komunálních podniků a kvality jimi poskytovaných služeb se zabývali (Lacina, Matoušková, 2013).

Hesková et al. (2006) zařadili komunální služby mezi ostatní služby, konkrétně služby místní infrastruktury v cílovém místě, které však společně s ostatními službami poskytovanými na trhu vytvářejí komplexní službu pro účastníka cestovního ruchu. Jsou to samozřejmě služby, které jsou v dané oblasti poskytovány i místnímu obyvatelstvu. Jedná se tedy o služby, které Oriška (2010) zařazuje do tzv. doprovodné infrastruktury cestovního ruchu. Podniky poskytující tyto služby pak lze v souladu s Jakubíkovou (2012) označit za „ostatní podniky s vazbou na cestovní ruch.“

Příkladem komunálního podniku, jehož služby jsou v převažující míře určeny účastníkům cestovního ruchu, mohou být městské hotely či hotely s jinou formou veřejného vlastnictví (např. Ateljevic a Doorne, 2003; Rutherford a O'Fallon, 2007). V České republice se takové

hotelové kapacity příliš nevyskytují, naopak lze nalézt řadu lázeňských podniků s majetkovým podílem veřejného sektoru.

Komunální ubytovací podniky mohou hrát významnou roli v rozvoji cestovního ruchu ve venkovských oblastech (Funck a Cooper, 2013).

Potřeba a možnost poskytovat služby v cestovním ruchu bývá také považována za jeden z důvodů rostoucího počtu municipálních aktivit, a to ať už jsou s těmito službami spojeny přímo či nepřímo Lacina, Matoušková (2013). Tento proces můžeme pozorovat zejména na činnosti komunálních podniků a asociací municipalit v některých tradičních evropských turistických destinacích. „*Již v 70. a 80. letech zde byly zakládány regionální organizace cestovního ruchu, z nichž některé (vedle individuálních podnikatelů) mimo jiné budovaly nové ubytovací kapacity.*

Význam jejich aktivit ještě podstatněji vzrostl od přelomu 20. a 21. století charakterizovaného formováním a zkvalitňováním tzv. destinačního managementu založeného ve vyspělých destinacích na prohlubující se spolupráci soukromého a veřejného sektoru. V jeho rámci se jednotlivé podnikatelské subjekty, komunální podniky i neziskové organizace začaly seskupovat do strategicky řízených konkurenceschopných jednotek - tzv. destinačních společností. Jedná se o pojetí, které nevylučuje ani spolupráci takových firem, které vůči sobě mohou v rámci destinace stát i v konkurenčním postavení.“ Lacina, Matoušková (2013). Vedle pojmu destinační společnost se objevují ještě termíny „společná organizace turismu“ nebo „společnost destinačního managementu.“ (Fellegiová, 2009).

Takováto organizace destinačního managementu/marketingu pak může být základním řídicím prvkem destinace na úrovni lokální, regionální, národní, případně kontinentální. V České republice plní úlohu řízení destinace na národní úrovni do jisté míry agentura Czech Tourism, na regionální a místní úrovni pak působí různé organizace destinačního managementu, bohužel často s nevyjasněnými kompetencemi a vztahy (Palatková, Zichová, 2014).

Mezi poskytovatele služeb ze strany komunálních podniků jsou obecně řazeny organizace poskytující služby na území měst, krajů s primárním cílem pomoci obyvatelům, ne zisku.

Všechny uvedené služby využívají i účastníci cestovního ruchu. Jejich poskytovatelé jsou pak z pohledu trhu cestovního ruchu řazeny mezi ostatní podniky s vazbou na cestovní ruch (Jakubíková, 2012)

Služby pro účastníky cestovního ruchu mohou nabídnout i komunální poskytovatelé zdravotní péče.

V případech, kdy takové podniky jsou v komunálním vlastnictví, mohou mezi komunálními službami figurovat i služby vlastních podniků cestovního ruchu, jako například ubytování, stravování, průvodcovské služby apod.

7 Praktická část

V úvodu praktické části disertační práce jsou specifikovány výdaje na zdravotní péči v České republice a rovněž jsou zde popsány možnosti využití fondů Evropské unie ve zdravotnictví.

V souvislosti se stanovenými cíli a hypotézami disertační práce bude provedena v praktické části analýza jednotlivých položek majetkové struktury podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu a následně bude zkoumán poměr položek majetkové struktury u státních, komunálních a soukromých podniků v roce 2010, 2013 a 2017. Dalším významným zkoumáním, které je provedeno, je analýza vývoje výsledku hospodaření podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu. Ke zkoumání jsou využity výpočty, související s průměrnou roční změnou výsledku hospodaření podniků, následně jsou výsledky hospodaření porovnávány pomocí statistické metody ANOVA v uvedených letech. Dalším pozorováním je porovnávání výsledků hospodaření podniků v jednotlivých geografických oblastech, rovněž za použití statistické metody ANOVA. Rozbor a komparace nákladů a výnosů, která je uvedena v dalších kapitolách, rovněž přináší informace, které jsou zapracovány v závěru disertační práce. Dále je proveden test nezávislosti, a to pro porovnání tržeb podniků. Za účelem splnění cílů práce byl vypracován přehled a vývoj poskytnuté zdravotní péče cizincům v nemocnicích a následně byla identifikována lázeňská péče v infrastruktuře zdravotního cestovního ruchu. S využitím nejnovějších dat, která jsou k dispozici pro státní, soukromé a komunální podniky v analýze společnosti HealthCare Institute o.p.s. vytvořené NEXIA AP, a.s. Praha. (analýza je přiložená jako příloha č. 1). Dále byl navržen ideální model fungování podniku působícího v oblasti infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu, kde byly specifikovány postupy vedoucí k prosperitě podniku a zároveň ke zkvalitnění péče poskytnuté pro zákazníka. Následuje vyhodnocení hypotéz a závěr disertační práce.

Podle ČSÚ se poskytování zdravotní péče stává jedním z největších odvětví ekonomiky ve vyspělých zemích. Vyvstávají obavy týkající se dostupnosti zdrojů, výkonnosti a efektivnosti zdravotní péče a to v souvislosti se zvyšováním životní úrovně, kvality a s prodlužováním jeho délky života a s tzv. stárnutím populace. Výdaje na zdravotní péči rychle rostou, a proto je třeba zapojení nových zdrojů do financování zdravotnictví. Zvyšování výdajů je zapříčiněno rychlými technologickými změnami, vysokými náklady na inovativní léčebné technologie, a to v celosvětovém měřítku.

Na zdravotní péči bylo v roce 2016 ve Spojených státech vynaloženo 2,9 mld. EUR, což je téměř dvakrát tolik, než kolik byly výdaje na zdravotní péči za celou EU. Nejvyšší výdaje na zdravotní péči ze zemí EU má Německo a v absolutním vyjádření jeto 350 mld. EUR. Následuje Francie 257 mld. EUR, dále Velká Británie 234 mld. EUR, pak je Itálie s částkou 150 mld. EUR. V České republice je to 12,6 mld. EUR, což je 0,85 % a jedná se o 16 nejvyšší hodnotu v EU. Naopak nejnižší výdaje na zdravotní péči v EU má Malta, Kypr, Estonsko, Lotyšsko. Ve srovnání výdajů na zdravotní péči podle zdrojů je v EU jednoznačně největší podíl z veřejných zdrojů (povinného financování). Pouze Kypr tvoří výjimku, kde je jako u jediné země EU podíl financování z veřejných zdrojů nižší než 50 %. V Německu tvoří podíl veřejných zdrojů k celkovým výdajům na zdravotní péči 85 %. V Dánsku je tento podíl 84 %, ve Švédsku je to také 84%, ve Francii je to 83 % a v České republice je to 82 %, což je pátý nejvyšší podíl zdravotní péče financované z veřejných zdrojů.

Výdaje na zdravotní péči

V této subkapitole jsou čerpána data ze souhrnných výsledků zdravotnických účtů Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ).

V roce 2011 byl vydán mezinárodní manuál SHA 2011, jehož součástí je mezinárodní klasifikace financování zdravotní péče. („Mezinárodní klasifikace zdravotnických účtů (zdroj financování“)

Z nejnovějších dat, která jsou k dispozici ve zprávě Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010 -2016 (zpráva je přiložená jako příloha č. 2), je patrný jasný poměr zdrojů úhrad zdravotní péče v České republice.

Výše uvedená zpráva výsledků zdravotnických účtů vyhodnocuje informace vycházející ze zpracování zdravotnických účtů České republiky za roky 2010 až 2016 z pohledu jejich tří rozměrů, což jsou zdroje financování, druh zdravotní péče a typ jejího poskytovatele.

Vzhledem k návaznosti na jiné části disertační práce byla ze zprávy čerpána data týkající se hlavních zdrojů financování, ze kterých je patrné, že nejvyšších hodnot dosahují zdroje veřejné (viz grafy č. 1. a 2).

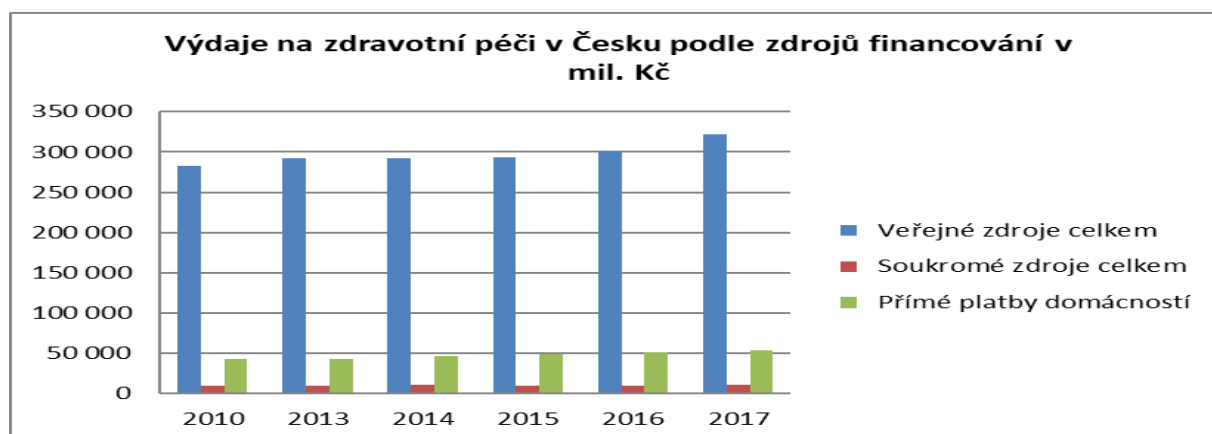
Podniky působící v infrastruktře zdravotně orientovaného cestovního ruchu, které jsou v disertační práci analyzovány patří do kategorie lůžkové péče. Výdaje na lůžkovou péči, od roku 2010 do roku 2016 vzrostly o téměř desetinu. Výdaje na lůžkovou péči byly v roce 2016 165 mld. Kč, v roce 2015 to bylo 161 mld. Kč, v roce 2014 to bylo 158 mld. Kč.

Výdaje na zdravotní péči lůžkových zařízení mají rostoucí trend. V roce 2014, 2015 a 2016 měly výdaje na zdravotní péči lůžkových zařízení 45% podíl k celkovým výdajům na zdravotní péči v ČR.

Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

V mezinárodním manuálu SHA 2011 k zdravotnickým účtům jsou definovány tři základní zdroje financování zdravotní péče, a to veřejné zdroje, soukromé zdroje bez přímých plateb domácností a přímé platby domácností.

Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v České republice podle zdrojů financování v letech 2010 a 2013 až 2017 mil. Kč.



Zdroj: ČSÚ 2019

Primárně je České zdravotnictví dlouhodobě financováno z veřejných zdrojů, a to především z veřejného zdravotního pojištění. V období let 2010 až 2017 se veřejné zdroje podílely na financování zdravotní péče z 83 až 85 %. V procentuálním vyjádření mají největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného pojištění ve výši 65,1 %, což je 252,2 mld. Kč, následované státním rozpočtem se 16,0 %, kde se jedná o 62,1 mld. Kč, a domácnostmi se 14,0 %, což činí 54,1 mld. Kč. (ČSÚ, 2019).

U podniků (lůžková zařízení) působících v infrastruktře zdravotně orientovaného cestovního ruchu jsou výdaje v České republice z 82 % financované zdravotními pojišťovnami. V roce 2014 byly výdaje na lůžkovou péči financovaných zdravotními pojišťovnami cca ve výši 129 mld. Kč, v roce 2015 činily výdaje financované zdravotními pojišťovnami cca 132 mld. Kč a v roce 2016 vzrostly na cca 135 mld. Kč. Výdaje na zdravotní péči financované zdravotními pojišťovnami u podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu měly rostoucí tendenci, stejně jako celkové výdaje na zdravotní péči v České republice.

Dle ČSÚ v roce 2017 bylo z veřejných zdrojů na zdravotní péči v Česku věnováno celkem 322 mld. Kč, což je o 14 % více než v roce 2010. Celkově bylo za uplynulých osm let vydáno z veřejných rozpočtů 2 355 miliard korun, z toho v posledních čtyřech letech (2014 až 2017) 1 207 miliard. V roce 2017 šlo na zdravotní péči na jednoho obyvatele z veřejných zdrojů 30,4 tis. Kč, což je zhruba o 3,6 tisíce více než v roce 2010.

Graf 2 Výdaje na zdravotní péči v České republice financované z veřejných zdrojů v letech 2013 - 2017 mld. Kč.



Zdroj: ČSÚ 2019

Financování zdravotní péče v Česku prostřednictvím plateb z veřejného zdravotního pojištění jednoznačně převládá. Z veřejných zdravotních pojišťoven šlo v roce 2017 252,2 mld. Kč na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů, což je cca 78,3 %. V posledních letech má tento podíl klesající tendenci. Za posledních 6 let vzrostl podíl státního rozpočtu na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů.

Fondy Evropské unie

Z pohledu dlouhodobého rozvoje podniku jsou fondy Evropské unie významné. S hospodářským růstem a sociální ochranou je úzce spojeno zdraví a zaměstnanost občanů Evropské unie. Stabilitu, prosperitu a dobré životní podmínky občanů EU zajišťuje rovněž investice do zdraví.

Evropská politika soudržnosti si dala za úkol omezovat meziregionální ekonomické a sociální nerovnosti Unie. Dotace jsou alokovány prostřednictvím evropských strukturálních a investičních fondů (ESI fondy).

Finanční prostředky na investice lze čerpat z těchto ESI fondů:

- Evropský fond pro regionální rozvoj - zde lze využít finanční prostředky na zdravotnické vybavení, dále na výzkum a podporu malých a středních podniků a digitalizaci zdravotnictví.
- Evropský sociální fond - zde lze využít finanční prostředky na činnosti související se zdravým stárnutím a obecně se zvýšením kvality zdravotní péče, například podpora personálního zajištění ve zdravotnictví.

Tyto fondy jsou spravovány Evropskou komisí. I přes skutečnost, že o investicích týkajících se zdravotnictví rozhodují země EU, spolupracuje s nimi evropská komise, jejímž hlavním cílem je zlepšit správu strukturálních fondů v této oblasti, a to formou sdílení osvědčených postupů. Financování a tematické priority jsou s jednotlivými zeměmi EU koordinovány. Za realizaci investic na vnitrostátní úrovni jsou již odpovědny členské země.

Příjemci podpory mohou být například vysoké školy, veřejné orgány, nevládní organizace a sdružení, organizace soukromého sektoru.

Využití ESI fondů (2014 - 2020) pro oblast zdraví

Součástí procesu reflexe o zdravotnických systémech se stanovily společné faktory úspěchu při účinném využívání finančních prostředků ze strukturálních fondů ve zdravotnictví.

Ve finančním rozpočtu na období 2014 - 2020 EU bylo analyzováno výsledné mapování využití ESI fondů v oblasti zdraví. Soubor technických a řídicích nástrojů zahrnuje nástroje a mechanismy, hodnocení investic, výzvy k předkládání návrhů, ukazatele či nové koncepty a modely zdravotní péče.

Prostřednictvím projektů z ESI fondů je rovněž možné naplňovat jednotlivé cíle zdravotní politiky EU, které jsou následující:

- zlepšení přístupu ke zdravotní péči,
- výzkum a inovace v oblasti zdraví a věd o živé přírodě,
- implementace elektronického zdravotnictví (digitalizace),
- aktivní a zdravé stárnutí, ochrana zdraví a prevence nemocí,
- podpora reformních procesů vedoucích k tvorbě efektivních systémů zdravotní péče,
- pracovní síly ve zdravotnictví (odborné vzdělávání, celoživotní vzdělávání, plánování, retence).

Česká republika prostřednictvím 11 národních a regionálních programů čerpá finanční prostředky z ESIF ve výši 23,9 miliard EUR. To představuje průměrně 2 270 EUR na osobu z rozpočtu EU na období 2014-2020.

Zpráva Evropské komise čerpá průřezové závěry ze zdravotních profilů jednotlivých zemí. Ty zdůrazňují společné politické cíle napříč zeměmi EU a odhalují potenciální oblasti, v nichž může Evropská komise pomoci při vzájemném učení a výměně osvědčených postupů. Společná zpráva Komise, která byla zveřejněna vedle profilů v oblasti zdraví jednotlivých zemí, se skládá ze dvou částí. První se zabývá tématy, která jsou prominentní napříč Country Health Profiles, jako jsou posun k podpoře zdraví a prevenci nemocí, silnější úloha primární péče, přezkoumání rozšířené poskytování služeb, proaktivní plánování a prognózování na zdravotnických pracovištích, lepší údaje zaměřené na pacienty v celé EU. Druhá část zprávy uvádí klíčová zjištění ze zdravotnických profilů jednotlivých zemí, která připravila OECD a Evropská observatoř zdravotnických systémů a politik.

Investice do zdraví prostřednictvím strukturálních a investičních fondů (ESIF) 2014-2020

Díky investicím ESIF do zdravotnictví bude mít v EU prospěch 41,7 milionu lidí v důsledku zlepšení zdravotnických služeb (včetně elektronického zdravotnictví) od roku 2014 do roku 2020.

Hlavní investiční cíle:

- snížení nerovností zdravotní péče v regionech a sociálních skupinách,
- posílení primární zdravotní péče a komunitní péče,
- zvýšení kvality péče.

Ministerstvo zdravotnictví řídí a spravuje mnoho dalších dotačních programů a podpor jako například: Dotační program Ministerstva zdravotnictví ČR Národní program zdraví - projekty podpory zdraví; Dotační program na zvýšení ochrany měkkých cílů v resortu zdravotnictví; Rozvojové projekty zdravotní péče; Program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením; Protidrogová politika Ministerstva zdravotnictví; Péče o děti a dorost; Prevence kriminality; Bezpečnost a kvalita zdravotní péče; Program na podporu nestátních neziskových organizací pečujících o pacienty v terminálním stádiu onemocnění rok 2019; Program podpory péče pro oblasti psychiatrických a neurodegenerativních onemocnění; Program na podporu dostupnosti zdravotních služeb praktických lékařů; Program na podporu zubních lékařů v oblastech s omezenou dostupností zdravotních služeb.

7.1 Majetková struktura podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu

Majetková struktura vyjadřuje skladbu stálých a oběžných aktiv. Je závislá na finanční politice a předmětu činnosti podniku. V této části disertační práce je provedena analýza absolutních ukazatelů, a to jak vertikální analýza, tak i horizontální analýza. Při vertikální analýze bude proveden rozbor majetkové struktury a kapitálu. Předností této analýzy je, že není závislá na inflaci mezi jednotlivými roky, je tedy možné srovnávat jednotlivé výsledky z různých let. Dalším nástrojem je horizontální analýza, která sleduje změny hodnot v čase. Meziroční porovnání má vysokou vypovídací schopnost.

7.1.1 Analýza jednotlivých položek majetkové struktury podniků

První důležitý rozbor se týká položek majetkové struktury podniků. V grafu č. 3 jsou znázorněny jednotlivé položky majetkové struktury podniků (stálá aktiva, dlouhodobý hmotný majetek a oběžná aktiva) za jednotlivé skupiny podniků v průběhu let 2010, 2013 a 2017. Pro přehlednost grafu byly vynechány položky znázorňující dlouhodobý finanční majetek a dlouhodobý nehmotný majetek, neboť jejich výše byla zanedbatelná.

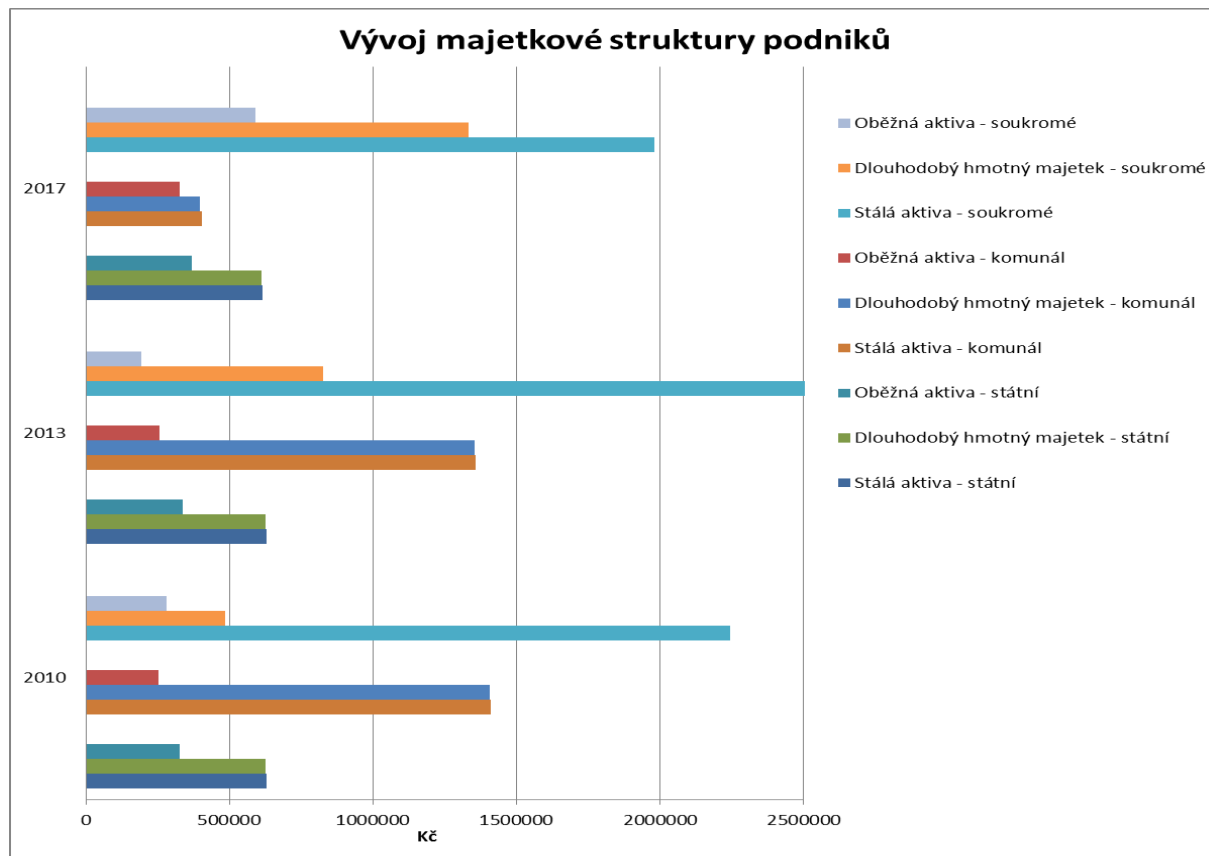
Vývoj položek majetkové struktury u státních, komunálních a soukromých podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu.

V této podkapitole praktické části disertační práce bude provedena analýza aktiv. Výši celkových aktiv musí odpovídat celková pasiva. V celkových pasivech jsou zahrnuty položky vlastní a cizí kapitál. Položky vlastní a cizí kapitál nejsou uvedeny v grafech, neboť grafy znázorňují majetkovou strukturu podniku, kam tyto položky nepatří. Nicméně pomocné výpočty byly provedeny a výsledky jsou uvedeny v komentářích pod grafy a slouží k dokreslení ekonomické situace podniků.

Z grafu č. 3 jsou patrné vysoké hodnoty oběžných aktiv u státních podniků oproti jiným typům podniků. Za povšimnutí stojí hodnota oběžných aktiv ve státním podniku vůči soukromému sektoru. Položka Dlouhodobý hmotný majetek vykazuje konstantní hodnoty. U komunálních podniků se hodnota na položce dlouhodobý hmotný majetek v průběhu sledovaných let snížila. Oběžná aktiva u komunálních podniků vykazují ve sledovaných letech stabilní hodnoty, nicméně v roce 2017 došlo k mírnému zvýšení.

V případě soukromých podniků jsou hodnoty dlouhodobého majetku vyšší než hodnoty cizího kapitálu. Oběžná aktiva u soukromých podniků se ve sledovaných letech zvýšila. Stejný trend vykazuje i položka dlouhodobého hmotného majetku.

Graf 3 Vývoj položek majetkové struktury u státních, komunálních a soukromých podniků.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Dané hodnoty vysvětlí kontrast nejnižších a nejvyšších hodnot s ohledem na strukturu a vlastnictví podniku a vygenerují možná optimalizační opatření. Komunální sektor je specifický, i samotná funkce je na lokální bázi. U dlouhodobého majetku ve státním sektoru se ve všeobecnosti bere jako pozitivum obnovování přes strukturální fondy Evropské unie, čímž a zároveň se tím zvyšuje hodnota cizích zdrojů do pásma, kde by si to soukromý sektor manažersky ustát nemohl a musel by udělat v managementu radikální změny. Pomalu zvyšující se hodnota dlouhodobého majetku právě za pomoci dotací není vnímána negativně. Poukazuje na dlouhodobý investiční dluh v podnicích působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu a také poměrně nepříjemným způsobem na strukturální chyby v podnicích působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu zdravotnictví jako celku.

Příkladů je hned několik - úhrada za zdravotní úkon musí být nastavena podle diagnózy a ne typologie zařízení - tato změna zvýší tlak na konkurenceschopnost a efektivitu. Kompetence by měly být přesunuty na nižší články. Může to být například efektivnější využití sester s vysokoškolskou kvalifikací, slabé využívání tzv. generické léčby na základě finančních ukazatelů, kontrola veřejných zakázek s odstraněním barier i pro firmy, co na trhu nepůsobily.

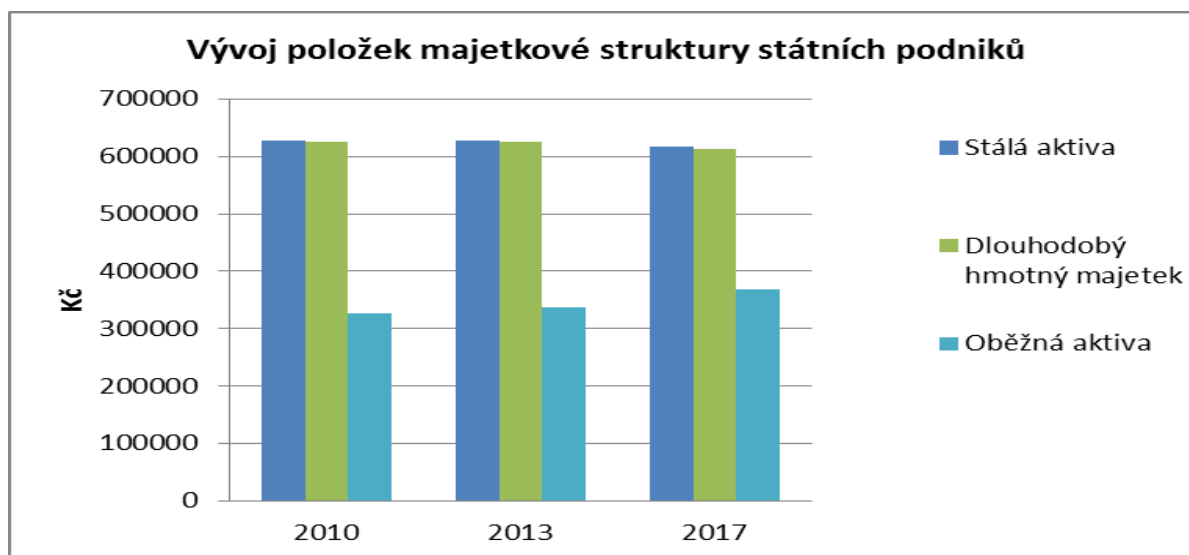
Soukromý, ale i komunální sektor má opačnou strategii než sféra státní. V rozsahu financování a hlavně zákonných možností nejdou cestou rekonstrukcí a přestaveb, ale naopak cestou bourání, stavění novostaveb, snižování provozních nákladů a zvyšování provozní efektivity. Na daná opatření je zapotřebí vhodné legislativní prostředí, kontrola výdajů, vysoká dávka odvahy a silné manažerské kompetence, ale hlavně komunikační kampaň vedená podle možnosti externě nezainteresovanými osobami. Ze strany zřizovatelů jde o doplňování kapitálu a jiných zdrojů nikoli, jakmile je možné investovat, ale až po ozdravení procesů. Na optimalizaci stavu majetkové struktury i přes ne celkem vhodnou legislativu je zapotřebí udělat opatření jak na úrovni Ministerstva zdravotnictví, tak na úrovni zřizovatelů. U ministerstva je nezbytné začít nastavením standardů úkonů u jednotlivých diagnóz, které musí být provedeny a budou ze strany pojišťoven i uhrazené jednotně pro všechny podniky, tvrdou kontrolou všech veřejných zakázek, tvrdým nastavením cenových limitů, centralizací veřejného obstarávání a hlavně tlakem spojeným se změnou kompetencí jednotlivých stupňů systému zdravotní péče.

Uvedená série opatření zastaví zadlužování, zvýší likviditu, sníží provozní náklady, umožní zaplatit všechny stupně zdravotní péče mnohem lépe a také zkvalitní zdravotní péči. U zřizovatelů je nezbytné zlepšit kompetence odborné i osobní, zvýšit manažerskou odvalu a provést radikální změny hlavně ve státní, ale i v komunální sféře. Jakékoliv subvence, a dotace úvěru využít až po ozdravení procesů, a to v rozsahu, v jakém to aktuální legislativa umožňuje. Možné doporučení rovněž směřuje k radikální transparentnosti zakázek pro nemocnice, tj. povinné využívání generických náhrad, pokud je to možné, k povinné standardizaci cen a v případě státních podniků k nerekonstruování podniků zvláště v centrech měst, ale naopak k jejich prodeji a k postavení provozně výhodnějších a menších podniků, případně ke zbourání původních budov a k postavení vhodnějších podniků. Příkladem jsou Polsko a Slovensko, které ustoupily od strategie velkých celků jako dědictví minulých období, ale naopak stavějí vše vhodné pro provoz, funkčnost a pacienta.

Série daných opatření by mohla umožnit zvýšení kvality a efektivity zdravotní péče bez zvýšení nároků na veřejné finance, snížení až zastavení zadlužování podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu u všech typů a změnu majetkových poměrů do čísel standardnějších z manažerského hlediska.

Vývoj položek majetkové struktury státních podniků

Graf 4 Vývoj položek majetkové struktury u státních podniků.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 4 vidíme, že stálá aktiva u všech zkoumaných státních podniků se zásadně nemění, stejně tak jako dlouhodobý hmotný majetek.

Celkový nárůst aktiv od roku 2010 vzrostl u státních podniků od roku 2010 o 3 %. Mezi jednotlivými roky se nárůst pohyboval kolem 1, 5 %.

Podíl stálých aktiv u státních podniků je z hlediska času velmi stabilní. V roce 2010 dosahují 66 % z celkových aktiv, v roce 2013 je to 65 % z celkových aktiv a v roce 2017 je to 63 %. Jedná se o lehce klesající trend. Stálá aktiva jsou tvořena dlouhodobým hmotným majetkem a nehmotným majetkem. V případě těchto státních podniků se jedná o vysoce specializované vybavení podniků. Patří sem např. přístroje, EKG, ultrazvuk, odběrová křesla, sterilizátory, elektrochirurgie, chirurgické nástroje, nerezový program, příslušenství pro anestezii a resuscitaci, vybavení ordinací a další. Pořizovací náklady tohoto vybavení jsou vysoké, jejich opotřebení navyšuje náklady v podobě dlouhodobých odpisů. Položky oběžných aktiv v případě státních podniků se procentuálně pohybovaly v rozmezí od 34 % do 37 %. Jsou tvořeny krátkodobým hmotným majetkem, který je spotřebováván nejdéle do jednoho roku a jedná se například o spotřební materiál. Oběžná aktiva ve sledovaných letech rostla

a v souvislosti s tím došlo k mírnému růstu celkových aktiv. Oběžná aktiva státních podniků mají tendenci se lehce zvyšovat, stejně jako cizí zdroje. Je třeba hlavně vysvětlit zvyšující se hodnotu oběžných aktiv a cizích zdrojů. Oběžná aktiva jsou samo o sobě vyšší oproti soukromým podnikům. Vyšší hodnota oběžných aktiv poukazuje hned na několik systémových chyb.

Vlastní zdroje tvoří v podnicích, kam patří státní a komunální podniky, většinu pasiv, což je i charakteristický rys pro hospodaření těchto podniků. Podíl vlastního kapitálu u státních podniků je z hlediska času velmi stabilní. V roce 2010 dosahuje podíl vlastního kapitálu 75 % z celkového kapitálu, v roce 2013 je to 72 % z celkového kapitálu a v roce 2017 je to 70 %. Zde je možné vidět snížení podílu vlastního kapitálu v průběhu let. Jedná se o lehce klesající trend. Ve sledovaných letech se podíl vlastních zdrojů u státních podniků snížil o 7,3 % ve prospěch cizích zdrojů. Položkou s nejvyššími hodnotami vlastních zdrojů a i celkových pasiv jsou u státních podniků majetkové fondy, které jsou složeny z dlouhodobého majetku a fondu oběžných aktiv. Obvykle mají státní podniky ještě další fondy, ze kterých pokrývají investice a náklady. Jsou to např. fond oběžného majetku, fond reprodukce majetku, který je tvořen dotacemi od zřizovatele na investice atd., dále fond kulturních a sociálních potřeb, rezervní fond a fond odměn. Finanční prostředky z rezervního fondu používají státní podniky např. k úhradě sankcí nebo k úhradě zhoršeného výsledku hospodaření.

Krátkodobé závazky jsou u státních podniků největší složkou cizích zdrojů. Jejich nárůst je spojen s růstem výdajů na chod podniku a v souvislosti s tím se zvyšuje i množství závazků. V kategorii krátkodobých závazků je většinou u státních podniků nejvyšší položka dodavatelé a zaměstnanci.

U státních podniků absentují manažerská opatření, která management podniků není schopen aplikovat a uvést do praxe, nebo o nich vůbec ani neví. V České republice první pokus vidíme v ambulantní sféře, kde by lékárníci měli vydávat léky s nejnižší cenou, ale na tlak lékařů se zavedla možnost poznámky „nezaměňovat“. Jakákoliv výjimka není schopná management dostat z tzv. komfortní zóny v obvyklých postupech a tvořit úsporu, kterou je možné využít efektivněji jinde. Naproti tomu jedna z neustále se zvyšujících položek nákladů je v sousedním Slovensku a Polsku dávno vyřešená. Jak v ambulantní sféře, tak v nemocnicích se musí uvádět účinná látka, její gramáž, typologie léků (dražé, postupné uvolňování účinné látky, infuzní atd.). Distribuční firmy jsou povinné vydat nejlevnější variantu a výjimka jako například v Česku ve formě poznámky „nezaměňovat“ neexistuje.

Dalším absentujícím opatřením, které je z grafu patrné, je obnova dlouhodobého majetku provozně i funkčně nevhodného, čímž dochází ke konzervaci nevhodného stavu.

Vývoj položek majetkové struktury u komunálních podniků

Graf 5 Vývoj položek majetkové struktury u komunálních podniků.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Celková aktiva od roku 2010 do roku 2017 u komunálních podniků se snížila o 58 %. Mezi jednotlivými roky se pokles celkových aktiv pohyboval průměrně kolem 29 %. Důvodem mohly být nízké provozní dotace a komunální podniky byly nuceny přijmout mnoho úsporných opatření; a z toho důvodu byl zaznamenán pokles na straně aktiv a pasiv.

Podíl stálých aktiv u komunálních podniků je z hlediska času nestabilní. V roce 2010 dosahují 85 % z celkových aktiv, v roce 2013 je to 84 % z celkových aktiv a v roce 2017 je to pouze 55 %. Zde tedy je možné vidět skokové snížení podílu stálých aktiv na celkových aktivech a s tím spojené i snížení celkových aktiv. Jedná se o klesající trend. Podíl oběžných aktiv v případě komunálních podniků se procentuálně pohyboval v rozmezí od 15 % do 45 %. V průběhu sledovaných let došlo ke skokovému nárůstu podílu oběžných aktiv na celkových aktivech. Stálá aktiva se u komunálních podniků v průběhu let snížila, jelikož klesla hodnota dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku podniku. Podíl stálých aktiv od roku 2010 do roku 2017 klesl u komunálních podniků o 30 %. Je třeba konstatovat, že výrazně klesla i celková aktiva u komunálních podniků.

Vlastní zdroje tvoří v komunálních podnicích většinu pasiv, což je i charakteristický rys pro hospodaření těchto podniků. Podíl vlastního kapitálu u komunálních podniků je z hlediska času nestabilní. V roce 2010 dosahuje podíl vlastního kapitálu 84 % z celkového kapitálu, v roce 2013 je to 87 % z celkového kapitálu a v roce 2017 je to 63 %.

I u komunálních podniků, stejně jako i u státních podniků je možné vidět snížení podílu vlastního kapitálu v průběhu sledovaných let. Jedná se o klesající trend. Ve sledovaných letech se podíl vlastních zdrojů státních podniků snížil o 39 % ve prospěch cizích zdrojů, zde se jedná o skokový pokles. Stejně jako u státních podniků jsou položkou s nejvyššími hodnotami vlastních zdrojů majetkové fondy. I komunální podniky tvoří stejně jako státní podniky ještě další fondy, ze kterých pokrývají investice a náklady. V kategorii krátkodobých závazků je většinou u komunálních podniků nejvyšší položka dodavatelé a zaměstnanci.

Je možné se domnívat, že významnými faktory snížení stavu dlouhodobého majetku, mírného zvýšení oběžných aktiv a cizích zdrojů jsou v případě komunální sféry hlavně zdroje ze strukturálních fondů EU.

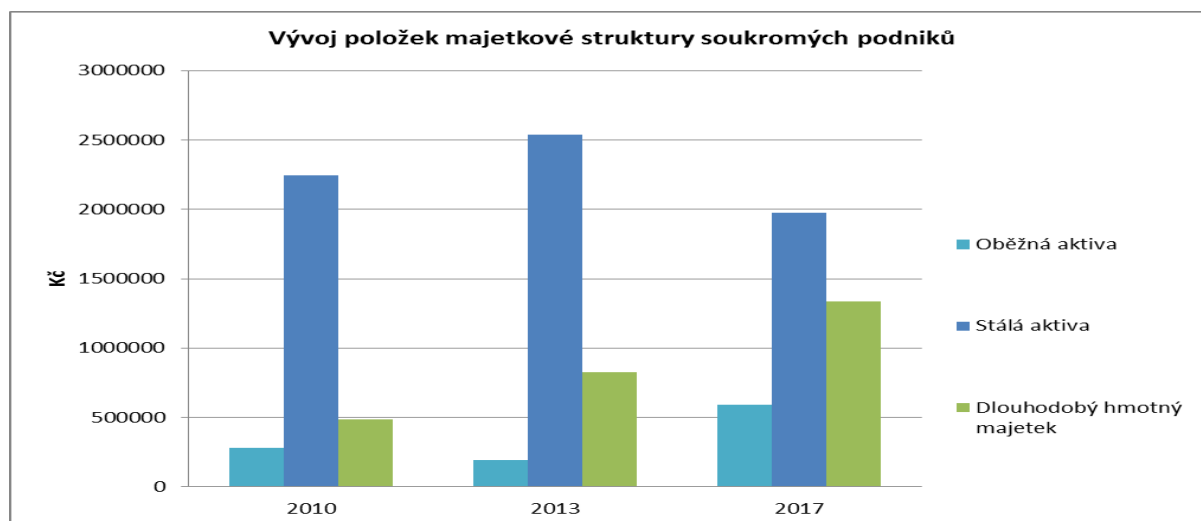
V komunální sféře je vidět silný vliv lokální kontroly obyvatelstvem, snahu o maximální hospodárnost a efektivitu, funkčnost, ale zároveň na základě vlastního pozorování jako u všech zřizovatelů silný vliv těchto faktorů. Lékař totiž není schopen ani ochoten odejít ze zaběhlých kolejí a zvyků a třeba nechápe, že musí být i manažer a pacienta musí brát i jako zákazníka. Hlavně se staví do pozice nenahraditelného na trhu, což není pravda. Z pohledu managementu komunální sféry není nutné aplikovat zásadní změny, v rozsahu přípustném zákonem a prostředím jsou vykonány. Důležitější je tady sdružit zřizovatele jednotlivých typů podniků a tlačit na systémové změny.

Systémovou změnou, která pomůže všem sférám, je jednotná kalkulace a standardizace diagnóz a úkonů a systémová kompetenční změna v přesunu kompetencí na nižší články včetně sester s vysokoškolskou kvalifikací. Tyto změny dle grafu pomohou v pokračování pozitivního efektu komunální sféry a zároveň nastartují radikální změny, optimalizaci a zastavení zadlužování ve státní sféře.

Dlouhodobý nehmotný majetek a dlouhodobý finanční majetek není v grafech zobrazen, neboť hodnoty těchto dvou položek jsou nízké, stejně tak jako jejich podíl k celkovým hodnotám. Tyto velmi nízké hodnoty by graf činily nepřehledným a z toho důvodu byly vynechány.

Vývoj položek majetkové struktury u soukromých podniků

Graf 6 Vývoj položek majetkové struktury u soukromých podniků.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 6 je vidět, že jednotlivé položky majetkové struktury u soukromých podniků vykazují odlišné trendy než u podniků státních a komunálních. Položka stálá aktiva se zvýšila v roce 2013 a poté klesla, nikoliv však tak výrazně jako u podniků komunálních. Naopak položka dlouhodobého hmotného majetku vzrostla.

Nárůst celkových aktiv od roku 2010 byl u státních podniků o 2 %. Mezi roky 2010 až 2013 byl nárůst celkových aktiv 8 %. Naopak mezi roky 2013 až 2017 nastal pokles celkových aktiv, a to o 6 %.

Podíl stálých aktiv u soukromých podniků je z hlediska času velmi stabilní. V roce 2010 dosahují 89 % z celkových aktiv, v roce 2013 je to 93 % z celkových aktiv a v roce 2017 je to 77 %. Jedná se o lehce klesající trend. V případě těchto soukromých podniků se jedná o vysoce specializované vybavení podniků.

Podíl oběžných aktiv k celkovým aktivům se v případě soukromých podniků procentuálně pohyboval v rozmezí od 11 % do 23 %, zde se opět jedná o krátkodobý hmotný majetek. Od roku 2010 do roku 2017 se oběžná aktiva zvýšila o 12 %. Největší podíl ve stálých aktivech má dlouhodobý hmotný majetek. Jsou to movité věci, ve kterých je vázáno nejvíce finančních prostředků podniků. Lze předpokládat, že se jedná o kvalitní zdravotnické speciální vybavení podniků. U soukromých podniků se jedná o investice do budov a jejich rekonstrukcí, čímž samozřejmě dochází ke zvýšení ceny budov.

Vlastní zdroje tvoří u soukromých podniků většinu pasiv, alespoň tedy v letech 2010 a 2013. Podíl vlastního kapitálu u soukromých podniků je z hlediska času nestabilní.

V roce 2010 dosahuje podíl vlastního kapitálu 49 % z celkového kapitálu, v roce 2013 je to 57 % z celkového kapitálu. Ovšem situace se změnila v roce 2017, kdy bylo procentuální vyjádření ve výši 82 %. U soukromých podniků je možné vidět zvýšení podílu vlastního kapitálu v průběhu sledovaných let. Jedná se o rostoucí trend. Ve sledovaných letech se podíl vlastních zdrojů u soukromých podniků zvýšil o 80 % na úkor cizích zdrojů, zde se jedná o skokový nárůst vlastních zdrojů. Stejně jako u státních podniků jsou položkou s nejvyššími hodnotami vlastních zdrojů majetkové fondy. Soukromé podniky tvoří kapitálové fondy a rezervní fondy. V kapitole krátkodobých závazků je většinou u komunálních podniků nejvyšší položka závazky z obchodních styků a závazky k zaměstnancům.

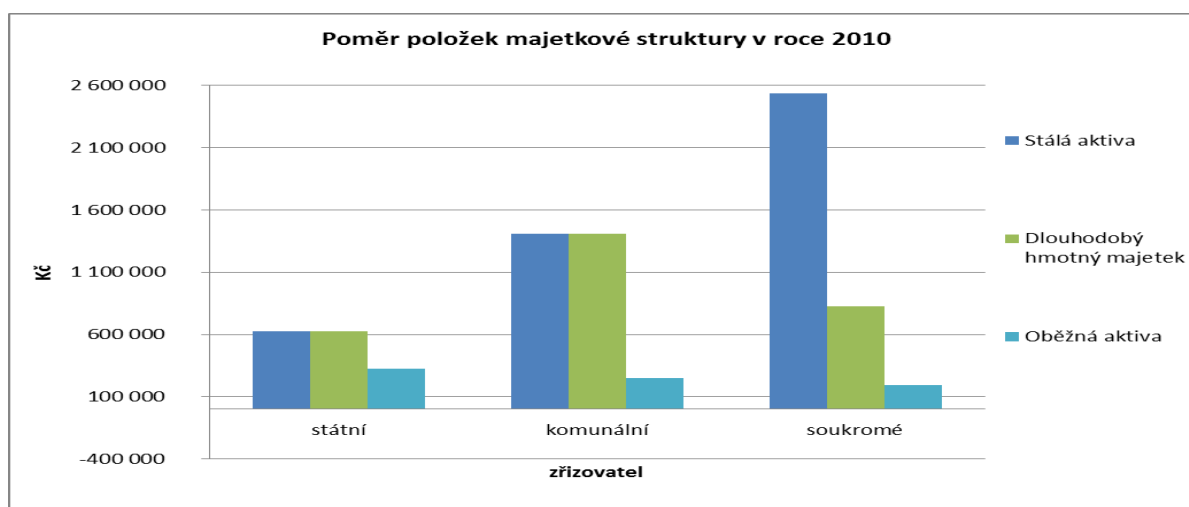
Od roku 2013 se zvýšila položka oběžných aktiv a naopak položka cizí zdroje je ve sledovaných letech neměnná. Z výše uvedeného je možné, že úhradová vyhláška hospodaření soukromých podniků výrazně neovlivnila, stejně tak jako zvyšování DPH a devalvace koruny. Soukromé podniky jsou pravděpodobně méně závislé na platbách od zdravotních pojišťoven a více jejich klientů budou zdravotní výkony hradit jako samoplátci. Lze tedy konstatovat, že soukromé podniky jsou méně závislé na platbách zdravotních pojišťoven, ale není tomu úplně tak. Zákonná úprava aktuálně umožňuje v omezené míře požadovat od pacienta jen platby za služby, které nejsou předmětem plateb veřejného zdravotního pojištění. Je nutné připomenout spíše omezení státních podniků, zákonné úpravy pro pořizování dlouhodobého a oběžného majetku, které v České republice není na nejlepší úrovni v porovnání se zeměmi Evropské unie. Soukromé podniky vázané tímto opatřením nejsou. Dále je dobré připomenout, že v případě soukromých podniků si management musí hlídat každý výdaj a efektivitu. Opačný přístup je možné vidět u státních podniků právě v souvislosti s manažerskými omezeními danými zákonem (například zákon o veřejných zakázkách) a nízké manažerské kompetence. Bylo by možná vhodné inspirovat se u úspěšného modelu EU a implementovat jej v Česku. K dalšímu zlepšení ukazatelů bez nutnosti zásahu státu pomůže rozhybání komplexních reforem u státních podniků. K těmto změnám nezbytně musí dojít, jelikož v České republice ještě neběží příprava na absolutní výpadek fondů EU, na rozdíl od zbytku V4. U soukromých podniků je vhodné a přínosné pokračování v manažerských procesech a přípravě, hlavně v komunikaci a marketingu, na moment, kdy začnou komplexnější změny ve zdravotnictví. Na vykázané odchylky není třeba významně

zaměřovat pozornost, neboť se narovnají samy, jakmile se spustí komplexní změna jednotlivých procesů, na které musí dojít.

7.1.2 Poměr jednotlivých položek majetkové struktury podniků v roce 2010 a v roce 2017

V této části práce jsou vyčísleny a znázorněny v grafech č. 7 a 8 průměrné hodnoty všech položek majetkových struktur podniků dělených dle zřizovatele.

Graf 7 Poměr položek majetkové struktury u všech typů podniků v roce 2010.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

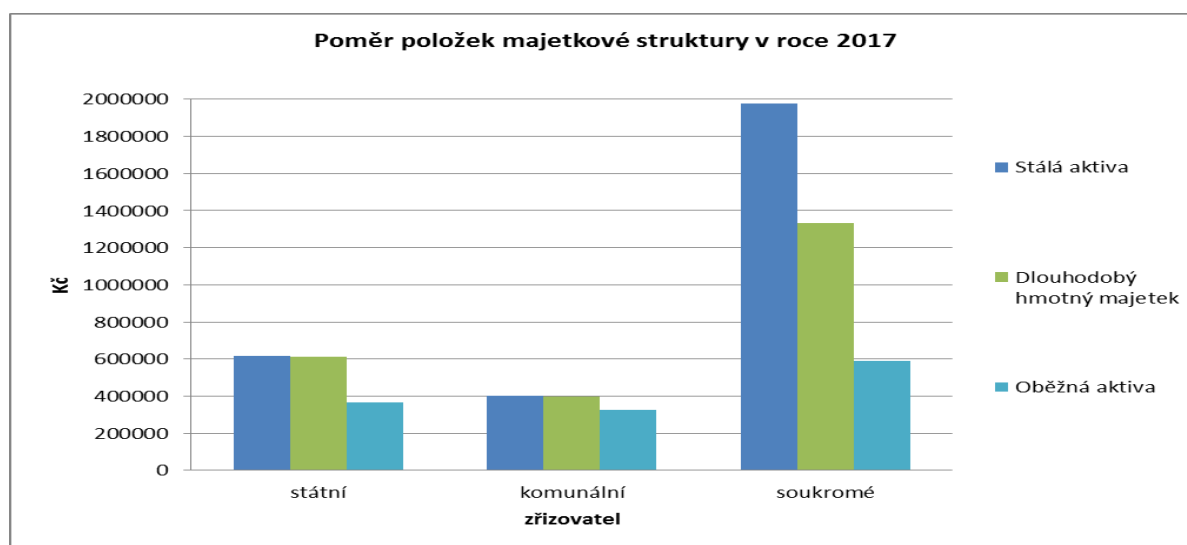
V grafu č. 7 je vidět, že nejvyšší průměrná stálá aktiva v roce 2010 měly soukromé podniky, pohybovala se kolem hodnoty 2 500 000 Kč. Druhá nejvyšší průměrná stálá aktiva měly komunální podniky a byla cca o polovinu nižší, pohybovala se kolem hodnoty 1 400 000 Kč. Nejnižší stálá aktiva měly podniky státní, pohybovala se kolem hodnoty 600 000 Kč. Státní podniky i komunální podniky mají ve stejné výši stálá aktiva, dlouhodobý hmotný majetek. Soukromé podniky mají extrémně vysoká stálá aktiva. V grafu číslo 7 je komunální sféra vzhledem na lokální specifické podmínky a požadavky bezvýznamná.

Cizí zdroje jsou kryté dlouhodobým majetkem vyšší nebo zvyšující se hodnoty, oběžný majetek - většinou zásoby - jsou optimalizované. Komunální sféra si hodnotu svého dlouhodobého majetku zvyšuje, právě naopak se snaží dlouhodobě snižovat zadlužení a investiční dluh a dále hodnotu majetku ve finančním vyjádření, ale i co se týká služeb, zvyšovat. Prostředky veřejného zdravotního pojištění jsou nedostačující v celém sektoru zdravotnictví ne proto, že je potřeba jejich navýšení, ale proto, že jsou potřebné systémové kroky - kde nejsou kompetence nebo není hlavně politická vůle. Spíše je zajímavější otázka

disproporcí státní versus soukromé vlastnictví. U státu zásoby a oběžný majetek poukazují na extrémní neefektivitu a manažerskou nekompetentnost.

Je důležité absolutně odstranit bariéry zvláště pro dodavatele, které jsou odzkoušené jinde v EU (hlavně Polsko, Slovensko, Rumunsko) a doporučit používání levnějších variant a generických náhrad. Tímto opatřením většina států začala. Dalším aspektem je dědictví v podobě velkých a údržbově náročných budov. Tady je zapotřebí ustoupit od „socialistických zdravotnických paláců“ nebo od továren na zdraví po vzoru západní Evropy. Bylo by vhodné zacílit právě i s ohledem na nedostatek zdravotníků v EU na model menších i koncových podniků a posunout kompetence směrem k nižším článkům zdravotnictví. Změna v tomto případě by měla být systémová. V případě Česka u jakékoliv změny na úpravu disproporcí majetek versus zásoby versus dotace vyskakuje potřeba kvalitní komunikační kampaně. Každá snaha o kvalitní změny zvláště v Česku, kde je zažité, že změna se rovná automaticky změna k horšímu, bez kvalitní komunikační kampaně je odsouzena k neúspěchu.

Graf 8 Poměr položek majetkové struktury u všech typů podniků v roce 2017.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Graf číslo 8 poukazuje u komunálních a státních podniků na neefektivitu stavu oběžného majetku, neefektivita je patrná z nízké hodnoty dlouhodobého majetku. Je možné, že jde o zásoby léků, zdravotních pomůcek a investiční dluh. Stát jako vlastník nemá představu, jak problematiku uchopit, nebo není dostatečně kompetenčně vybaven. Tato interakce dlouhodobým a oběžným majetkem může zároveň indikovat systémové problémy, kdy na jakékoliv změny prostředků z úhradových vyhlášek nestačí a jakékoliv dotování systému dalšími financemi je odsouzené k neefektivitě využití zdrojů. Naopak lze konstatovat, že nejvyšších hodnot dosahovaly soukromé podniky na položce stálých aktiv. U soukromých

podniků je rovněž mnohonásobně vyšší vlastní kapitál a dlouhodobý hmotný majetek než u podniků komunálních a státních.

7.1.3 Průměrná roční změna na jednotlivých položkách majetkové struktury podniků v letech 2010 - 2017

V této části práce jsou uvedeny průměrné roční změny na jednotlivých položkách majetkové struktury podniků rozdělených dle zřizovatele. Průměrné výpočty byly provedeny z dat za roky 2010 až rok 2017.

Tabulka 2 Státní podniky – průměrná roční změna položek majetkové struktury.

Hodnoty v tabulce jsou uvedeny v Kč	Státní podnik 1	Státní podnik 2	Státní podnik 3	Státní podnik 4	Státní podnik 5	Státní podnik 6	Státní podnik 7	Roční průměrná změna všech státních podniků
Stálá aktiva	- 5 000	- 14 000	- 13 000	- 11 000	5 000	10 000	- 14 000	- 6 000
Dlouhodobý nehmotný majetek	- 640	264	- 930	33	- 323	- 168	512	- 179
Dlouhodobý hmotný majetek	- 4000	- 14 000	- 13 000	- 11000	12000	10000	- 14000	- 4 857
Dlouhodobý finanční majetek	- 0,91	0	0	0	0	0	0	0
Oběžná aktiva	- 8 000	10 000	20 000	- 27 000	- 7 000	369	11 000	- 90

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

V tabulce č. 2 jsou uvedeny průměrné roční změny jednotlivých položek majetkové struktury státních podniků. Nejvyšší průměrná roční změna u státních podniků byla na položce oběžná aktiva, a to ve výši 20 000 Kč. Naopak nejnižší průměrná roční změna byla na položce stálá aktiva, a to ve výši - 6 000 Kč. Dlouhodobý finanční majetek má nulové hodnoty až na jednu výjimku u jednoho státního podniku.

Poměr cizích zdrojů a stálých aktiv stojí za pozornost v souvislosti s financováním majetku podniku. Cizí zdroje poukazují na použití subvencí hlavně za účelem financování dlouhodobého majetku. Vlastní zdroje zřizovatele jsou kryté majetkem zabezpečeným subvencemi upravenými pro provozní potřeby aktuálního období. Tím, že nedošlo k odvážnějším manažerským rozhodnutím, se efekt investic snížil a subvence nebyly natolik z dlouhodobého hlediska vytížené, jak by byl ideální stav. Lze konstatovat, že právě naopak

jedinečné finanční zdroje a možnost modernizace a manažerské optimalizace byly do jisté míry i zmařeny.

Využití prostředků veřejného zdravotního pojištění směřují k navázání jedinečných subvencí na tvrdá manažerská opatření, k provozním opatřením, ke klientskému přístupu - nelze očekávat lepší péči, když stále bude pacient brán jako pacient a nikoli jako klient. Přístup k pacientovi jako ke klientovi je také jedna možná varianta. Další možnou variantou je nastavení struktury do více spoluúčastných rovin na zdravotní péči. Lze zvážit model, kde je lepší důraz na prevenci, životní styl a dodržování léčby ze strany pacienta, s čímž souvisí vyšší úhrady ze strany zdravotního pojištění.

Tato opatření mohou udělat přirozenou selekci podniků poskytujících zdravotní péči, sníží tlak na veřejné finance - pacient/zákazník nebude brát zdravotnictví a zdraví jako samozřejmé. Zvýší se tím tlak na efektivitu využití prostředků úhradových vyhlášek a systém bude v tlaku, aby se čistil od škodlivých jevů, čímž se vyrovnají difference a rozdíly v majetkové struktuře, zastaví se zadlužování a zároveň se zabezpečí udržitelnost systému. Je iluzí myslet si, že finančně je možné mluvit aktuálně o udržitelnosti systému. Zde opět platí žádné prostředky navíc do momentu manažerského ozdravení, samozřejmě mimo prostředky z úhradových vyhlášek. Dalším krokem by mohla být manažerská a provozní optimalizace, ale vzhledem na podmínky v Česku s nutností komunikace za pomoci profesionálního subjektu, modernizace systému malých, ale efektivních podniků.

U komunálních podniků vzhledem na specifickou a na skutečnost, že se jedná o manažersky specifické podniky, není třeba stanovovat žádná rozsáhlejší opatření. Ukazatele majetku jsou vyvážené. Poukazují na systematickou práci managementu, moderní způsoby řízení a efektivní využití prostředků v rozsahu platné legislativy. Bylo by vhodné zaměřit se na intenzivní komunikaci jak v rámci podniků, tak i navenek a hlavně na intenzivní komunikaci se zdravotnickými pracovníky. Zdravotnický pracovník je důležitý, jelikož od samotného studia a aktuálně i přes celou praxi není vedený k tomu, aby hleděl zároveň i na financování a prvky finančního managementu, ne jen na léčbu. Na jedné straně je to dobré, že máme kvalitního odborníka, ale je žádoucí, aby odborník zohledňoval také limity úhradových vyhlášek.

Tabulka 3 Komunální podniky – průměrná roční změna položek majetkové struktury.

Hodnoty v tabulce jsou uvedeny v Kč	Komunální podnik 1	Komunální podnik 2	Komunální podnik 3	Komunální podnik 4	Komunální podnik 5	Komunální podnik 6	Komunální podnik 7	Roční průměrná změna všech komunálních podniků
Stálá aktiva	3000	6000	- 1000000	- 13000	11000	14000	940	- 139 723
Dlouhodobý nehmotný majetek	0	0	0	661	39000	0	0	5 666
Dlouhodobý hmotný majetek	3000	6000	- 1000000	- 13000	11000	14000	940	- 139 723
Dlouhodobý finanční majetek	0	0	900	0	0	0	0	129
Oběžná aktiva	7000	15000	- 10000	22000	22000	12000	6000	10 571

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

V tabulce č. 3 jsou uvedeny průměrné roční změny jednotlivých položek majetkové struktury komunálních podniků. Nejvyšší průměrná roční změna u komunálních podniků byla na položkách stálá aktiva a dlouhodobý hmotný majetek, a to ve výši cca – 139 723 Kč. Naopak nejnižší změna byla na položce dlouhodobý finanční majetek, a to ve výši 129 Kč.

Komunální podniky mají nejnižší změny na položkách dlouhodobý nehmotný majetek a dlouhodobý finanční majetek v porovnání se státními a soukromými podniky.

Tabulka 4 Soukromé podniky – průměrná roční změna položek majetkové struktury.

Hodnoty v tabulce jsou uvedeny v Kč	Soukromý podnik 1	Soukromý podnik 2	Soukromý podnik 3	Soukromý podnik 4	Soukromý podnik 5	Soukromý podnik 6	Soukromý podnik 7	Soukromý podnik 8	Soukromý podnik 9	Soukromý podnik 10	Roční průměrná změna všech soukromých podniků
Stálá aktiva	-340 000	-48 000	68 000	51 000	-48 000	-17 000	1 000	36 000	9 000	9 000	-27900
Dlouhodobý nehmotný majetek	-2000	0	-640	203	506	461	0	144	100	-900	-212,6
Dlouhodobý hmotný majetek	58 000	1000	83 000	69 000	48 000	26 000	-12 000	-15 000	10 000	32 000	30 000
Dlouhodobý finanční majetek	0	0	0	0	0	230	0	-235	0	0	-0,5
Oběžná aktiva	27 000	- 47 000	- 15 000	92 000	729	10 000	1 000	17 000	-214	-26 000	5951,5

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní

V tabulce č. 4 jsou uvedeny průměrné roční změny jednotlivých položek majetkové struktury soukromých podniků. Nejvyšší průměrná roční změna u soukromých podniků byla na položce dlouhodobý hmotný majetek, a to ve výši cca 83 000 Kč. Naopak nejnižší průměrná roční změna byla na položce dlouhodobý finanční majetek, a to ve výši - 0,5 Kč.

Soukromý sektor má výhodu profesionálního managementu, systematické práce a nespolehání se na subvence. V tomto ohledu lze souhlasit i s manažerským postupem ve formě zákazu dotací jako brzdy efektivity a inovací. Podobný postup zvolilo více soukromých společností, ale i firem z jiných segmentů ekonomiky, a to včetně služeb ve veřejném zájmu.

Z tabulek č. 2, 3, 4 vyplývá, že nejvyšších průměrných změn dosáhly komunální podniky na položkách stálá aktiva, a dlouhodobý hmotný majetek, avšak jedná se o změny záporné -1 000 000 Kč. Na druhém místě jsou soukromé podniky, které dosáhly nejvyšších kladných průměrných ročních změn, a to 83 000 Kč na položce dlouhodobý hmotný majetek. Nejvyšší průměrná roční změna u státních podniků byla na položce oběžná aktiva, a to ve výši 20 000 Kč.

7.1.4 Vliv typu zřizovatele na majetkovou strukturu v roce 2010 a 2017

Pomocí analýzy rozptylu budou ověřeny hypotézy, zda se podniky neliší v jednotlivých položkách majetkové struktury v souvislosti s typem zřizovatele. Lze také říci, že bude ověřováno, zda má statisticky významný vliv na majetkovou strukturu typ zřizovatele.

K analýze průměrných hodnot majetkové struktury podniků dělených dle zřizovatele je použita statistická metoda jednofaktorová ANOVA bez opakování.

Jednofaktorová ANOVA za rok 2010

Nulová hypotéza H₀: V průměru se podniky neliší v majetkové struktuře dle typu zřizovatele. (Podniky jsou v průměru statisticky srovnatelné v majetkové struktuře).

Alternativní hypotéza H₁: Existují typy podniků dle zřizovatele, které se od sebe statisticky odlišují v majetkové struktuře.

Tabulka 5 Jednofaktorová ANOVA rok 2010.

ANOVA						
Zdroj variability	SS	St.v.	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	397789329781,49	2	198894664890,74	0,44	0,65	3,55
Všechny výběry	8127008283882,59	18	451500460215,70			
Celkem	8524797613664,08	23				

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Vyhodnocení:

p - hodnota = 0,6505 (testové kritérium $F = 0,44$)

p - hodnota $> \alpha=0,05$, proto H_0 nezamítáme. (H_0 necháváme v platnosti)

Na 5% hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele v majetkové struktuře nehraje roli (majetková struktura podniku je statisticky srovnatelná mezi zřizovateli).

Závěr:

Hypotézu H_0 : nezamítáme (necháváme ji v platnosti) a můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele v majetkové struktuře nehraje roli v roce 2010. Efekt zřizovatelů není statisticky významný.

Jednofaktorová ANOVA za rok 2017

Nulová hypotéza H_0 : V průměru se podniky neliší v majetkové struktuře dle typu zřizovatele. (Podniky jsou v průměru statisticky srovnatelné v majetkové struktuře).

Alternativní hypotéza H_1 : Existují typy podniků dle zřizovatele, které se od sebe statisticky odlišují v majetkové struktuře.

Tabulka 6 Jednofaktorová ANOVA rok 2017.

ANOVA						
Zdroj variability	SS	St.v.	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	1314251765284,99	2	657125882642,50	2,59	0,10	3,55
Všechny výběry	4555675375346,31	18	253093076408,13			
Celkem	5869927140631,31	23				

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Vyhodnocení:

p - hodnota = 0,10 (testové kritérium $F = 2,5964$)

p - hodnota $> \alpha=0,05$, proto H_0 nezamítáme. (H_0 necháváme v platnosti)

Na 5 % hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele v majetkové struktuře nehraje roli (majetková struktura podniku je statisticky srovnatelná mezi zřizovateli).

Závěr: Hypotézu H_0 : nezamítáme (necháváme ji v platnosti) a můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele v majetkové struktuře nehraje roli za rok 2017. Efekt zřizovatelů není statisticky významný.

ANOVA indikuje, že vliv vlastnictví na majetkovou strukturu podniku je podle hypotéz téměř nulový až žádný. Efekt zřizovatelů není statisticky významný. Tento ukazatel je možné použít hlavně u analýzy z pohledu státu, v běžné manažerské praxi se používá právě z důvodu různého výkladu minimálně.

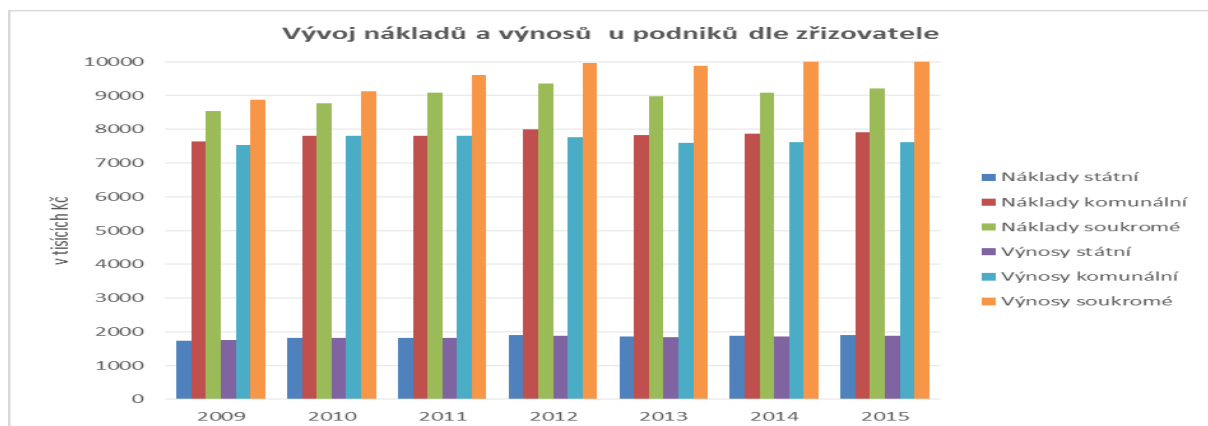
7.2 Náklady, výnosy a tržby podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu

V této podkapitole budou data o nákladech, výnosech a tržbách podniků znázorněna graficky. Dalším sledovaným atributem jsou vypočtené podíly osobních nákladů, nákladů na služby, odpisy, nákladů na prodané zboží a náklady na léčiva. Tyto podíly jsou rovněž znázorněny v grafech včetně komentáře.

Stejným způsobem je postupováno i v případě výnosů zkoumaných podniků dále členěných na výnosy od zdravotních pojišťoven, výnosy z prodaného zboží a provozní dotace. U výnosů je také zjišťována preference typu zřizovatele u tuzemců a cizinců.

7.2.1 Průměrné náklady a výnosy podniků v letech 2009 – 2015

Graf 9 Vývoj průměrných nákladů a výnosů.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Uvedený graf č. 9 ukazuje vývoj průměrných nákladů a výnosů podniků u jednotlivých zřizovatelů. Nejvyšší výnosy měly soukromé podniky, neboť se jejich průměrný výnos každoročně zvyšoval v průměru o asi 239 tisíc Kč. O něco nižší výnosy zaznamenaly komunální podniky a jejich průměrný výnos se každoročně v průměru snížil o 12 tisíc Kč. Nejnižší průměrné výnosy měly státní podniky, jejichž průměrný výnos se zvýšil meziročně o 19 tisíc Kč. Nejvyšší náklady měly komunální podniky a jejich průměrný náklad se každoročně zvyšoval v průměru o asi 34 tisíc Kč. O něco nižší náklady zaznamenaly soukromé podniky a jejich průměrný náklad se každoročně v průměru zvýšil o 12 tisíc Kč. Nejnižší průměrné náklady měly státní podniky, jejichž průměrný náklad se zvýšil meziročně o 24 tisíc Kč.

Při porovnání vývoje výnosů a nákladů ve sledovaném období od roku 2009 je patrné, že u státních a komunálních podniků rostly náklady rychleji než výnosy. U soukromých organizací byl trend opačný. Největší náklady jsou mzdové a náklady na odstraňování tzv. investičních dluhů. Investiční dluhy odstraňuje stát přes subvence z Evropské unie a přes účelové subvence ze strany Ministerstva zdravotnictví. Soukromý sektor investiční dluhy odstraňuje přes vlastní kapitál.

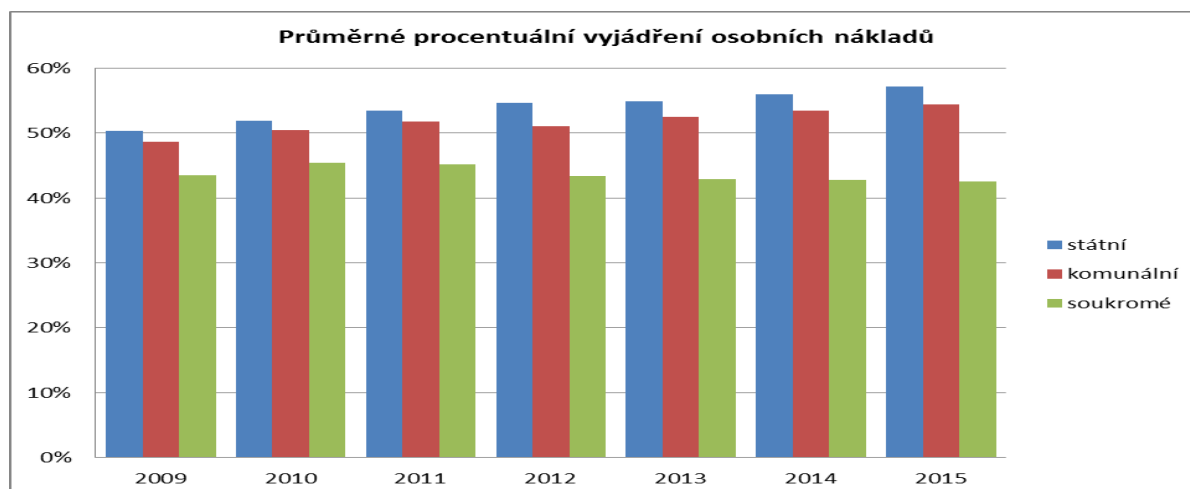
V nejvyšším možném rozsahu soukromé a komunální podniky svůj provoz reformují, státní podniky bohužel ne a právě prostřednictvím subvencí konzervují aktuální stav.

Není potřeba zvyšovat zdroje přes úhradovou vyhlášku, ale naopak zlepšením legislativy, narušením zakonzervovaného stavu z minulých období a spojením léčebných dovedností s efektivitou na zdravotní stav pacienta. Jedná se tedy o systémová opatření mimo zřizovatele.

Státní podnik poskytuje vysoko specializovanou péči, naproti tomu soukromý a komunální podnik poskytují péči jednoduššího charakteru. Za účelem změny poměru výše uvedených ukazatelů by bylo možné u úhradové vyhlášky zvolit úpravu následného charakteru, a to nastavením platby za diagnózu, posunutím úkonů a kompetencí na nižší články systému zdravotní péče. Dále pak provést změnu části komunálních podniků na podniky poskytující péči doléčovacího charakteru a s případným dofinancováním ze státního rozpočtu. Soukromé podniky mají v tuto chvíli vykázané nejnižší osobní náklady, naopak státní podniky nejvyšší.

Podíl osobních nákladů na celkových nákladech podniků v letech 2009 - 2015

Graf 10 Podíl osobních nákladů na celkových nákladech.



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

V grafu č. 10 je uvedeno procentuální vyjádření osobních nákladů (poměrově nejvyšší náklady) z celkových nákladů podniku. Nejvyšší osobní náklady mají státní podniky, nejvyšší hodnota je 57 %. Druhé nejvyšší osobní náklady mají komunální podniky, nejvyšší hodnota je 54 %. Naopak nejnižší zastoupení osobních nákladů mají soukromé podniky, kde je nejvyšší hodnota 45 %. Soukromé podniky mají větší motivaci snižovat náklady za účelem maximalizace zisku. Soukromé podniky mají v tuto chvíli vykázané nejnižší osobní náklady, naopak státní podniky nejvyšší.

Úhradová vyhláška by v tomto případě mohla reflektovat na danou disproporci, a to ve formě spoluúčasti nespádového pacienta, případně lehčího pacienta na léčbě, když mu může u lehčích diagnóz poskytnout adekvátní péči i lokální podnik a ne vysoko specializovaný podnik.

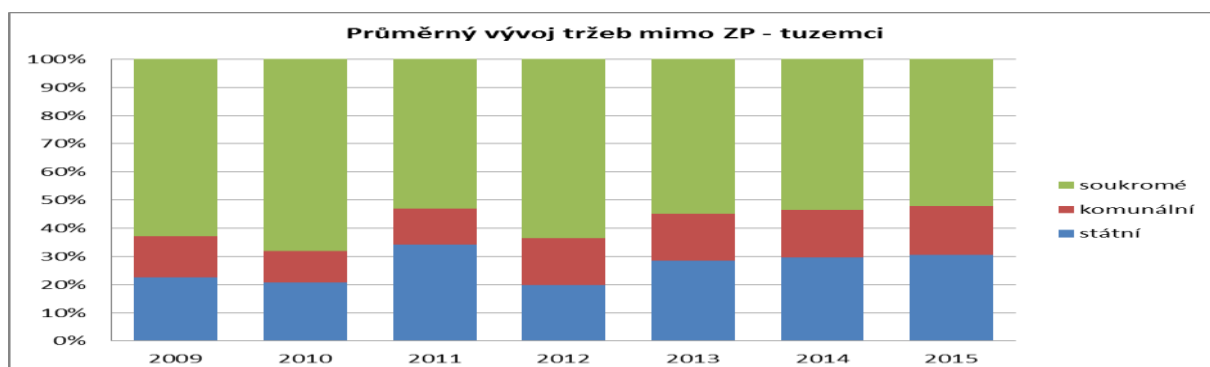
Systém zde vykazuje zásadní chybovost, jelikož lokální nemocnice jsou v některých případech nevytížené, a naopak koncové státní podniky jsou přetížené. Je nezbytná diferenciacce a podíl pacienta na léčbě a jistá omezení za účelem normalizace mzdových nákladů. Podniky je v tomto případě nutné kategorizovat a pacienta motivovat k jednoduššímu zákroku v lokálním komunálním podniku, jestli není spádový pod státním podnikem. Naopak pacientovi, který spadá pod státní podnik, nabídnout benefit, když jednodušší zákrok může absolvovat v komunálním podniku. Položka mzdových nákladů je docela významná, a proto by bylo vhodné tento postup zvolit, aby se systém zlevnil a zpružnil. Také je možné navrhnout podobný systém jako u komerčního pojištění cizinců -

jakmile dojde k neodůvodněnému využití koncového podniku poskytujícího zdravotní péči, zaplatit sankci a přejít na komunální nebo soukromý podnik, který je méně vytížený. Mohlo by to vést ke zpomalení zadlužování a péče bude dostupnější.

7.2.2 Tržby podniků mimo zdravotní pojišťovny v letech 2009 - 2015

V této části práce jsou znázorněny vývoje průměrných tržeb podniků mimo zdravotní pojišťovny, jednak u tuzemců, jednak u cizinců. Poslední dva roky byly dopočteny pomocí statistického výpočtu průměrné difference.

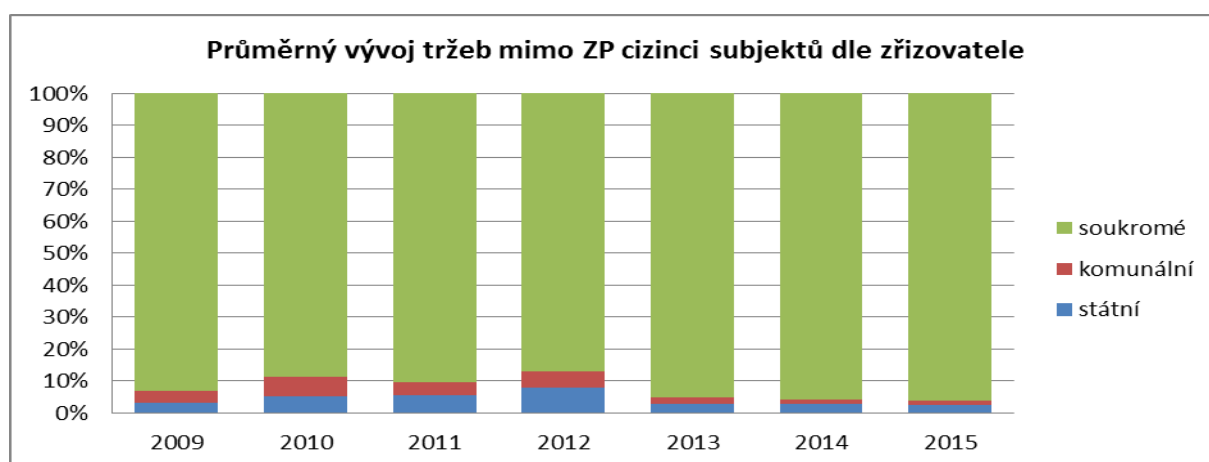
Graf 11 Podíl tržeb podniků dle zřizovatele, mimo zdravotní pojišťovny na celkových tržby - tuzemci.



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

V grafu č. 11 je vidět vývoj průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny pro tuzemce dle zřizovatele. Nejvíce si tuzemci vybírali soukromé zřizovatele, a to mezi asi 55 až téměř 70 procenty. Nejméně si vybírali podniky zřizované obcemi, a to cca mezi 10 až 15 procenty. Mezi jednotlivými roky je vidět kolísání zastoupení podniků dle zřizovatele, není vidět žádná významná rostoucí či klesající tendence. Graf poukazuje na silný vliv dodatkových zdrojů pro hospodaření soukromých i státních podniků, ale minimální vliv na komunální podniky. Státní podniky tržby mimo zdravotní pojištění využívají víc, ale ne na přidanou hodnotu pro pacienta - například lepší komfort, dostupnost, vstřícnost a podobně. Naproti tomu soukromé podniky efekt dodatkových zdrojů využívají na komplexní nadstandardní servis pro pacienta. Vhodné by bylo nastavení komplexního systému kvality a propagace ve státních a komunálních podnicích externí marketingovou agenturou, čímž by tyto podniky získaly další významné zdroje financování.

Graf 12 Podíl průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny na celkových tržbách - cizinci.



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

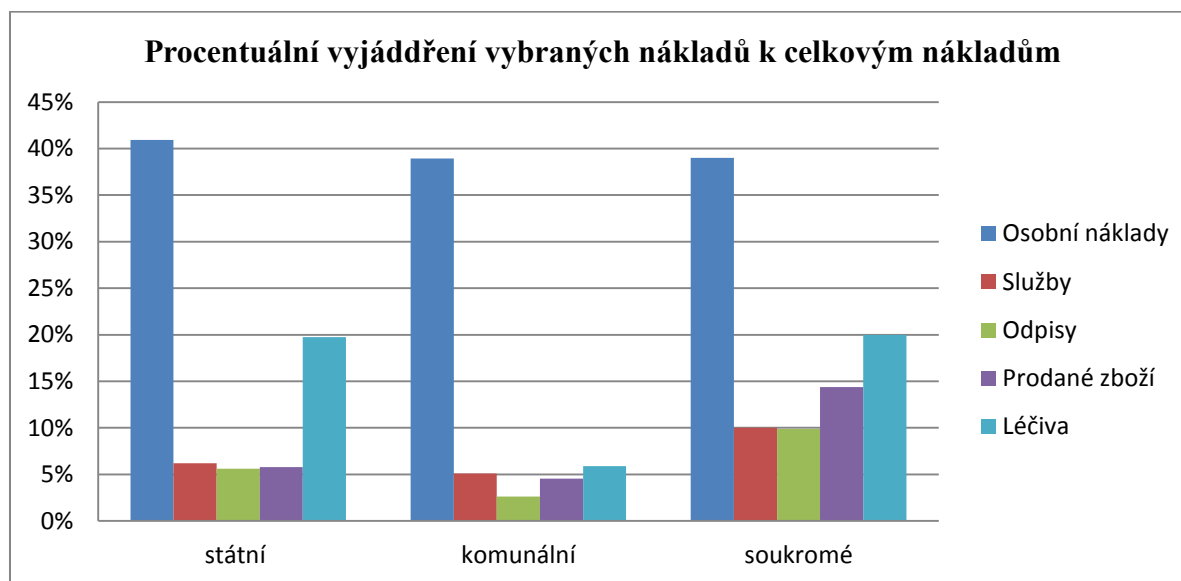
V grafu č. 12 je vidět vývoj průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny pro cizince dle zřizovatele. Velmi výrazně (téměř 90 procent i více) převažují podniky se soukromým zřizovatelem. Okrajově jsou zastoupeny státní podniky a nejméně v jednotlivých letech si cizinci vybírali komunální podniky. Mezi jednotlivými roky je vidět kolísání zastoupení podniků dle zřizovatele, není vidět žádná významná rostoucí či klesající tendence. Z tohoto grafu lze vyčíst, že absolutní převahu na tržbách mimo zdravotní pojišťovny mají soukromé podniky oproti státním.

Zde by bylo vhodné apelovat ani tak ne na komplexnost služby, ale spíše na servis, kvalitu a konkrétní klientelu a úkony. Státní podnik nabízí komplexní péči a není pro cizince zvláště mimo EU čitelné, co vlastně nabízí.

Naopak soukromý podnik je jasně pro cizince čitelný z hlediska specializace, která v jeho zemi chybí. Státním podnikům lze doporučit specializovat se na konkrétní cílovou skupinu pacientů (oblast), mít orientaci, která část péče je tam vysoce problematická, a cílit přesně na danou oblast a danou péči. Nastavení provést pomocí profesionální marketingové firmy. Jen za těchto podmínek můžeme očekávat zlepšení ukazatelů státních podniků.

7.2.3 Podíl vybraných nákladů na celkových nákladech

Graf 13 Podíl vybraných nákladů na celkových nákladech.



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

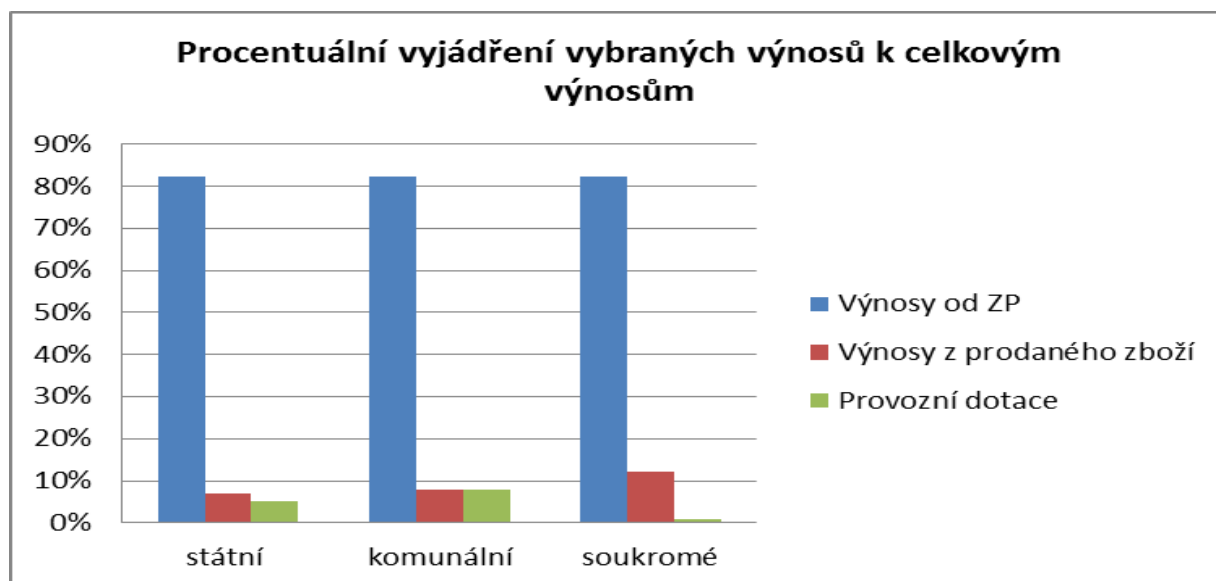
Z grafu č. 13 je patrné, že osobní náklady měly nejvyšší podíl na celkových nákladech, a to u všech tří typů zřizovatele. Státní podniky 41%, komunální 39 % a soukromé 39 %. Náklady na odpisy byly ve výši u státních podniků 6 %, komunálních 3 % a soukromých 10 %. Náklady na služby byly ve výši u státních podniků 6 %, komunálních 5 % a soukromých 10 %. Náklady na prodané zboží byly ve výši u státních podniků 6 %, komunálních 5 % a soukromých 14 %. Náklady na léčiva byly ve výši u státních podniků 20 %, komunálních 6 % a soukromých 20 %.

Graf č. 13 ukazuje nižší osobní náklady u soukromých a komunálních podniků a naopak vyšší podíl nákladů u státních podniků. V tomto případě jsou nižší legislativní bariéry a vyšší svoboda managementu v rozhodování a také zamezení neefektivity v soukromém podniku významně větším plusem ve prospěch soukromého podniku a soukromý podnik zamezuje odlivu lékařů mimo systém České republiky.

V případě uvolnění předpisových omezení u státních podniků by management státního podniku byl schopen zdravotníka ve vysoce specializovaném státním podniku zaplatit a státní podnik by neztrácel konkurenční výhodu a ani lékaře a sestry ve prospěch soukromého podniku. Tady by byla ale nezbytná vysoká profesionalizace manažerských činností a zamezení jakýchkoliv úniků zdrojů financování.

7.2.4 Podíl vybraných výnosů na celkových výnosech

Graf 14 Podíl vybraných výnosů na celkových výnosech



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Z grafu č. 14 je patrné, že výnosy od zdravotních pojišťoven měly nejvyšší podíl na celkových výnosech, a to u všech tří typů zřizovatele. Státní podniky 82 %, komunální 82 % a soukromé 82 %. Výnosy z prodaného zboží byly ve výši u státních podniků 7 %, komunálních 8 % a soukromých 12 %. Výnosy z provozní dotace byly ve výši u státních podniků 5 %, komunálních 8 % a soukromých 1 %.

Graf číslo 14 ukazuje vysokou závislost celkových výnosů na výnosech od zdravotní pojišťovny. Tady se oproti zbylým státům V4 ukazuje jiný přístup k pacientovi (klientovi). Zbylé státy V4 umožňují mimo standardní ordinační hodiny zaplacení vyšetření a léčby za předpokladu, že pacient platí i samotný úkon a léky (samozřejmě do maximálního limitu). V České republice tato možnost bohužel není. Zde by bylo možné na diferenciaci financování a doplnění zdrojů zvolit Polsko - Slovenský model. „Chceš lepší péči a máš na to, není problém.“ Mimo standardní čas je možné ji dostat, ale je nutné zaplatit si i úkony do zákonem stanoveného maxima. Efekt na hospodaření bez zátěže veřejných financí je spíše kladný.

7.2.5 Preference typu zřizovatele od cizinců a tuzemských pacientů

V této podkapitole bude nejprve stanovena nulová hypotéza, poté alternativní hypotéza a následně budou pomocí testu nezávislosti hypotézy ověřovány.

χ^2 test nezávislosti

Nulová hypotéza H0: cizinci ani tuzemští pacienti nepreferují žádný typ zřizovatele

Alternativní hypotéza H1: Cizinci i tuzemští pacienti preferují určitý typ zřizovatele

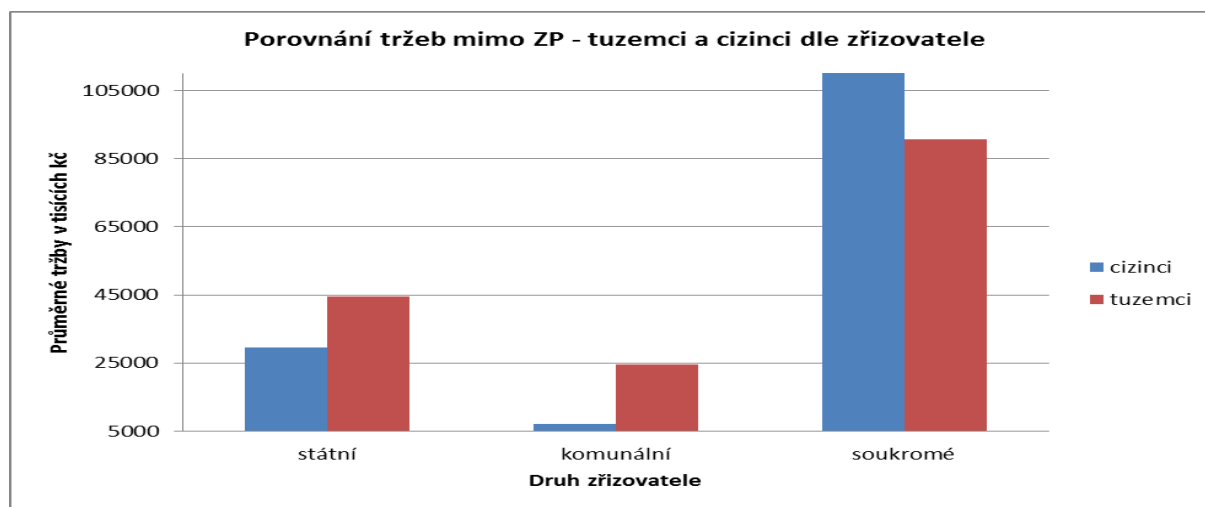
Testové kritérium $\chi^2 = 309822,7143$

Kritický kvantil pro dva stupně volnosti je 5,99.

p - hodnota je menší než 0,00001

H0 zamítáme a přijmeme H1 o tom, že cizinci i tuzemští pacienti preferují určitý typ zřizovatele.

Graf 15 Preference typu zřizovatele - cizinci a tuzemci.



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Graf č. 15 ukazuje porovnání tržeb v jednotlivých podnicích tříděných dle zřizovatele. Nejvyšší tržby celkem mimo zdravotní pojišťovny zaznamenaly soukromé podniky. Na druhém místě jsou státní podniky a nejnižší tržby zaznamenaly komunální podniky. U soukromých podniků převažují tržby od cizinců a naopak u státních a komunálních podniků převažují tržby od tuzemců.

V návaznosti na χ^2 test nezávislosti je i z grafu patrné, že cizinci preferují soukromého zřizovatele. I v soukromých podnicích cizinci převažují nad tuzemci, u zbývajících zřizovatelů (komunálních a státních) převažují tuzemci. Tuzemec vyhledává kompletní péči, ale cizinec vyhledává specializované úkony. Vyšší podíl soukromých podniků není podle pozorování způsoben kvalitnější péčí, ale lepší čitelností ze strany tuzemce i cizince.

Státní podnik se spoléhá na systém - jsem komplexní zařízení, musím být kvalitní - a nevyvíjí - často ani neví jak - činnost, kterou by oslovil osoby mimo zdravotní pojišťovny. Naproti tomu soukromý podnik apeluje na hodnoty, které hledá samoplátce. Komunikační strategie státních podniků selhává.

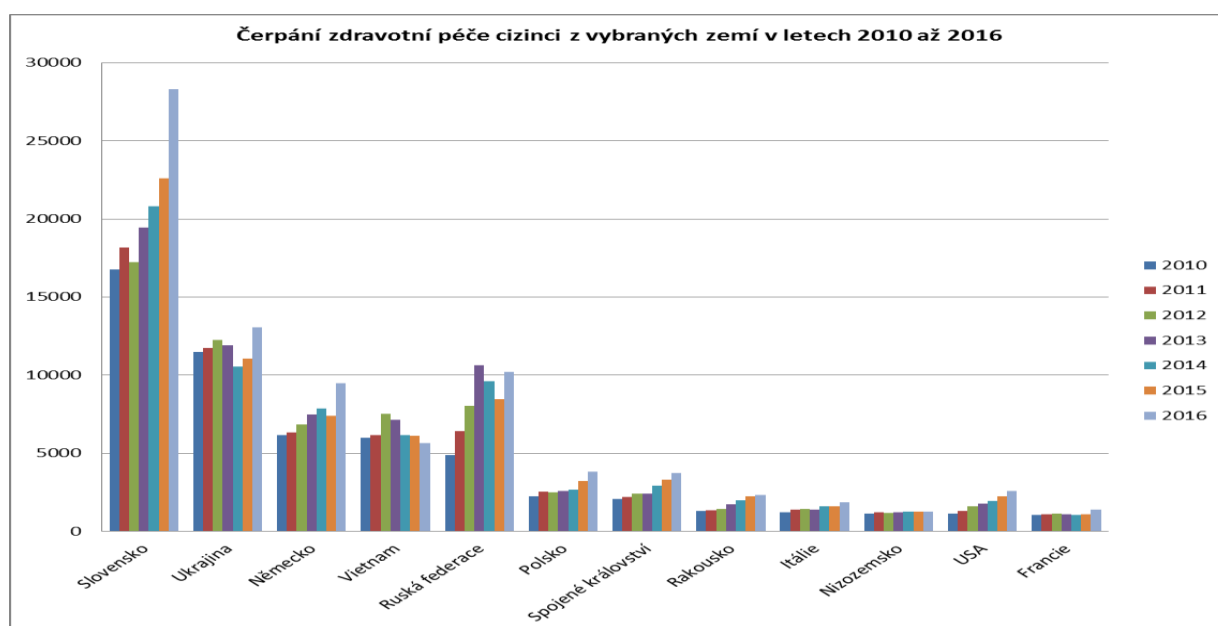
Zdravotní péče poskytovaná cizincům v nemocnicích

Podle informací z Ústavu zdravotnických informací, kde jsou sbírány a analyzovány informace z ročních výkazů od vybraných poskytovatelů lůžkové péče, kam patří fakultní nemocnice, nemocnice a nemocnice následné péče, kterých je cca 190 a nejsou v nich zakomponována data o cizincích, jejichž úkony jsou hrazené ze zákonného veřejného zdravotního pojištění zdravotními pojišťovny ČR, „vyhledalo lékařskou péči u poskytovatelů lůžkové péče celkem 117 287 cizinců, z tohoto počtu bylo 62 236 osob (53 %) ze zemí Evropské unie. Z pohledu územního rozložení bylo nejvíce cizinců ošetřeno v nemocnicích v Praze, a to 74 115 osob. Na dalších místech v počtu ošetřených cizinců jsou kraje Jihomoravský (25 087), Plzeňský (12 219), Moravskoslezský (10 428), Karlovarský (8 795) a Středočeský (8 538). Nejčastěji ošetřovanými cizinci byli v roce 2017 občané Slovenské republiky, kterých bylo 27 925. Následuje kategorie „ostatní“ s 16 693 osobami bez určení státní příslušnosti, dále Ukrajinci (14 401), Rusové (8 303), ostatní země EU (6 861) a Vietnamci (5 864). Zdravotní péče poskytnutá cizincům si v roce 2017 vyžádala náklady v celkové výši 931,4 mil. Kč, z toho 63,4 % (590,4 mil. Kč) představovaly náklady na pacienty z EU. Nejvyšší náklady byly vynaloženy za občany Slovenska (308,3 mil. Kč), Ukrajiny (94,7 mil. Kč) a Německa (75,4 mil. Kč).“ Čerpání zdravotní péče cizinci (2017).

Čerpání zdravotní péče cizinci z vybraných zemí v letech 2010-2016

V této části práce budou zkoumány počty ošetřených cizinců v nemocnicích a náklady na ošetření cizinců v letech 2010-2016 z vybraných zemí. Informace o počtech cizinců, jimž byla poskytnuta lékařská péče v lůžkových zařízeních (podnicích) v minulých letech, jsou zakomponovány v grafu č. 16.

Graf 16 Počet cizinců čerpajících zdravotní péči.



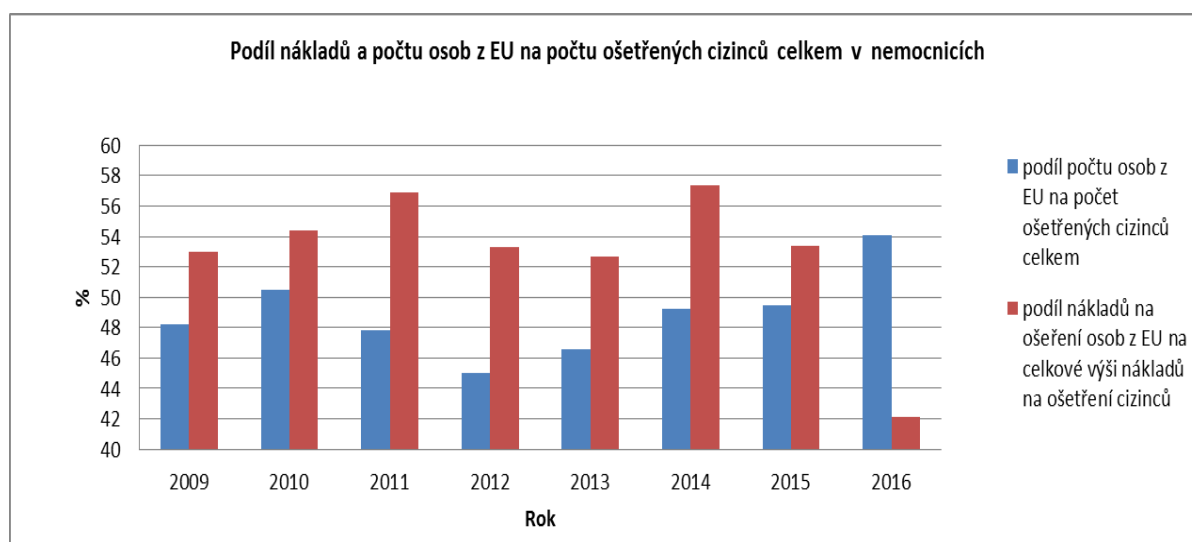
Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Z grafu č. 16 je patrný zvyšující se podíl občanů Slovenska na čerpání zdravotní péče na základě úhradových vyhlášek, ale zároveň i zvyšující se podíl občanů třetích zemí, zvláště bývalého východního bloku. V případě Slovenska je tento efekt i s ohledem na to, že zdravotní péče je hrazená na základě úhradové vyhlášky, nebo na základě Evropského průkazu zdravotního pojištění, zatím spíše pozitivní. Nedochozí k poskytnutí a neuhrazení péče, a to i přes rozdílný přístup k tzv. odkladné a neodkladné péči na území Slovenska, která je závislá na platební disciplíně pojištěnce. Slovenský pojištěnec je v tuto chvíli pro jakýkoliv podnik poskytující zdravotní péči na neakutní péči lukrativní, jelikož podnik poskytující zdravotní péči dostane platbu do maximální výše platné na Slovensku v rozsahu výkonů, které se musí provést u plánované péče na území Slovenska vždy a v plné výši. To znamená, že jakmile český podnik provede sadu vyšetření v rozsahu slovenských předpisů, u konkrétní diagnózy dostane peníze vždy a bez jakéhokoliv krácení. U třetích zemí jsme limitováni úhradovou vyhláškou a také tím, zda je pacient pojištěn v systému veřejného pojištění na území Česka komerční pojišťovnou nebo zda je vůbec pojištěn. Z daných skutečností plyne, že slovenský pacient přes systém zdravotního pojištění Slovenska nebo jako samoplátce je pro podniky poskytující zdravotní péči v ČR silná přidaná hodnota, ale na základě osobních neformálních rozhovorů očekává časovou flexibilitu a vysoký komunikační standard, za který si rád doplatí. Na tuto skutečnost by se měl zřizovatel zaměřit.

Pacient třetích zemí je pro české podniky působící ve zdravotnictví lukrativní jen za předpokladu, že je zapojený v systému veřejného pojištění na území Česka, nebo jako samoplátce, případně jako urgentní případ. V opačném případě spíše existuje riziko, že platba za daného pacienta nebude českému podniku působícímu v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu uhrazena vůbec.

Dalším zkoumaným aspektem byla úhrada zdravotní péče poskytnuté cizincům. Nejvyšší podíl tvoří platba hotově, meziročně stoupá o 278 747 tis. Kč; objem úhrad v roce 2016 byl 1 406 269 tis. Kč. Druhým nejčastějším způsobem úhrad bylo placení ze zahraničního pojištění, meziročně stoupá o 35 739 tis. Kč; objem úhrad byl v roce 2016 296 695 tis. Kč. Třetí nejčastější forma úhrady byla ze smluvního pojištění v ČR, opět se meziročně zvyšuje o 47 839 tis. Kč; v hodnotovém vyjádření v roce 2016 byla 482 984 tis. Kč. Nejméně častou formou úhrady je úhrada státními orgány, která naopak meziročně klesá o 1 074 tis. Kč; objem úhrad byl v roce 2016 7 356 tis. Kč. (zdroj: ÚZIS)

Graf 17 Náklady na ošetření cizinců v nemocnicích celkem



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Graf č. 17 znázorňuje procentuální vymezení počtu osob z EU na počet celkově ošetřených cizinců v nemocnicích a dále podíl nákladů na ošetření osob z EU na celkové výši nákladů na ošetření cizinců v %. Z grafu je patrné, že podíl nákladů na ošetření osob z EU rapidně klesl v roce 2016. Podíl nákladů na ošetření osob z EU se pohybuje každoročně mezi 42 % a 58 %. Nejvyšší podíl byl v roce 2014, a to cca 58 %. Podle zákonů v České republice nelze pacienta omezit ve svobodné volbě, ale úkony proveditelné například v lokálních státních a komunálních podnicích, jestli je pacient chce; ve fakultní nemocnici by byly zpoplatněny

podobně jako u pojištění cizinců poplatkem a právo svobodné volby by bylo zákonně nebo finančně omezeno.

Dále by bylo vhodné zkrácení délky hospitalizací a změna kompetencí. Jednoduší výkony by měly být prováděny v městských nebo regionálních, eventuálně v soukromých podnicích a naopak nejnáročnější výkony by prováděla fakultní nemocnice. U občanů mimo EU, kdy v souvislosti s nedostatkem pracovních sil v ČR jejich počet roste, je nutné hlídat právě zdravotní pojištění. Jakmile občan pracuje v České republice, je nutné hlídat zvláště u pracovních agentur, aby byl přihlášený do systému zdravotního pojištění a aby bylo za něho odváděné zdravotní pojištění, což se bohužel neděje.

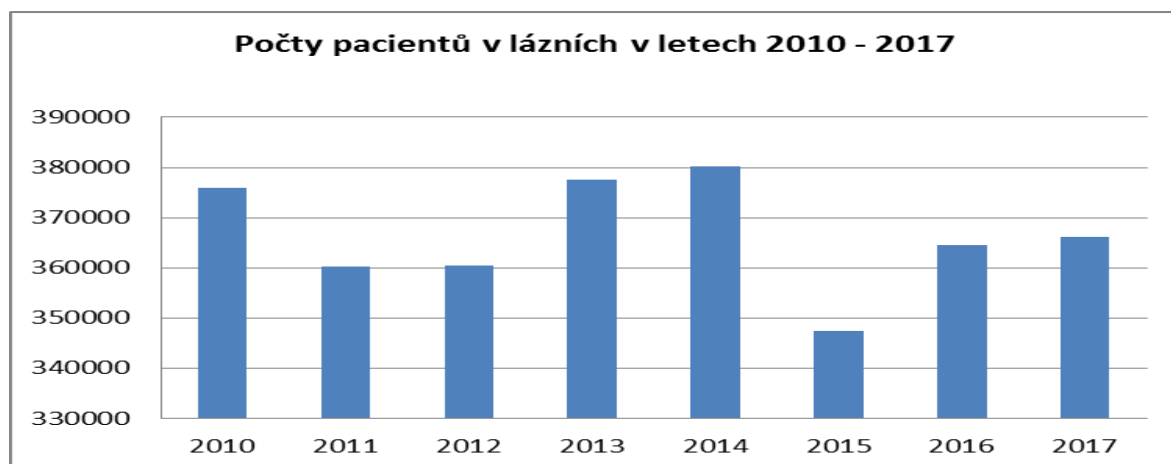
Celkové náklady na ošetření cizinců v nemocnicích rostou, ale nižší růst vykazují náklady na ošetření cizinců ze států EU. Tady je dobré zmínit, že není třeba až natolik zaměřit pozornost na náklady na ošetření občanů EU, jelikož tyto náklady vždy vykryje jejich pojišťovna ze strany domovského státu nebo jejich pojištění na území České republiky.

Problematictí jsou občané mimo EU z tzv. třetích států. Je třeba uvést, že Maďarsko a Slovensko vyžadují komerční pojištění daných občanů minimálně pro urgentní péči u vstupu, ale například Polsko už ne. Je nutné donutit i další země Schengenu, aby postupovaly podobně jako Slovensko a Maďarsko u občanů třetích států, jinak dané občany bude muset ošetřit Česká republika v případě nutnosti na své náklady.

Zdravotní péče v lázních

Tato podkapitola se zabývá vývojem počtu pacientů v lázeňských podnicích. Lázeňská péče, poskytovaná podniky, jejichž hospodaření je výše sledováno a analyzováno, tvoří velmi významný atribut ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu. Dalšími aspekty výzkumu jsou počty cizinců čerpajících lázeňskou péči na území České republiky i v jednotlivých krajích. Dalším významným zkoumaným faktorem je forma úhrady čerpání zdravotní péče. V roce 2017 bylo na území České republiky dle Českého statistického úřadu 92 podniků poskytujících lázeňskou péči s celkem cca 18 000 lůžky. Přijatých pacientů v tomto roce bylo cca 370 000 a z tohoto počtu bylo cca 151 000 cizinců.

Graf 18 Vývoj počtu lázeňských pacientů

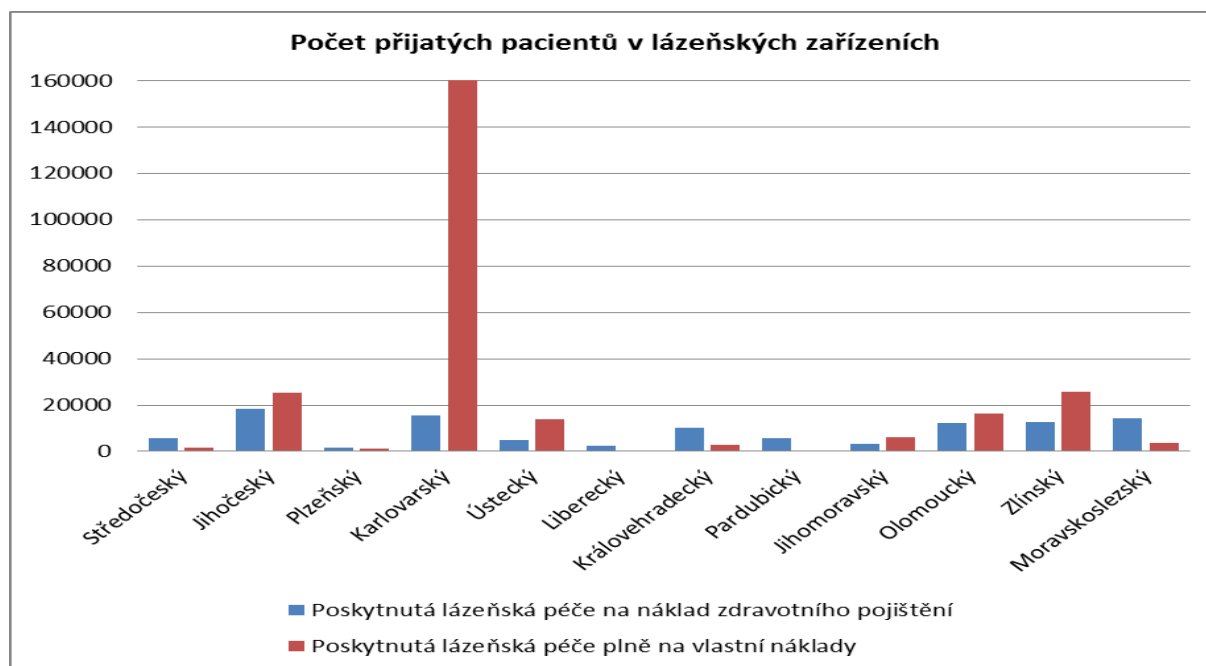


Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Graf č. 18 znázorňuje vývoj počtů pacientů v lázních v letech 2010 až 2017. V datech jsou zahrnuti všichni pacienti jak děti, dorost i dospělí. Po roce 2010 začal počet pacientů klesat, a to až do roku 2013 a 2014, kde byl naopak počet nejvyšší. V těchto letech docházelo v České republice k výraznému oživování cestovního ruchu a tím se zvyšovala návštěvnost lázeňských podniků jak rezidenty, tak nerezidenty. Na tuto situaci zareagoval i trh a hlavně soukromé podniky začaly navyšovat ubytovací kapacitu, aby mohly uspokojit rostoucí poptávku po službách. Jednoznačným faktorem v těchto letech byla zlepšující se ekonomická situace, nárůst zaměstnanosti a mezd, jež zvýšily kupní sílu a spotřebu domácností. Vedle těchto makroekonomických ukazatelů se zde projevil další neméně důležitý faktor, což je bezpečnost regionu. Dalším změnovým faktorem, který se projevil ve změně počtu lázeňských hostů v již zmíněných letech, je změna formy čerpání dovolených u českých občanů. Jednoznačně se snižuje čerpání délky dovolené a využívání tzv. prodloužených víkendů, které jsou pro návštěvu lázeňských regionů více než příznivé.

Je možné se domnívat, že zkrácení počtů dnů při čerpání řádné dovolené souvisí s pracovním vytížením občanů v produktivním věku. Nemohou nebo mají obavy opustit pracovní místo na několik týdnů a preferují častější dobu na rekreaci a oddych, avšak v kratších intervalech. Je však otázkou, zda pro zdravotní stav a celkovou kondici člověka jsou takto krátké dovolené přínosné a zda je vůbec možné se za tak krátkou chvíli odreagovat a zrelaxovat.

Graf 19 Počet lázeňských pacientů v jednotlivých krajích dle formy úhrady



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

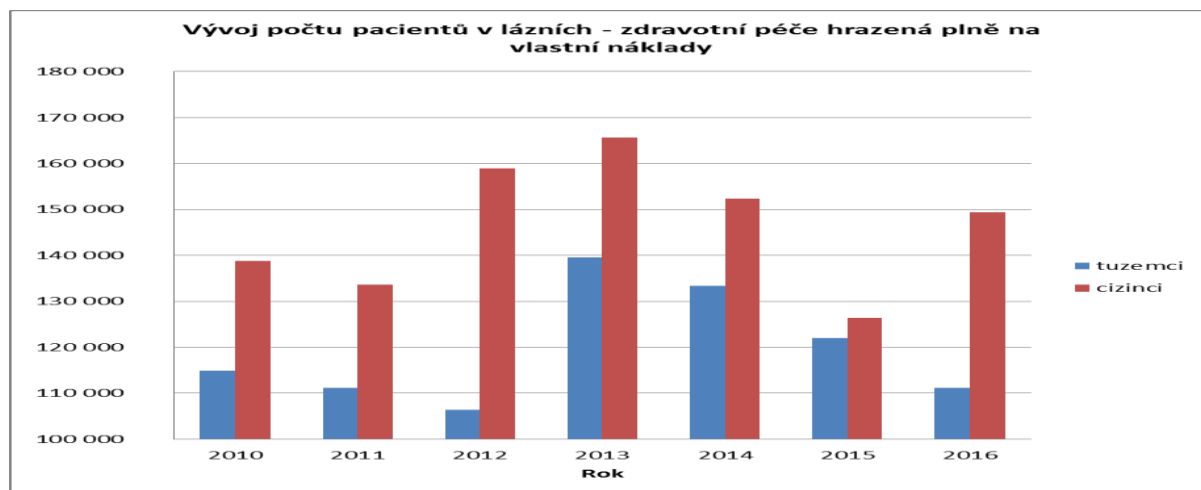
V grafu č. 19 je znázorněn počet přijatých pacientů do lázeňských podniků v roce 2017 dle jednotlivých krajů. Jednoznačně nejvyšší počet lázeňských pacientů vykazuje Karlovarský kraj, kde jsou podniky poskytující lázeňskou péči rozmístěny v pěti lázeňských městech. Podniky poskytují odbornou lázeňskou péči s využitím místních přírodních léčivých zdrojů. Jedná se o města Karlovy Vary, Mariánské Lázně, Františkovy Lázně, Lázně Jáchymov a Lázně Kynžvart. V Karlových Varech se léčí nemoci trávicího ústrojí, nemoci z poruch látkové výměny a žláz s vnitřní sekrecí, nemoci pohybového ústrojí, onkologické nemoci a jako jediné lázně v České republice léčí poruchy trávicího ústrojí u dětí a dorostu.

Ve Františkovských lázních se léčí nemoci onkologické, nemoci oběhového ústrojí, nemoci pohybového ústrojí a gynekologické nemoci. V Mariánských lázních se léčí nemoci pohybového ústrojí, nemoci močového ústrojí, dýchacího ústrojí, gynekologické a onkologické nemoci, nemoci močového ústrojí u dětí a gynekologické nemoci u dětí. V lázních Kynžvart jsou léčeny nemoci trávicího ústrojí, nemoci a poruchy výměny látkové a žláz s vnitřní sekrecí a obezita, dále pak netuberkulózní nemoci dýchacího ústrojí, nemoci pohybového ústrojí a další. V lázních Jáchymov jsou léčeny nemoci pohybového ústrojí, nervové nemoci a nemoci oběhového ústrojí. Dále nejvyšší počty lázeňských pacientů vykazuje kraj Jihočeský. Zde jedny z nejvýznamnějších jsou slatinné lázně Třeboň, které mají více než 130 letou tradici; léčí se zde nemoci pohybového aparátu, a to pomocí slatiny získávané z rašelinišť třeboňských blat. Dále jsou v tomto kraji umístěny lázně Bechyně,

zaměřené na léčbu artritidy a artrozy, Bechtěrevovy choroby, bolestivého syndromu šlach a svalů. Dalšími významnými lázněmi jsou Lázně Hotel Vráž, kde se slatinou léčí pohybové a nervové ústrojí. V lázních Jupiter v Bechyni jsou léčeny nemoci pohybového ústrojí a nemoci nervové.

K současnému trendu českého lázeňství je třeba podotknout, že zvyšující se počet pacientů samoplátců, kteří přijíždějí na wellness pobyty, a snižování průměrné doby pobytu, které s tím souvisí, je zapříčiněno tím, že do lázní již nepřijíždí pouze pacienti s indikovanou léčbou, nýbrž stále častěji rodiny s dětmi, vyčerpaní manažeři, kteří si potřebují odpočinout, zregenerovat, případně jezdí za kulinářskými zážitky nebo za kulturou. V souvislosti s tím je potřebné, aby podniky působící v infrastruktuře cestovního ruchu, které poskytují lázeňskou péči, přizpůsobily marketingovou strategii a orientovaly se na segment samoplátců.

Graf 20 Vývoj počtu cizinců a tuzemců hradících lázeňskou péči na vlastní náklady.

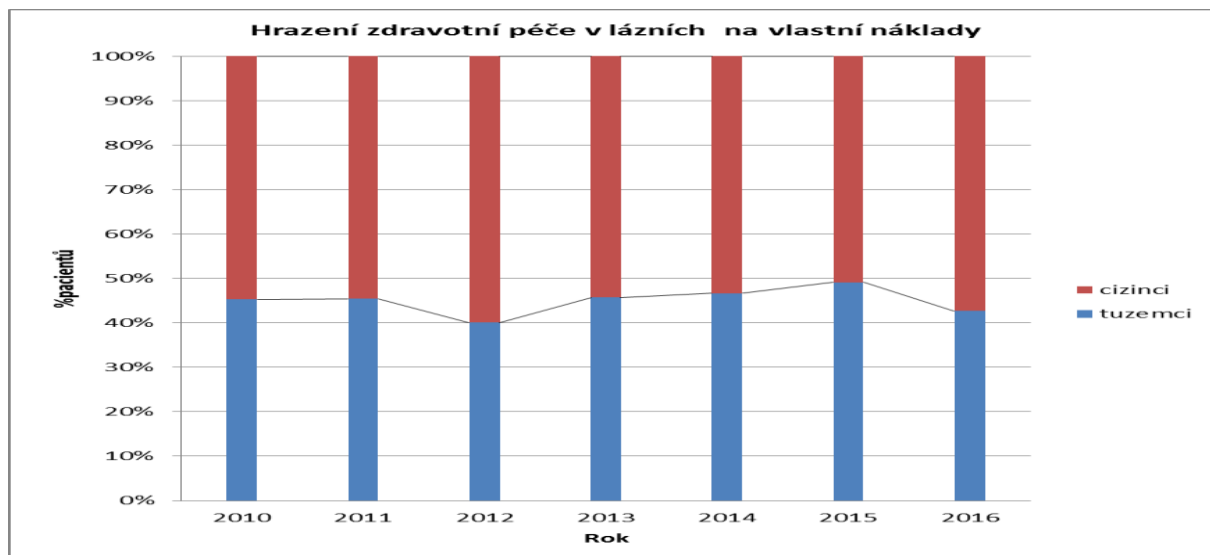


Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

V grafu č. 20 je znázorněna dynamika počtu pacientů hradících si zdravotní péči na vlastní náklady. Počet cizinců v každém roce převyšuje počet tuzemců. Vývoj počtu tuzemců i počtu cizinců má obdobnou dynamiku. S každým dalším rokem se v průměru zvyšuje počet cizinců hradících si péči na vlastní náklady, a to o 385 pacientů. Pro zajímavost je možné uvést, že počet tuzemských pacientů v lázních hrazené péče na vlastní náklady se každoročně v průměru zvyšuje o 1330 pacientů. V České republice jsou průměrné soukromé výdaje na zdravotní péči za rok na osobu cca 5 000 Kč a výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči jedné osoby jsou cca 24 000 Kč za rok (zdroj ČSÚ). Zajímavé zjištění je, že nárůst tuzemských pacientů je 3krát rychlejší než pacientů z ciziny. Lázeňská péče funguje na komerční bázi bez významných vlivů. Poukazuje na fakt, že tuzemec je zvýšeně závislý na úhradové vyhlášce a cizinec je většinou finančně lépe zabezpečený a může si danou péči

dovolit. Prostor na zvýšení počtu cizinců lze najít ve snížení proticizineckých nálad, kde se ukázalo, že lázeňství ovlivňují, a to hlavně v Teplicích a Luhačovicích. Dále je třeba zmínit silnou konkurenci Slovenska a Maďarska a skutečnost, že klienti se sníženou bonitou využívají také lázeňství na Ukrajině, která zvládá sebekpropagaci velmi dobře.

Graf 21 Vývoj počtu cizinců a tuzemců hradících lázeňskou péči na vlastní náklady v procentech

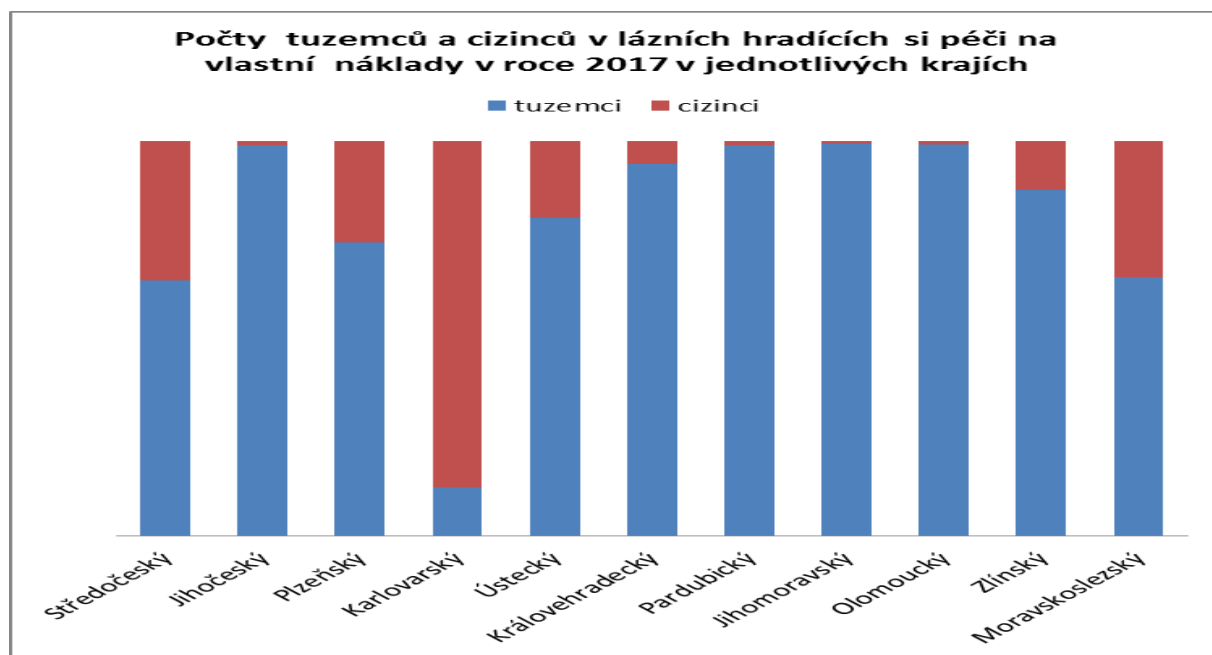


Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

V grafu č. 21 je znázorněno procentuální zastoupení hrazení zdravotní péče v lázních na vlastní náklady. Procento hrazení péče na vlastní náklady u tuzemců se pohybuje každoročně mezi 40 % a 50 %. Nejvíce cizinců čerpalo zdravotní péči hrazenou vlastními náklady v roce 2012 (cca 60 %) a nejméně v roce 2015, a to cca 50 %. Graf č. 21 vykazuje silnou návaznost na graf 20. Hodnoty jsou více méně konstantní.

Další možné zvýšení poskytování lázeňské péče na vlastní náklady klientů by bylo možné za předpokladu zlepšení propagace podniků, a to i na krátké soukromé pobyty na území České republiky, zacílení propagace a zaměření se hlavně na kvalitu poskytované péče. Aktuálně propagaci lázeňství a rehabilitace zvládají výrazně lépe státy mimo Evropskou unii, tedy naši sousedé. Pacient, který neprojde na území V4 hraničně úhradovými vyhláškami, volí pobyt s téměř stejným efektem, ale na delší dobu, ve třetích státech. Zde by bylo vhodné aktivně zavést opatření v oblasti fiskální politiky ze strany státu a komunální sféry oboru sociálních věcí.

Graf 22 Počty tuzemců a cizinců v lázních v roce 2017 hradících si péči plně na vlastní náklady v jednotlivých krajích.



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Graf č. 22 znázorňuje počty tuzemců a cizinců čerpajících lázeňskou péči hrazenou plně na vlastní náklady v roce 2017. Nejvíce cizinců čerpalo lázeňskou péči hrazenou na vlastní náklady v Karlovarském kraji, bylo to 143 122 osob. Druhý nejvyšší počet cizinců hradících si péči na vlastní náklady byl ve Zlínském kraji, kde bylo 3 191 cizinců. Pak následoval kraj Ústecký, kde v roce 2017 byl počet cizinců 2 698. Naopak nejméně cizinců čerpajících lázeňskou péči bylo v Pardubickém kraji, a to 1 osoba, a pak v kraji Jihomoravském 45 osob.

Na zdravotně orientovaný cestovní ruch pozitivně působí dobrá situace na trhu práce v ČR a rostoucí mzdy. Dále pak ekonomický růst, který je ovlivněn uvolněním kurzového závazku České národní banky, čímž dochází k posilování české koruny.

Vysoká návštěvnost cizinců v lázeňských podnicích je v krajích Karlovarském, Zlínském a Ústeckém ovlivněna hlavně historickými památkami, které se zde nacházejí, atmosférou, šíří služeb či velmi dobrou dopravní dostupností. Nemalou měrou se na vysoké návštěvnosti lázeňských podniků podílí nabídka kulturních akcí, jako jsou výstavy, festivaly a koncerty. Zde stojí za povšimnutí Karlovarský kraj z pohledů samoplátců cizinců a Zlínský kraj z pohledu tuzemců. Zlínský kraj vykazuje vysoká čísla tuzemců díky lokaci podniků. Karlovarský kraj právě za pomoci propagace a historické zkušenosti a detto lokace podniku. Klíčem ke zvýšení podílu samoplátců by bylo vhodné zlepšit cílenou propagaci na konkrétní klienty a státy ze strany konkrétních podniků a zaměřeni se na lokality s vysokou koupěschopností obyvatelstva s orientací propagace na zdraví, rodinnou pohodu a hlavně

oproti dovolené v zahraničí bezpečí. České lázně těží z faktoru bezpečí dovolené v lázních oproti dovolené ve státech, kde je zvýšené bezpečnostní riziko.

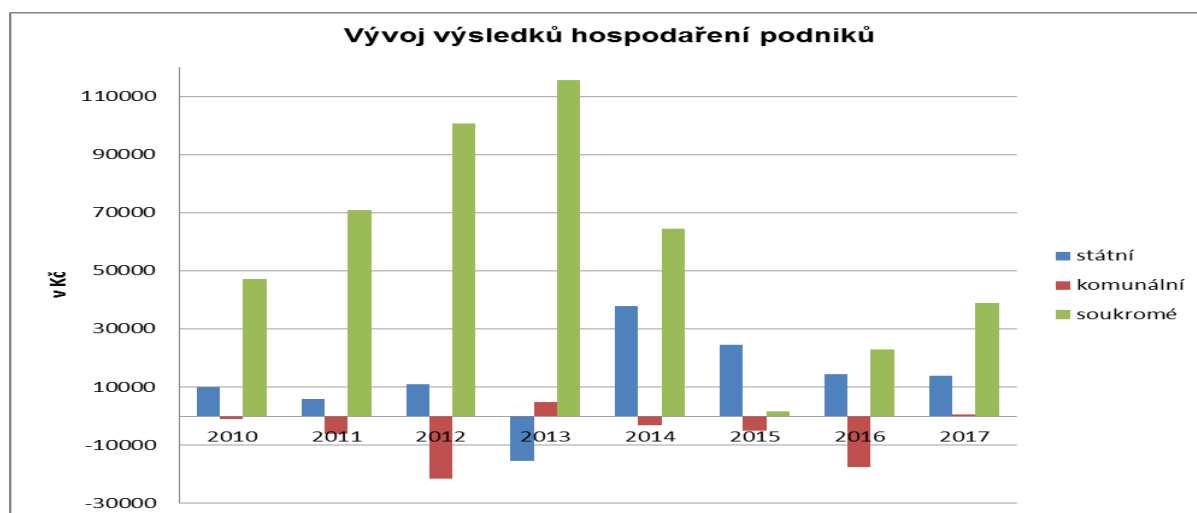
7.3 Výsledky hospodaření podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu

V této podkapitole budou analyzovány a porovnávány výsledky hospodaření podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu, a to včetně lineárních křivek a regresních koeficientů u zkoumaných podniků dle zřizovatele. U všech těchto podniků byla shromážděna data v průběhu let 2010 až 2017, a to výsledky hospodaření před zdaněním. U soukromých zřizovatelů jsou data čerpána z údajů v obchodním rejstříku, z výkazů zisků a ztrát. U podniků zřizovaných státem a obcemi, tedy státních a komunálních a podniků, jsou informace o výsledky hospodaření čerpány ze státní pokladny, portál Monitor. Všechny získané informace jsou tedy veřejně dostupné.

7.3.1 Výsledky hospodaření podniků v letech 2010 až 2017

Vývoj výsledků hospodaření (lze jej také nazvat hospodářským cyklem) udává opakující se kolísání skutečného produktu či služby kolem potenciálního produktu či služby nebo růstového trendu. Výsledek hospodaření udává rozdíl mezi výnosy a náklady, případně vývojem nákladů zachycujícím krátkodobé a dlouhodobé nákladové funkce.

raf 23 Vývoj průměrných výsledků hospodaření podniků dle zřizovatele



Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Uvedený graf č. 23 ukazuje vývoj průměrného výsledku hospodaření vybraných podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaném cestovním ruchu.

Komunální podniky vykazují kolísavé hodnoty výsledků hospodaření. Nejvyšší odchylky byly v letech 2012 a 2016, kdy výsledky hospodaření dosahovaly záporných hodnot. Soukromý podnik vykazuje naopak vysoký růst výsledku hospodaření do roku 2013 se skokovým poklesem v dalších letech a státní podniky vykazují místy významné odchylky (např. v roce 2013) ve formě růstu hospodaření a následně se drží kolem obvyklého pásma.

U komunální sféry se jedná o stav, kdy lokální zástupci se snaží investovat s rozumem a zabezpečit přes rozumné využití manažerských opatření kontinuální růst výsledku hospodaření. U státních podniků růst výsledku hospodaření kopíruje vliv externalit ve formě politických změn. U soukromých firem naopak růst výsledku hospodaření je vždy před skokovým poklesem - většinou to na základě vlastního pozorování kopíruje trend investice - návratnost - investice. Jedno z možných doporučení optimální struktury vlastnictví by bylo takové, že ve vlastnictví státu by byly ponechány výlučně fakultní nemocnice a vysoko specializovaná pracoviště a zbylé podniky by byly přesunuty do komunální sféry a jako celkový doplněk systému by byl zvolen vzhledem k výsledkům hospodaření soukromý podnik.

7.3.2 Roční změna výsledku hospodaření podniků v letech 2010 -2017

Roční změna výsledku hospodaření byla vypočtena z výsledku hospodaření před zdaněním u jednotlivých podniků, přepočteného na úvazky. Poté byla pomocí lineárních křivek vypočtena průměrná roční změna všech vybraných podniků.

Tabulka 7 Průměrná roční změna výsledků hospodaření u jednotlivých podniků dle zřizovatele (v Kč).

Zřizovatel	Průměrná roční změna	Zřizovatel	Průměrná roční změna	Zřizovatel	Průměrná roční změna
Soukromý	- 247 622,00	Komunální	- 11 373,00	Státní	- 2 992,60
Soukromý	- 26 522,00	Komunální	- 1 801,30	Státní	- 547,90
Soukromý	- 16 646,00	Komunální	- 955,69	Státní	1 157,40
Soukromý	- 15 032,00	Komunální	0,00	Státní	1 858,20
Soukromý	- 11 738,00	Komunální	2 141,20	Státní	2 705,40
Soukromý	- 482,98	Komunální	2 361,40	Státní	3 171,00
Soukromý	305,63	Komunální	3 521,90	Státní	4 697,60
Soukromý	4 532,60				
Soukromý	4 776,30				
Soukromý	15 209,00				

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

V tabulce č. 7 jsou znázorněny průměrné meziroční změny výsledků hospodaření podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu v letech 2010-2017.

Byla provedena statistická analýza výsledků hospodaření zohledňující právní stav. Z tabulky č. 7 po zhodnocení všech statistických výstupů vyplývá, že nejlepší hospodář by měl být státní podnik. Analýzu je třeba zvláště v kontextu finančních a nefinančních faktorů brát jako podpůrný prostředek a ne jako absolutní nástroj pro manažerské rozhodování. Příklady, kdy analýza nemusí odrážet realitu, právě naopak, může i škodit, je v EU dostatečně (například i Řecko v přístupovém procesu k měně Euro se jevílo jako finančně zdravé, ale opak byl pravdou).

Státní podniky dosahují lepší výsledky jednotlivých koeficientů jen díky skutečnosti, že užívají výhody subvencí České republiky, Evropské unie a Norského finančního mechanismu.

Právě za pomoci subvencí srovnávají historický investiční dluh na dlouhodobém hmotném a nehmotném majetku, přičemž snižují provozní náklady, ale zároveň z dlouhodobého hlediska nezastavují efekt zadlužování, nepřicházejí jakékoliv inovace v hospodaření a managementu státních podniků. Krátkodobě lze souhlasit s tím, že výsledky se zlepšují, avšak dlouhodobě mluvit o lepším hospodaření jednoznačně nelze. Jakmile by skončily docela rozsáhlé subvence z Evropské unie, hospodaření státních podniků by kleslo skokově.

Právě tím, že státní podniky se více méně spokojí s trendem lepšího hospodaření, se začnou postupně vracet k zadlužení, investičním dluhům a podobným negativním jevům. V daném momentě má soukromý sektor výhodu profesionálního managementu, systematické práce, nespolehání se na subvence různých typů se ukáže naplno a ve své síle. Je vhodné začít s přípravou na případné odstavení Evropských fondů ve více sektorech ekonomiky. To znamená žádné prostředky navíc do momentu manažerského ozdravení, samozřejmě mimo prostředky z úhradové vyhlášky. Dalším krokem je manažerská a provozní optimalizace, ale vzhledem k podmínkám v Česku s nutností komunikace za pomoci profesionálního subjektu, modernizace systému malých, ale efektivních podniků.

7.3.3 Vliv typu zřizovatele na výsledky hospodaření podniků

Analýza rozptylu při jednoduchém třídění

Uvedená analýza byla provedena jednak pro soubor všech lůžkových zařízení (tabulka č. 8), a jednak pro soubor vybraných podniků (tabulka č. 9).

Jednofaktorová ANOVA pro všechny podniky (výběrový soubor dat 2)

Na výběrovém souboru dat 2 byla provedena analýza rozptylu, která zkoumá, zda se výsledek hospodaření podniků neliší v souvislosti s jejich zřizovateli. Nejprve je stanovena nulová hypotéza, která se po provedení výpočtu buď zamítne, nebo nechá v platnosti. Dále se stanovuje ještě alternativní hypotéza H1.

Nulová hypotéza H0: výsledek hospodaření se neliší mezi jednotlivými typy zřizovatelů (výsledky hospodaření jsou v průměru statisticky srovnatelné).

Alternativní hypotéza H1: Výsledek hospodaření se liší mezi alespoň dvěma typy zřizovatelů.

Tabulka 8 Jednofaktorová ANOVA.

ANOVA						
Zdroj variability	SS	St.v.	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	20009668,34	2	10004834,17	0,2515	0,78	3,88
Všechny výběry	477398567,4	12	39783213,95			
Celkem	497408235,7	14				

Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Vyhodnocení:

p - hodnota = 0,78

p - hodnota > $\alpha=0,05$, proto H0 nezamítáme. (H0 necháváme v platnosti)

Na 5% hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele ve výsledcích hospodaření pro všechny podniky nehraje roli. (výsledky hospodaření jsou statisticky srovnatelné mezi zřizovateli).

Závěr:

Hypotézu H0: nezamítáme (necháváme ji v platnosti) a můžeme tvrdit, že efekt zřizovatelů ve výsledcích hospodaření pro jednotlivé podniky nehraje roli. Efekt zřizovatelů není statisticky významný.

Jednofaktorová ANOVA pro vybrané podniky (výběrový soubor dat 1)

Na výběrovém souboru dat 1 (viz kapitola Metodický postup) byla provedena analýza rozptylu, která zkoumá, zda se výsledek hospodaření podniků neliší v souvislosti s jejich zřizovateli. Nejprve je stanovena nulová hypotéza, která se po provedení výpočtu buď zamítne, nebo nechá v platnosti. Dále se stanovuje ještě alternativní hypotéza H1.

Nulová hypotéza H0: výsledek hospodaření se neliší mezi jednotlivými typy zřizovatelů (výsledky hospodaření jsou v průměru statisticky srovnatelné).

Alternativní hypotéza H1: Výsledek hospodaření se liší mezi alespoň dvěma typy zřizovatelů.

Tabulka 9 Jednofaktorová ANOVA.

ANOVA						
Zdroj variability	SS	St.v.	MS	F	Hodnota P	F krit
Mezi výběry	17238109700	2	8619054850	14,54	0,0001	3,46
Všechny výběry	12441264327	21	592441158,4			
Celkem	29679374027	23				

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Vyhodnocení:

p - hodnota = 0,0001 (testové kritérium $F = 3,46$)

p - hodnota $< \alpha = 0,05$, proto H0 zamítáme, (H1 přijmeme)

Na 5% hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele ve výsledcích hospodaření pro daný podnik hraje roli (výsledky hospodaření nejsou statisticky srovnatelné mezi zřizovateli).

Závěr:

Hypotézu H0: zamítáme a můžeme tvrdit, že efekt zřizovatelů ve výsledcích hospodaření pro jednotlivé podniky hraje roli.

Alternativní hypotéza H1: necháváme v platnosti. Výsledek hospodaření se liší mezi alespoň dvěma typy zřizovatelů. Efekt zřizovatelů je statisticky významný.

7.3.4 Využití poměrových ukazatelů podniků ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu

V této části práce budou vypočteny vybrané poměrové ukazatele. Ukazatelé rentability jsou používány při zjišťování efektivity podnikání a hodnocení ziskovosti podniku. Vyšší hodnoty svědčí o dobrém hospodaření podniku. Z těchto ukazatelů lze rovněž vysledovat, zda je efektivnější pracovat s vlastními prostředky nebo s cizím kapitálem, a identifikují dále, jak úspěšně byl zhodnocen vlastní kapitál v podnikání. Rovněž poukazují na slabé stránky v hospodaření. V této části práce byla vypočtena rentabilita vlastního kapitálu, rentabilita aktiv a rentabilita dlouhodobého kapitálu dle následujících vzorců:

Následující výpočty jsou provedeny za skupiny podniků dle zřizovatele, tedy podniky státní, komunální a soukromé, a to v letech 2010, 2013 a 2017. Hodnoty jednotlivých poměrových ukazatelů jsou uvedeny v procentech.

Tabulka 10 Poměrové ukazatele podniků v letech 2010, 2013 a 2017.

Poměrové ukazatele podniků v letech 2010, 2013 a 2017									
Rok	Rentabilita vlastního kapitálu			Rentabilita aktiv			Rentabilita dlouhodobého kapitálu		
	2010	2013	2017	2010	2013	2017	2010	2013	2017
Státní podniky	1,4	-2,23	2,04	1,56	-2,46	2,26	1,03	-1,6	1,42
Komunální podniky	-0,07	0,35	0,12	-0,07	0,36	0,14	0,06	0,3	0,08
Soukromé podniky	10,08	2,47	2,41	1,86	4,56	1,97	5,76	14,13	1,97

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Procentuální hodnota rentability vlastního kapitálu u státních podniků se na základě vykonané analýzy ukazuje jako docela malá až kritická. U komunálních podniků uvedený ukazatel indikuje spíše problémy. Podniky nejsou schopné generovat dostatečný zisk, tržby na základě daného ukazatele, který by zabezpečil přiměřené zdroje na zhodnocení prostředků zřizovatelů podniku. Z výsledků je více než patrné, že uvedené podniky jsou dlouhodobě nedostatečně financovány. Optimální hodnota pro daný ukazatel je v závislosti na typ podniku od 0,5 až po 1,5(2), zde je hodnota pod minimem. To ukazuje, že jsou generovány tržby nízké až kritické hodnoty, nepřímě to může indikovat problémy provozně technického charakteru a také je zde riziko i přes využívání externích forem financování, že vzniknou opět investiční dluhy v celém sektoru zdravotnictví. Ideální stav by nastal u zvýšení plateb ze strany zdravotních pojišťoven za pacienty, případně trvalým přísunem zdrojů ze státního rozpočtu jakožto formou dlouhodobého financování, eventuálně i zavedením rozumné spoluúčasti pacienta.

Zhodnocování vlastního kapitálu je možné považovat za slabé až kritické. Procentuální hodnota rentability vlastního kapitálu u soukromých podniků byla v roce 2010 10%, což se jeví jako pozitivní, nicméně v následujících letech klesala. Kolísání vykázaných hodnot naznačuje nestabilitu procesu hospodaření.

Z pohledu rentability dlouhodobého kapitálu u státních a komunálních podniků, což je klíčový ukazatel pro management podniků, je viditelná malá růstová tendence, ale není dostatečně zjevné, co ji způsobilo. Může se jednat spíše o úspory zanedbatelného charakteru, ale nejedná

se o významnější růst. Za významnější růst můžeme považovat hodnotu 5 až 7 % a vyšší, což není tento případ.

Naopak u soukromých podniků hodnota v roce 2010 překročila 5% hranici a v roce 2013 se vyhoupla až na 14 %, což lze považovat za významný růst, nicméně v roce 2017 se hodnota opět snížila na 1,97 %. Tedy i u soukromých podniků dochází k výrazným výkyvům, což naznačuje nižší stabilitu hospodaření podniku. Pokud by dosažené vysoké hodnoty kontinuálně rostly, a to bez přítomnosti dotací z fondů Evropské unie a bez zásadnějších výkyvů, pak teprve by bylo možné konstatovat dobré hospodaření podniků. Jakmile ovšem dochází k výkyvům a ke skokovému zvýšení, je třeba zkoumat, proč k takovým situacím docházelo a je třeba připomenout, že období 2017 bylo doběhové pro předcházející programové období fondů Evropské unie. To znamená, že se investovalo více i v dalších odvětvích, nejen ve zdravotnictví. S ohledem na další náklady spojené s provozem lze uvažovat o tom, že i extrémně vysoké i extrémně nízké číslo může indikovat zásadnější problém, který je velmi složité řešit z hlediska zřizovatele. Řešení těchto problémů patří spíše do kompetencí jednotlivých podniků. Je velmi diskutabilní brát vysokou hodnotu tohoto poměrového ukazatele jako pozitivum.

Z tabulky č. 10 rovněž vyplývá, že u státních podniků se rentabilita aktiv zvýšila. Je možné předpokládat zásadní vliv dotačních programů z fondů Evropské unie, jiný významnější vliv lze těžko indikovat. Tyto hodnoty lze za jistých okolností brát jako pozitivum, ale v případě podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu je to opět diskutabilní. Nejsou dostatečně kryté faktory, jako je tendence růstu mzdových nákladů, reprodukční schopnost dlouhodobého majetku, měnící se legislativní prostředí a další. Pokud je bráno v potaz pouze číselné vyjádření ve sledovaných letech u státních podniků, lze teoreticky vyjádřit pozitivní trend. Nicméně v propojení na sektor jako takový je situace odlišná. Výše uvedené hodnoty týkající se poměrových ukazatelů, a to hlavně z důvodu krytí rizik a různých externích vlivů, z pohledu sektoru nelze pokládat za dostatečné. Hodnoty poměrových ukazatelů v roce 2017 lze označit jako uspokojivé, ale významné a skokové kolísání hodnot a nestálost u všech typů podniků - zvláště státních - poukazují na nutnost pokračování v manažerských opatřeních. Zde se bude jednat spíše o úspory na straně provozu, zvýšení tržeb podniků, ale v žádném případě ne o zásadní posun a ani o růst významného charakteru.

Hodnoty poměrových ukazatelů mohou indikovat pochybení v manažerském rozhodování ze strany managementu, ale i nedostatek zdrojů financování vůči nákladům. V tomto případě se jedná patrně o nedostatečné financování.

V další subkapitole disertační práce budou vypočteny ukazatele zadluženosti u jednotlivých typů podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Bude zkoumán rozsah využívání dluhového financování, respekt. Jak je podnik zadlužen. V souvislosti s danými veličinami je uvedena také míra finanční samostatnosti podniků. Výsledné výpočty jsou uvedeny v procentuálním vyjádření.

Uvedené poměrové ukazatele hodnotí finanční stabilitu a solventnost vyplývající především ze zadluženosti. Dále bude zkoumána míra zadluženosti u jednotlivých typů podniků neboli zadluženost jejich vlastního kapitálu. Optimální hodnota osciluje kolem čísla 1.

Tabulka 11 Celková zadluženost a míra finanční samostatnosti jednotlivých typů podniků.

	Rok	Celková zadluženost	Míra finanční samostatnosti	Míra zadluženosti
Státní podniky	2010	27%	73%	2,7
	2013	28%	72%	2,5
	2017	30%	70%	2,3
Komunální podniky	2010	16%	84%	5,2
	2013	13%	87%	6,5
	2017	37%	63%	1,7
Soukromé podniky	2010	51%	49%	1,0
	2013	43%	57%	1,3
	2017	18%	82%	4,5

Zdroj: Ministerstvo financí; státní pokladna.cz, Ministerstvo spravedlnosti; justice.cz, vlastní zpracování

Celková zadluženost státních podniků ve sledovaných letech dosahuje poměrně stabilních výsledků a vykazuje mírně rostoucí trend. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že nejvyšší zadluženost měly státní podniky v roce 2017, a to 30 %. Míra zadluženosti u státních podniků ve všech třech sledovaných letech hodnota osciluje kolem 2,5. Jedná se o vysokou zadluženost podniku, protože je cizí kapitál vyšší než vlastní kapitál.

Komunální podniky vykazují v letech 2010 a 2013 nižší celkovou zadluženost než státní podniky, ovšem v roce 2017 se u komunálních podniků celková zadluženost skokově zvýšila. Je třeba podotknout, že věřitelé preferují nižší hodnoty u celkové zadluženosti podniku. Míra zadluženosti u komunálních podniků dosahuje nejvyšší hodnotu v roce 2013 a je 6,5. Zde se jedná opět o vysokou zadluženost podniku, stejně jako u podniků státních. Cizí kapitál vyšší než vlastní kapitál.

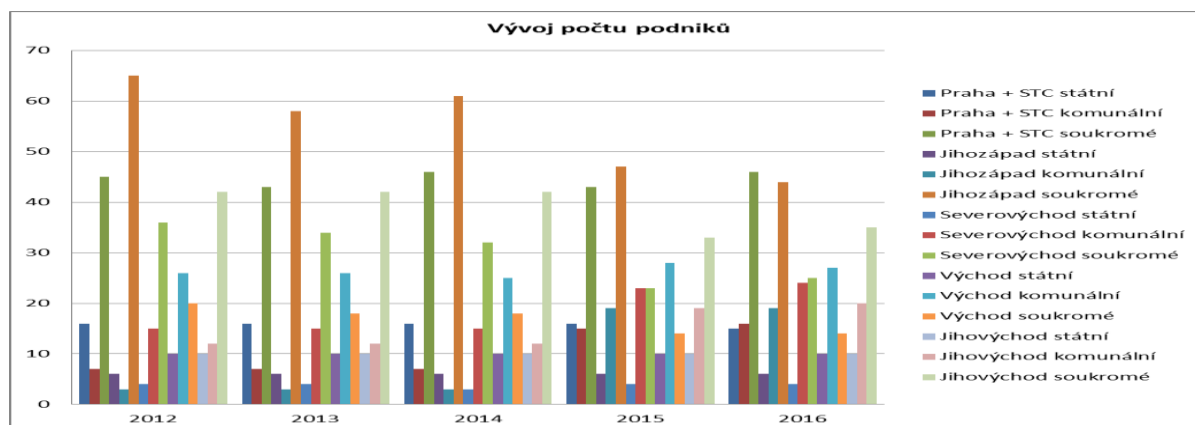
Soukromé podniky vykazují v letech 2010 a 2013 poměrně vyšší celkovou zadluženost než státní i komunální podniky. Ovšem v roce 2017 se soukromých podniků celková zadluženost skokově snížila, a to na hodnotu 18 %. Míra zadluženosti u soukromých podniků se nejvíce přiblížila v roce 2010 k optimální hodnotě 1. U soukromých podniků se jedná o nízkou zadluženost, protože je cizí kapitál je nižší než vlastní kapitál. To se týká let 2010 a 2013. V roce 2017 se míra zadluženosti zvýšila na hodnotu 4,5. Zde se jedná stejně jako u státních a komunálních podniků o vysokou zadluženost.

Míra finanční samostatnosti se u státních a komunálních podniků pohybuje v rozmezí mezi 70 – 87 %. Lze tedy konstatovat, že uvedené podniky dávají přednost financování aktiv z vlastních zdrojů a cizí zdroje používají více méně doplňkově. V návaznosti na vypočítané hodnoty je možné se domnívat, že soukromé podniky používají cizí zdroje k rekonstrukcím a revitalizaci svého majetku. Dále lze rovněž konstatovat, že až na výjimku u soukromých podniků v roce 2010 všechny podniky bez rozdílu zřizovatele měly většinu zdrojů tvořenou vlastním kapitálem a byl v rozmezí 57 % - 87 %.

7.3.5 Výsledky hospodaření podniků v letech 2010 – 2015 v jednotlivých oblastech ČR

V této části práce byla provedena analýza a porovnání výsledku hospodaření všech lůžkových zařízení rozdělených dle typu zřizovatele a geografických oblastí. Pro lepší názornost grafu jsou jednotlivé kraje geograficky uspořádány do pěti oblastí. Nejprve jsou zde uvedeny počty podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu a v následujícím grafu jsou zobrazeny výsledky hospodaření podniků dle zřizovatele v jednotlivých oblastech.

Graf 24 Vývoj počtu podniků v jednotlivých geografických oblastech



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

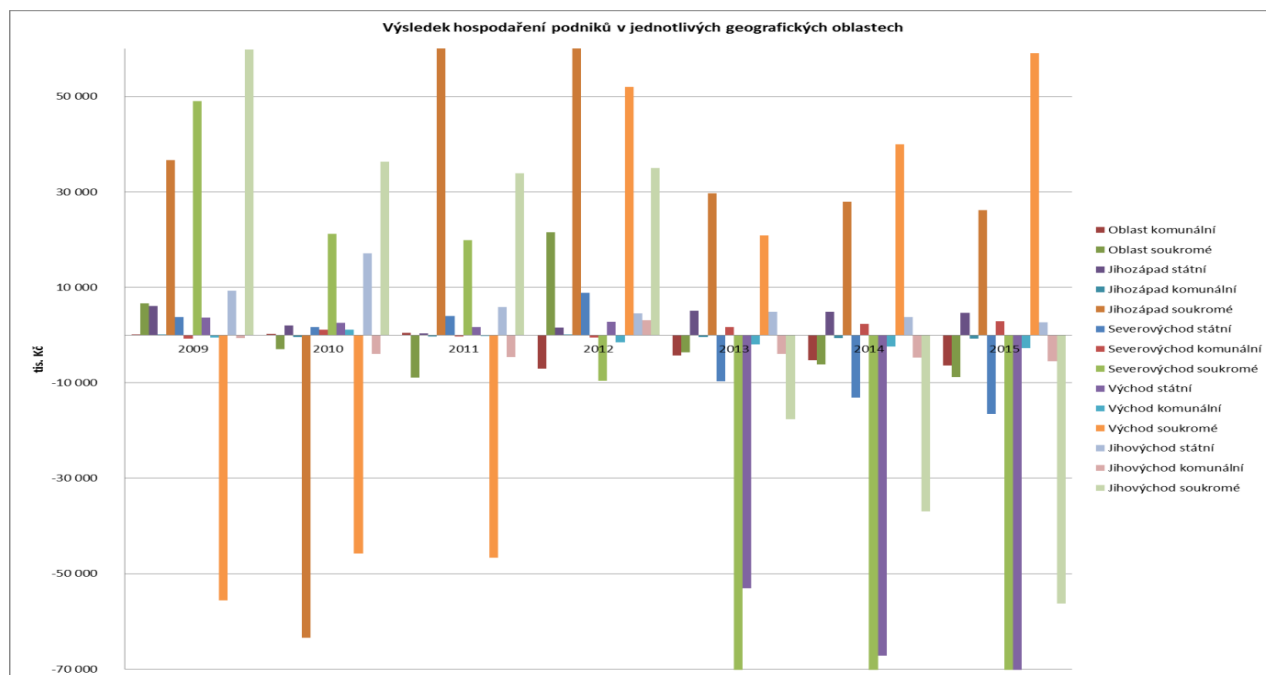
V grafu č. 24 jsou znázorněny počty podniků v jednotlivých geografických oblastech. Pro názornost grafu jsou kraje ve zkrácené formě uvedeny dle geografické oblasti v České

republiky, tedy následovně: u popisu Jihozápad se jedná o kraje Jihočeský, Plzeňský a Karlovarský, u popisu Severovýchod jsou to kraje Ústecký, Liberecký a Královéhradecký, dále pak popis Východ znázorňuje kraj Pardubický, Vysočina a Jihomoravský kraj a poslední popis Jihovýchod znázorňuje kraje Olomoucký, Zlínský a Moravskoslezský. Za povšimnutí stojí, že nejvíce podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu je soukromých, a to v kraji Jihozápad, dále v Praze a Středočeském kraji a v oblasti Jihovýchod. V oblasti v grafu označené jako Jihozápad (kraje Karlovarský, Jihočeský a Plzeňský), kde se nacházejí lázeňská města hojně navštěvovaná jak tuzemci, tak cizinci, lze konstatovat, že počet soukromých podniků se ve sledovaných letech snížil.

V oblasti Východ je jako v jediné oblasti tohoto výzkumu nejvíce podniků komunálních. Státní podniky mají nejvyšší zastoupení v Praze a ve Středočeském kraji a jejich počet se v roce 2016 také snížil.

Pro podrobnější zkoumání je třeba kromě počtu podniků přihlídnout též k hospodaření jednotlivých podniků v geografických oblastech. Opět pro přehlednost grafu jsou kraje zahrnuty do pěti oblastí ČR. Průměrné výsledky hospodaření jsou uvedeny v letech 2009 - 2013 s tím, že poslední dva roky byly dopočteny pomocí statistického výpočtu průměrné diference. Pro přesnější výpočet statistických šetření byla data přepočtena na úvazky a následné výpočty a zobrazení v grafu jsou uvedeny v tisících Kč.

Graf 25 Vývoj průměrných výsledků hospodaření v jednotlivých geografických oblastech



Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

V grafu č. 25 jsou znázorněny průměrné výsledky hospodaření podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu ve sledovaném období. Stejně jako v grafu č. 24 je nejvyšší počet soukromých podniků v oblasti Jihozápad, i výsledky hospodaření dosahují u těchto podniků nejvyšších hodnot. Výsledky hospodaření těchto podniků rostou, což může být zapříčiněno rostoucí poptávkou po službách. Jednoznačným faktorem byla v letech 2014 a 2015 zlepšující se ekonomická situace, nárůst zaměstnanosti a mezd, jež zvýšily kupní sílu a spotřebu domácností. Vedle těchto makroekonomických ukazatelů se zde projevil další neméně důležitý faktor, což je bezpečnost regionu. Vzhledem k tomu, že v těchto letech jsou zastoupeny i podniky poskytující lázeňskou péči, je pravděpodobné, že pozitivní vliv na výsledky hospodaření podniků mají příjmy z poskytování lázeňské péče. Právě v těchto letech docházelo ke změně při čerpání dovolených u občanů ČR, kteří začali více využívat tzv. prodloužených víkendů, které jsou pro návštěvu lázeňských regionů více než příznivé.

Kladné výsledky hospodaření mají i soukromé podniky v oblasti Východ. Naopak nejhorších výsledků hospodaření dosáhly soukromé podniky v oblasti Severovýchod v roce 2013. V následujících letech mají však rostoucí tendenci. Je otázkou, co tuto situaci v hospodaření podniků mohlo zapříčinit. Je možné se domnívat, že situace byla způsobena hospodařením nemocnic, které v této oblasti vykazovaly ztráty. Nemocnice potřebují velké investice vzhledem k neutěšenému stavu většiny nemocničních areálů, neboť v minulosti mířilo málo peněz na jejich údržbu a rekonstrukce. Nemocnice rovněž potřebují finanční prostředky na obměny zdravotnických přístrojů a vybavení, výpočetní techniky a sanitek.

Důležité jsou i investice stavební, na opravy budov či na úsporu energií. Nicméně v současné době se díky výraznému zlepšení managementu v těchto nemocnicích situace zlepšuje. Další záporné výsledky hospodaření vykazovaly státní podniky v Praze a středočeském kraji.

V soukromých a komunálních podnicích je daný vývoj více méně konstantní, ale ve státních podnicích zjištěný vývoj prokazuje vysokou míru nestability a vysoké odchylky. Po hloubkovém rozboru bylo zjištěno, že odchylky kopírují jednak začátek a konec programových období fondu EU, jednak změny ve formě politických externalit. Zlepšení situace by zde mohlo nastat aplikací systémového nastavení, profesionalizací managementu státních podniků, zvýšením veřejné kontroly a stabilizací manažerských pozic v podnicích. Tento trend už nachází svou aplikaci i v České republice - stabilní vize, vedení a zdroje, nízké administrativní bariéry, profesionální a stabilní management působící přes několik volebních období, a přináší efekt ve formě lepších výsledků, zastavení zadlužování a zvyšování důvěry.

7.3.6 Závislost výsledků hospodaření podniků v jednotlivých geografických oblastech na typu zřizovatele a interakci mezi geografickou oblastí a zřizovatelem

Tabulka 12 Dvoufaktorová ANOVA.

ANOVA						
Zdroj variability	SS	St.v.	MS	F	Hodnota P	F krit
Geografické oblasti	537600411,6	4	134400102,9	1,48	0,21	2,52
Zřizovatel	100048341,7	2	50024170,86	0,55	0,57	3,15
Interakce mezi geografickou oblastí a zřizovatelem	587107097,5	8	73388387,18	0,81	0,59	2,09
Celkem	6639475314	74				

Zdroj: ÚZIS, vlastní zpracování

Výše uvedená tabulka č. 12 ukazuje výsledky z dvoufaktorové analýzy rozptylu pro všechna lůžková zařízení (podniky) včetně lázní.

Nulová hypotéza H_{01} : Výsledky hospodaření se v průměru mezi geografickými oblastmi statisticky neliší

Alternativní hypotéza $H_{1:1}$: Výsledky hospodaření se v průměru mezi geografickými oblastmi statisticky liší (výsledky hospodaření se v geografických oblastech liší alespoň u dvou z nich).

Nulová hypotéza H_{02} : Výsledky hospodaření se neliší mezi jednotlivými typy zřizovatelů (výsledky hospodaření jsou v průměru statisticky srovnatelné).

Alternativní hypotéza H_{12} : výsledek hospodaření se liší mezi jednotlivými typy zřizovatelů.

Nulová hypotéza H_{03} : Výsledek hospodaření nemá interakci mezi geografickou oblastí a zřizovatelem.

Alternativní hypotéza H_{13} : Výsledek hospodaření má alespoň jednu interakci mezi geografickou oblastí a zřizovatelem.

Závěr:

p_1 - hodnota = 0, 21; p - hodnota $> \alpha=0,05$, proto H_{01} nezamítáme.

p_2 - hodnota = 0, 57; p - hodnota $> \alpha=0,05$, proto H_{02} nezamítáme.

p_3 - hodnota = 0, 59; p - hodnota $> \alpha=0,05$, proto H_{03} nezamítáme.

Hypotézy H_{01} a H_{02} ani H_{03} nezamítáme (necháváme je v platnosti) a na 5% hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt geografických oblastí ve výsledcích hospodaření pro jednotlivé podniky nehraje roli. Stejně tak typ zřizovatele nehraje roli na výsledek hospodaření jednotlivých podniků a ani interakce mezi zřizovatelem a geografickou oblastí nehraje roli v hospodaření.

8 Podnik působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu - ideální model fungování

V dané kapitole bude načrtnut ideální model fungování zdravotní péče, ve kterém mají své místo jak státní, komunální, ale i soukromé společnosti tak, aby nedocházelo k souboji o pacienta, ale vzájemné interakci a pomoci v péči o pacienta. Ve společnosti lze vysledovat tendenci podniků, působících v infrastruktuře zdravotně orientovaném cestovním ruchu, se pohybovat z extrému do extrému. Samotná práce z teoretického hlediska, ale i z praktického pohledu doslova dokazuje, že nic není ani „černé a ani bílé“. Jedná se o podnik působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu poskytující služby související s motivem zaměřeným na vlastní zdraví klienta.

Při navrhování ideálního podniku v takto specifickém odvětví cestovního ruchu je třeba brát v potaz motivaci účastníků zdravotně orientovaného cestovního ruchu, na tuto skutečnost se zaměřit a vytvořit cílenou strategii podniku, kde hlavními faktory budou hlavně nižší náklady na služby než například v domovské zemi, pokud se jedná o zahraniční klientelu, dále pak krátké čekací lhůty. Samozřejmostí je vysoká kvalita a diferenciací poskytovaných služeb. Nedílnou součástí strategie je vytvoření takových podmínek, aby bylo možné spojit lékařský zákrok nebo léčbu s dovolenou. K navržení těchto postupů je třeba využít infrastrukturu cestovního ruchu v okolí podniku, jako jsou památky a akce ať už společenské nebo kulturní. Podstatné je využití kreativity a dalších faktorů k zatraktivnění poskytování služeb a zajištění návratu klientů do podniku nebo i šíření dobrých referencí. Podnik by měl plnit významné funkce nejen ekonomické, ale také rekreační, lékařské, vědecké a informační a měl by být důležitým prvkem volnočasových aktivit, což má i velký vliv na životní styl obyvatelstva. Podnik bude rovněž intenzivně využívat zprostředkovatelských služeb, jako jsou cestovní kanceláře a cestovní agentury. Dalšími obchodními partnery mohou být hotely, dopravní podniky a podniky specializované dopravy, poskytující doplňkové služby jak pro klienta - pacienta, tak pro doprovod. Typickým rysem strategie navrženého podniku je orientace na zvyšování kvality a komplexní povaha poskytovaných služeb, zahrnující různé služby a profese. Dalším aspektem souvisejícím se zdravotně orientovaným cestovním ruchem, který je třeba vzít do úvahy, je zvýšení výdajů domácností na rekreace, a to jak tuzemské, tak i zahraniční. Dle ČSÚ se výdaje domácností v průběhu let 2012 až 2016 zvyšovaly meziročně o 748 Kč na osobu v domácnosti. V roce 2012 byly roční výdaje na osobu v domácnosti 2 056 Kč a v roce 2016 to bylo 2 814 Kč. Z toho na tuzemské rekreace

byly výdaje jedné osoby v domácnosti 664 Kč a v roce 2016 to bylo 846 Kč. Z výše uvedeného porovnání v jednotlivých letech je patrný rostoucí trend výdajů domácností na rekreace a s tím související cestovní ruch. Zkrácení počtů dnů při čerpání řádné dovolené souvisí s pracovním vytížením občanů v produktivním věku. Nemohou nebo mají obavy opustit pracovní místo na několik týdnů a preferují častější dobu na rekreaci a oddech, avšak v kratších intervalech. Právě v souvislosti s touto skutečností je třeba v ideálním modelu podniku připravit marketingovou strategii zacílenou právě na tento druh zdravotně orientovaného cestovního ruchu. V porovnání lze uvést, že výdaje domácností na zdraví celkem činily v roce 2012 na jednu osobu v domácnosti 3 330 Kč, v roce 2013 činily 3 168 Kč, v roce 2014 činily 3 228 Kč, v roce 2015 to bylo 3 192 Kč, v roce 2016 se tato částka zvýšila na 3 261 Kč. V souvislosti s cílem disertační práce, lze uvést údaj týkající se výdajů domácností na zdraví v podkapitole ústavní zdravotní péče, kde tyto výdaje na jednoho člena domácnosti v roce 2012 činily 312 Kč, v roce 2013 činily 197 Kč, v roce 2014 činily také 197 Kč, v roce 2015 činily 109 Kč, a v roce 2016 se zvýšily na 152 Kč.(ČSÚ)

V nabídkovém portfoliu služeb věnovat významnou část právě této formě rekreace, to znamená tzv. prodloužené víkendy, a to jak pro tuzemské turisty, tak i pro zahraniční návštěvníky. Veškeré nabídkové balíčky je třeba mít přeloženy do několika jazyků a v příslušných destinacích je intenzivně a cíleně prezentovat. Klíčem ke zvýšení tržeb podniků by bylo vhodné zlepšit cílenou propagaci na konkrétní klienty a státy ze strany konkrétních podniků a zaměřit se na lokality s vysokou koupěschopností obyvatelstva. Rovněž je třeba marketing ideálního podniku připravit s orientací propagace na zdraví, rodinnou pohodu a hlavně oproti dovolené v zahraničí na bezpečí. Zdravotně orientovaný cestovní ruch v České republice těží z faktoru bezpečí dovolené oproti dovolené ve státech, kde je zvýšené bezpečnostní riziko. Rovněž je nutností, aby součástí nabídkových balíčků podniku byly i prvky nových forem zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Jedná se například o Eco-fit resort; Hot Life Retreats; Medwellness a Medical - wellbeing; Medical fitness; Med – Spa; Mobilní Spa; Adventure SPA; Alpinne - wellness; Welltain; Selfness - nový trend wellness, jak uvádí Benešová, Kruisová (2013) v přehledu nově se objevujících moderních lázeňských a wellness služeb.

Z hlediska ekonomických ukazatelů by navržený podnik měl mít výborné finanční zdraví. V souvislosti s investicemi by měly mít tržby podniku vyšší tempo růstu než je tempo růstu investic. Podnik si musí na nové investice nejprve vydělat. Dodržení tohoto pravidla má i edukativní charakter, protože chybné investice, které se neprojeví v nárůstu tržeb, zpomalí

tempo růstu dalších investic a mohou přispět ke stabilizaci podniku. Respektování tohoto pravidla rovněž pomůže vyvarování se špatných investic do budoucna. V současné době se očekává špičková a moderní vybavenost podniku poskytujícího zdravotní péči. Nákladnost při pořizování veškerého medicinského vybavení, diagnostických a jiných přístrojů je vysoká a současně je třeba počítat s opotřebením a rychlým zastaráváním tohoto majetku a tedy i s následnou výměnou a pořízením nového zařízení. Navržený podnik bude muset vygenerovat adekvátní objem výkonů, aby vytvářel dostatečný zisk z této investice, za účelem provedení výše zmíněné obměny vybavení podniku. Je tedy nutné, aby provozní výnosy pokrývaly provozní náklady.

Navržený ideální podnik působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu by měl mít dostatek prostředků na úhradu svých závazků a nebude předlužený. Dlouhodobý majetek bude financován z dlouhodobých zdrojů, podnik bude efektivně řídit své pohledávky a své závazky hradit v přiměřeném čase. Dlouhodobě bude generovat zisk a následně investovat do svého majetku. Velkou prioritou je vytvoření strategie odměňování, protože právě v podniku poskytujícím zdravotní péči velmi záleží na kvalitě a profesionalitě lékaře a ostatního zdravotnického personálu, aby byla naplněna očekávání všech pacientů (klientů). V dnešní době strategie odměňování nezahrnuje pouze finanční složku a benefity, nýbrž obsahuje i další aspekty jako je firemní kultura, kterou určuje kvalita manažerského řízení, dále pak kariéerní možnosti, pracovní prostředí, pověst podniku a možnosti rozvoje a dalšího vzdělávání zaměstnanců. Neméně důležité je, aby měl podnik jasně definované hodnoty, které svým zaměstnancům nabízí. Hodnotová propozice udává tržní a marketingové podmínky a podnik tak může optimalizovat svůj HR marketing. Ve strategii odměňování je rovněž promítnuto zohlednění dlouhodobých firemních cílů a podmínek na trhu práce.

Při navrhování ideálního modelu fungování zdravotní péče je třeba se zamyslet nad odstraňováním bariér v této oblasti, jako je např. existence rozdílných podmínek z pohledu zakladatelů samotných podniků a nemožnost plné aplikace všech manažerských postupů a standardů zvláště u státních a komunálních podniků. Rovněž pak je zapotřebí věnovat pozornost oblasti kompetencí a odpovědnosti v oblasti poskytování zdravotní péče. Dalším mimořádně významným aspektem je nastavení minimální sítě podniků poskytujících zdravotní péči v jednotlivých geografických oblastech. Neméně významným aspektem je i částečné omezení svobodné volby lékaře.

Odstranění bariér

Aktuální stav je takový, že komunální, státní a soukromé podniky prokázaly své opodstatnění. Jako hodně silnou překážku je možné vidět v rozdílných podmínkách z pohledu zakladatelů samotných podniků a nemožnost plné aplikace všech manažerských postupů a standardů zvláště u státních a komunálních podniků. Je lepší preferovat spíše uvolnění pravidel pro vedení podniků.

Cesta je spíš optimálně volená tím, že se stanoví zřizovatelem a ministerstvem jednotný soubor úloh zařízení (podniku) podle typologie a s pacientem aby putovaly do zařízení (podniku) i peníze dle typologie problému, který potřebuje řešit, kde potřebuje pomoci.

Management podniků zvláště státních a soukromých by věděl všechny potřebné informace k vedení podniku. Věděl by, co podle typologie podniku a lokalizace musí zvládnout, měl by jasně zodpovězené otázky financování podle vyhlášek a zákonů. Jasně by jakýkoliv management věděl, že pacienta zdravotního pojištění musí každý podnik vždy ošetřit a za jakých podmínek a že aktivity ve formě vyššího standardu jsou milá zlepšení hospodaření podniku.

Hlavní základ by byl podobný bez ohledu na zřizovatele - vím, co léčím, jaké mám úlohy na výkonech zdravotní péče a investic, kolik zaměstnanců k tomu potřebuji. Hlavní problém všeho v podobě zákona o veřejných zakázkách není nutné řešit.

Podniky působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu by bylo vhodnější od toho úplně osvobodit. Bylo by zapotřebí snížit bariéry a rozdíl téměř na nulu a poskytnout vyšší prostor pro operativu a profesionalizaci managementu podniku.

Zdravotní péče a kompetence

V České republice neproběhla rozsáhlejší změna kompetencí a odpovědnosti v oblasti zdravotní péče a podniků poskytujících zdravotní péči jako nezastupitelná součást fungování státu jako celku a jednotlivých jeho funkcí. Jisté náznaky zde ale byly. Jedním z náznaků byla profesionalizace sester ve zdravotnictví a tlak na zvyšování kvalifikace přes vysokoškolské vzdělávání, kde se ale systém vrátil k víceméně původní myšlence „střední škola stačí“. Účinnější by bylo posunutí kompetencí na nižší články i sestry včetně odpovědnosti za péči.

Pro Českou republiku na základě zkoumání a různých východisek vyhovuje model absolutního posunu na nejnižší články, jak jen je to možné. Tady je nutné vypracování úkonů, které budou dělat jen sestry s vysokoškolskou kvalifikací, a výkonů praktických lékařů.

Následně to, co nezvládne praktický lékař, resp. na základě přesně vyčleněných kompetencí, je třeba posunout na vyšší stupeň, kde se úkon provede. Nejvyšší stupně jako nemocnice, fakultní nemocnice, specializované ústavy a komunální podniky v oblasti zdravotnictví a lázeňství by bylo zapotřebí kompetenčně nastavit. Jako důsledek by se projevilo zlevnění systému. Nižší článek podniků bez ohledu na vlastnictví je vždy levnější než nejvyšší články podniků - nejvíce specializované. Systému by byla zároveň umožněná přirozená selekce kvality a neefektivity vůči nekvalitě a neefektivitě.

8.1 Minimální síť zdravotní péče

Z pohledu podniků by bylo zapotřebí nastavení minimální sítě podniků. Tou cestou jsou tzv. „ER centra“. ER centra mají soustředěné základní specializace, jako jsou chirurgie, interní péče, neurologie a neurochirurgie, psychiatrie, na jednom místě. K dané péči se vážou příslušná oddělení podniků. ER centra nejsou řešena způsobem „ER centra státní, komunální nebo soukromá“ za každou cenu, ale z pohledu lokálního rozložení, pokrytí obyvatelstva, efektivity a dalších kritérií. Tady je jednoznačně dán prostor pro stát k nastavení pravidel. Následnou péči by bylo vhodné řešit formou vysoko specializovaných pracovišť (tady by bylo vhodné také zohlednění liberalizace, ale například u onkologické, kardiologické péče a lázeňství opatrně) a běžnou péčí. Pacient by se podobně jako například na území našich sousedů musel naučit za péči dojíždět i na větší vzdálenost.

Částečné omezení svobodné volby lékaře

Podniky by bylo vhodné neomezovat podle vlastníka, jelikož samotný výzkum jednoznačně část informací k tomu, abychom uplatnili extrém, nedal. Podniky by s ohledem na kompetence bylo vhodné omezit u tzv. koncových pracovišť a pracovišť lázeňské péče. Do skupiny podniků, kde by bylo vhodné neomezovat svobodnou volbu, je vhodné zařadit ambulantní péči, nemocnice, stacionární péči a menší lázeňská zařízení. Do skupiny podniků s částečným omezením by bylo vhodné zařadit komunální podniky v oblasti lázeňství, ale jen u klientů přes veřejné zdravotní pojištění. Do skupiny s omezením svobodné volby by bylo vhodné zařadit fakultní nemocnice, specializované ústavy a specializované lázeňské ústavy. Kritérium svobodné volby lékaře je hodně citlivé z nutnosti změny zákonů a hlavně komunikační kampaně. Je ale zapotřebí si uvědomit jisté limity podniků, co se týká materiálně personálního vybavení, kapacity, a dalších kritérií.

8.2 Diferenciace úhrad zdravotní péče

V daném bodě je dotčen problém extrémů všechno tzv. „zdarma“ vs. „úhrady i příjmy.“ Veřejně dostupné informace například i celý web Českého statistického úřadu poukazují na nedostatek pracovní síly, ale také na trend stárnutí obyvatelstva v České republice. Tento trend bude zapotřebí zohlednit snížením krytí tzv. standardní péče přes úhrady z veřejného zdravotního pojištění a dát vyšší prostor doplňkovému pojištění a přímým platbám. Zvolená by mohla být kategorizace diagnóz na urgentní diagnózy a hospitalizace a vysoce specializované úkony a léčbu, například kardiologie, onkologie a podobně, která by vždy bez nutnosti dlouhého schvalování byla plně hrazená. Dále by bylo vhodné zvolit částečně hrazené a nehrazené diagnózy. S ohledem na demografický vývoj tento problém vyvstává jako mnohem důležitější než kdo podnik působící v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu vlastní.

Systém komunálních, soukromých a státních podniků funguje, ale není zde absolutně zavedená individuální odpovědnost jednotlivce za své zdraví. Je vhodné koncipovat systém tak, že klient, který o své zdraví pečuje, bude zvýhodněn oproti klientovi, který ho naopak vůbec neřeší. Preventivní prohlídka, reflektování na doporučení zdravotníka, zdravý životní styl - platíš do systému méně. Nesnažíš se, platíš více. Zdravotní péče a zdraví není samozřejmost.

9 Vyhodnocení hypotéz

Na začátku disertační práce bylo vysloveno několik hypotéz, které byly z více pohledů ověřovány, a dále bylo zjišťováno, do jaké míry jsou nebo nejsou pro nás přínosné.

1. Státní podnik je nejvhodnější formou vlastnictví podniku působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu v lůžkových zařízeních.

Hypotézu nezamítáme. Ukazuje se vliv regionu a krajských center a také vliv v případě Prahy jako centra s celorepublikovou a nadregionální funkcí. U této otázky hraje roli rovněž i manažerská odvaha a kompetence a vysoká kontrola samotných financí ze strany managementu. V disertační práci se ukázalo, že státní podniky mají podmínky ze strany zřizovatele vytvořené víceméně stejným způsobem a rozsahem a pak už velmi záleží na managementu. V Praze je význam pro celou Českou republiku hodně silně akcentovaný, proto nikoho nenapadne zvýšená kontrola financí, jejich využití a podobně. Naopak v menších městech jako Hradec Králové, Brno, Zlín je kontrola velmi silná a na pozicích jsou ve více případech profesionální manažeři i z nelékařské obce nebo profesionální krizoví manažeři. Tímto může být vysvětleno prvenství ve finančním zdraví státních podniků mimo Prahu. Hlavně v případě Prahy je to přístup ve formě modernizace a oprav dlouhodobého majetku a do jisté míry konzervace stávajícího stavu do formy vhodné pro aktuální dobu. Tady ale také je možné zaregistrovat diferencovaný přístup. Zatímco například někde je zvolen přístup modernizace a účelné spojování pracovišť, v jiné nemocnici v Praze je zvolena pouze modernizace a mimo Prahu například v Brně je zvolena právě stavba nových nemovitostí s akcentem na modernost, úspornost a účelnost. Státní podniky vykazují své hospodaření jako dobré s vysokým akcentem na zlepšování a snahou o dodržení zásady dobrého hospodáře. Soukromé podniky doplňují státní a zájmy šetří peněžní zdroje podnikům poskytujícím zdravotní péči a zároveň nezhoršují dostupnost zdravotní péče v okrajových regionech. Komunální podniky se ukazují v aktuálním systému jako vhodný doplněk a zároveň vyvažovací prvek systému jako celku a také prostředek na zvyšování kvality a efektivity zdravotní péče. Zjednodušeně řečeno, potvrzené byly předpoklady, které se dotýkají ekonomických ukazatelů a pozitivních trendů a efektů z jednotlivých typů analýz. Nebyla potvrzená jednoznačná úloha státu jako vůdce v systému. Jednotlivé typy podniků se vzájemně doplňují a zlepšují ukazatele systému jako celku. Komunální podnik nikdy nemá suplovat vysoce specializovanou péči státních podniků (například fakultní nemocnice)

a naopak. U komunálních podniků se ukázala vyvažovací a doplňková funkce systému jako celku.

2. Zdroje financování a jejich podíl ve struktuře zdrojů a příjmů se u jednotlivých podniků členěných dle typu zřizovatele liší.

Tuto hypotézu nezamítáme. Tuto hypotézu nezamítáme. Zdroje financování mají u všech typů podniků působících ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu podobnou strukturu. Lze konstatovat, že financování podniků se liší, nicméně je si hodně podobné s jinou mírou významnosti, a to dle typu podniku. Výnosy od zdravotních pojišťoven měly nejvyšší podíl na celkových výnosech, a to u všech tří typů zřizovatele. Státní podniky 82 %, komunální 82 % a soukromé 82 %. Výnosy z prodaného zboží byly ve výši u státních podniků 7 %, komunálních 8 % a soukromých 12 %. Výnosy z provozní dotace byly ve výši u státních podniků 5 %, komunálních 8 % a soukromých 1 %. Zde je patrná vysoká závislost celkových výnosů na výnosech od zdravotní pojišťovny. Tady se oproti zbylým státům V4 ukazuje jiný přístup k pacientovi (klientovi). Zbylé státy V4 umožňují mimo standardní ordinační hodiny zaplacení vyšetření a léčby za předpokladu, že pacient platí i samotný úkon a léky (samozřejmě do maximálního limitu).

Dále byl sledován vývoj průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny pro tuzemce dle zřizovatele. Nejvíce si tuzemci vybírali soukromé zřizovatele, a to mezi 55 % až 70 %. Nejméně si vybírali podniky zřizované obcemi, a to cca mezi 10 % až 15 %. Lze předpokládat silný vliv dodatkových zdrojů pro hospodaření soukromých i státních podniků, ale minimální vliv na komunální podniky. Soukromé podniky efekt dodatkových zdrojů využívají na komplexní nadstandardní servis pro pacienta. Vhodné by bylo nastavení komplexního systému kvality a propagace ve státních a komunálních podnicích externí marketingovou agenturou, čímž by tyto podniky získaly další významné zdroje financování.

Dalším sledovaným atributem byl vývoj průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny pro cizince dle zřizovatele. Velmi výrazně (téměř 90 % i více) převažují podniky se soukromým zřizovatelem. Okrajově jsou zastoupeny státní podniky a nejméně v jednotlivých letech si cizinci vybírali komunální podniky. Mezi jednotlivými roky je vidět kolísání zastoupení podniků dle zřizovatele, není vidět žádná významná rostoucí či klesající tendence.

Vzhledem ke specifickému zaměření výzkumu bylo možné najít pouze omezené množství zdrojů pro přímé srovnání výsledků. Byly prováděny pouze výzkumy týkající se hospodaření nemocnic. Výzkumy zabývající se hospodařením nemocnic členěných dle zřizovatele byly

provedeny již několika autory např. Papadaki, Stanková (2016), Kmentová (2016), Moučková (2019), Kott (2008), NEXIA AP a.s. (2018).

9.1 Přínos disertační práce

Jako hlavní přínos disertační práce lze označit vytvoření ideálního modelu fungování zdravotní péče, ve kterém mají své místo jak státní, komunální, ale i soukromé společnosti tak, aby nedocházelo k souboji o pacienta, ale vzájemné interakci a pomoci v péči o pacienta. Rovněž byl navržen ideální podnik v takto specifickém odvětví cestovního ruchu, který reflektuje motivaci účastníků zdravotně orientovaného cestovního ruchu, a byla vytvořena cílená strategie podniku, kde hlavními faktory budou hlavně nižší náklady na služby než například v domovské zemi, pokud se jedná o zahraniční klientelu, dále pak krátké čekací lhůty. Na navržený model podniku poskytujícího zdravotní péči či služby lze navázat v dalším rozvoji zdravotně orientovaného cestovního ruchu. Pozornost by měla být věnována systému vzdělávání manažerů podniků poskytujících zdravotní péči a hodnocení jejich výkonnosti.

V rámci praktických aplikací výzkumu byla v první řadě věnována pozornost hospodaření podniků v nezastupitelné úloze v systému poskytování zdravotní péče. Bylo provedeno rozsáhlé analyzování podniků z více hledisek. Sledováno bylo hospodaření podniků, struktura, míra využití dotací ze strany státu a další ukazatele.

Za další teoretický přínos disertační práce lze uvést detailní specifikaci infrastruktury zdravotně orientovaného cestovního ruchu a systému péče o zdraví. Informace byly čerpány z rešerší autorů dlouhodobě se zabývajících zdravotně orientovaným cestovním ruchem.

10 Závěr

Závěry ukázaly významnou úlohu všech typů podniků v systému poskytování zdravotní péče, tedy i v infrastruktuře zdravotního cestovního ruchu. Docela významně se rovněž potvrdila nezastupitelná úloha komunálních podniků hlavně v oblasti specifické zdravotní péče, například u podniků poskytujících zdravotní péči doléčovacího charakteru, a zdravotní péče na úrovni měst a obcí. Z analýz přímo přes rozbory hospodaření vyplývá nezbytná nutnost zlepšení hospodaření formou diferenciací, odstranění zákonných bariér mezi podniky a posílení úlohy trhu. Ukazuje se, že tam, kde se nachází komunální i soukromý podnik, se výrazně zvyšuje konkurenční tlak a zefektivňuje se systém jako celek. Aktuálně na základě analýz lze konstatovat, že omezovací úloha státu u podniků není na místě a spíše úplné odstranění bariér je ten směr, kterým by bylo vhodné se za účelem zkvalitnění a udržitelnosti systému ubírat. Jako absolutně neefektivní se ukázala cesta preference konkrétních typů podniků v regionech, kde následně bylo vidět v rozborech z různých pohledů, že to bylo spíše na škodu.

Pomocí analýzy rozptylu jsou ověřeny hypotézy, zda se podniky neliší v jednotlivých položkách majetkové struktury v souvislosti s typem zřizovatele. Lze také říci, že bude ověřováno, zda má statisticky významný vliv na majetkovou strukturu typ zřizovatele, a to v roce 2017. Nulová hypotéza H_0 : V průměru se podniky neliší v majetkové struktuře dle typu zřizovatele. (Podniky jsou v průměru statisticky srovnatelné v majetkové struktuře).

Alternativní hypotéza H_1 : Existují typy podniků dle zřizovatele, které se od sebe statisticky odlišují v majetkové struktuře. p - hodnota = 0,10 (testové kritérium $F = 2,5964$); p - hodnota $> \alpha = 0,05$, proto H_0 nezamítáme. (H_0 necháváme v platnosti)

Na 5 % hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele v majetkové struktuře nehraje roli (majetková struktura podniku je statisticky srovnatelná mezi zřizovateli).

Hypotézu H_0 : nezamítáme (necháváme ji v platnosti) a můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele v majetkové struktuře nehraje roli za rok 2017. Efekt zřizovatelů není statisticky významný.

Při porovnání vývoje výnosů a nákladů ve sledovaném období je patrné, že u státních a komunálních podniků rostly náklady rychleji než výnosy. U soukromých podniků byl trend opačný. Největší náklady jsou mzdové a náklady na odstraňování tzv. investičních dluhů. Investiční dluhy odstraňuje stát přes subvence z Evropské unie a přes účelové subvence ze strany Ministerstva zdravotnictví. Soukromý sektor investiční dluhy odstraňuje přes vlastní kapitál.

V nejvyšším možném rozsahu soukromé a komunální podniky svůj provoz reformují, státní podniky bohužel nikoliv.

Dle vývoje průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny pro tuzemce dle zřizovatele je patrné, že nejvíce si tuzemci vybírali soukromé podniky, a to v rozmezí od 55 – 70 %. Nejméně si vybírali podniky komunální, a to v intervalu 10 - 15 %. Soukromé podniky efekt dodatkových zdrojů využívají na komplexní nadstandardní servis pro pacienta. Vhodné by bylo nastavení komplexního systému kvality a propagace ve státních a komunálních podnicích externí marketingovou agenturou, čímž by tyto podniky získaly další významné zdroje financování.

Výnosy od zdravotních pojišťoven měly nejvyšší podíl na celkových výnosech, a to u všech tří typů zřizovatele, bylo to cca 82 %. Výnosy z prodaného zboží byly ve výši u státních podniků 7 %, komunálních 8 % a soukromých 12 %. Výnosy z provozní dotace byly ve výši u státních podniků 5 %, komunálních 8 % a soukromých 1 %.

V návaznosti na χ^2 test nezávislosti je patrné, že cizinci preferují soukromé podniky a naopak ve státních a komunálních podnicích převažují tuzemci.

Při porovnávání vlivu typu zřizovatele na výsledky hospodaření podniků byla provedena analýza rozptylu při jednoduchém třídění. Uvedená analýza byla pro soubor všech lůžkových zařízení a zkoumala, zda se výsledek hospodaření podniků neliší v souvislosti s jejich zřizovateli. Nejprve byla stanovena nulová hypotéza H_0 : výsledek hospodaření se neliší mezi jednotlivými typy zřizovatelů (výsledky hospodaření jsou v průměru statisticky srovnatelné). Poté byla stanovena alternativní hypotéza H_1 : Výsledek hospodaření se liší mezi alespoň dvěma typy zřizovatelů. Z výsledků analýzy vyplývá, že na 5% hladině významnosti můžeme tvrdit, že efekt zřizovatele ve výsledcích hospodaření pro daný podnik nehraje roli (výsledky hospodaření jsou statisticky srovnatelné mezi zřizovateli). Hypotézu H_0 : necháváme v platnosti a můžeme tvrdit, že efekt zřizovatelů ve výsledcích hospodaření pro jednotlivé podniky nehraje roli. Efekt zřizovatelů není statisticky významný.

Z pohledu rentability dlouhodobého kapitálu u státních a komunálních podniků, což je klíčový ukazatel pro management podniků, je viditelná malá růstová tendence, ale není dostatečně zjevné, co ji způsobilo. Může se jednat spíše o úspory zanedbatelného charakteru, ale nejedná se o významnější růst. Za významnější růst můžeme považovat hodnotu 5 až 7 % a vyšší, což není tento případ. Naopak u soukromých podniků hodnota v roce 2010 překročila 5% hranici a v roce 2013 se vyhoupla až na 14 %, což lze považovat za významný růst, nicméně v roce

2017 se hodnota opět snížila na 1,97 %. Tedy i u soukromých podniků dochází k výrazným výkyvům, což naznačuje nižší stabilitu hospodaření podniku. Pokud by dosažené vysoké hodnoty kontinuálně rostly, a to bez přítomnosti dotací z fondů Evropské unie a bez zásadnějších výkyvů, pak teprve by bylo možné konstatovat dobré hospodaření podniků.

U státních podniků se rentabilita aktiv ve sledovaných letech zvýšila. Je možné předpokládat zásadní vliv dotačních programů z fondů Evropské unie, jiný významnější vliv lze těžko indikovat. Tyto hodnoty lze za jistých okolností brát jako pozitivum, ale v případě podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu je to opět diskutabilní.

Celková zadluženost státních podniků ve sledovaných letech dosahuje poměrně stabilních výsledků a vykazuje mírně rostoucí trend. Nejvyšší zadluženost měly státní podniky v roce 2017, a to 30 %. Míra zadluženosti u státních podniků ve všech třech sledovaných letech hodnota osciluje kolem 2,5. Jedná se o vysokou zadluženost podniku, protože je cizí kapitál vyšší než vlastní kapitál.

Komunální podniky vykazují v letech 2010 a 2013 nižší celkovou zadluženost než státní podniky, ovšem v roce 2017 se u komunálních podniků celková zadluženost skokově zvýšila. Míra zadluženosti u komunálních podniků dosahuje nejvyšší hodnotu v roce 2013 a je 6,5. Zde se jedná opět o vysokou zadluženost podniku, stejně jako u podniků státních. Cizí kapitál vyšší než vlastní kapitál.

Soukromé podniky vykazují v letech 2010 a 2013 poměrně vyšší celkovou zadluženost než státní i komunální podniky. Ovšem v roce 2017 se soukromých podniků celková zadluženost skokově snížila, a to na hodnotu 18 %. Míra zadluženosti u soukromých podniků se nejvíce přiblížila v roce 2010 k optimální hodnotě 1. U soukromých podniků se jedná o nízkou zadluženost, protože je cizí kapitál je nižší než vlastní kapitál. To se týká let 2010 a 2013. V roce 2017 se míra zadluženosti zvýšila na hodnotu 4,5. Zde se jedná stejně jako u státních a komunálních podniků o vysokou zadluženost.

Míra finanční samostatnosti se u státních a komunálních podniků pohybuje v rozmezí mezi 70 – 87 %. Lze tedy konstatovat, že uvedené podniky dávají přednost financování aktiv z vlastních zdrojů a cizí zdroje používají více méně doplňkově. V návaznosti na vypočítané hodnoty je možné se domnívat, že soukromé podniky používají cizí zdroje k rekonstrukcím a revitalizaci svého majetku. Dále lze rovněž konstatovat, že až na výjimku u soukromých podniků v roce 2010 všechny podniky bez rozdílu zřizovatele měly většinu zdrojů tvořenou vlastním kapitálem a byl v rozmezí 57 % - 87 %.

Úloha všech podniků působících v infrastruktuře zdravotně orientovaného cestovního ruchu se potvrdila jako pozitivní a neriziková, ale zároveň v prostředí, které nemůžeme z pohledu manažerských postupů a cílů vnímat jako úplně standardní.

System, ve kterém působí komunální, státní a soukromé podniky a ve kterém je možné fungování pacienta přes úhradovou vyhlášku a rovněž jako samoplátce, se ukazuje jako dobrý. Dále se také ale ukázala nutnost širších změn jako celku. Soukromý a komunální podnik mají v systému zdravotní péče jednotlivé články úkonů zdravotní péče doplňovat a ne nahrazovat. Komunální podnik nikdy nemá suplovat vysoce specializovanou péči státních podniků (například fakultní nemocnice) a naopak. Chybí tady pravidla kompetenční, úhradová, a hlavně se v systému jako celku řeší různé typy subvencí místo systémových opatření jako celku. Analýzy to ukazují hlavně u státních podniků, kde se v podstatě konzervuje stav minulých let do procesů 21. století a nezabezpečuje se udržitelnost systému, jen odstranění investičních deficitů.

Významná úloha komunálních a soukromých podniků jako doplňku, vyvažovacího prvku, ale i lokálního lídra se potvrdila, ale v nutnosti souběhu komplexních změn na národní úrovni, kde byl jeden z modelů načrtnut. Nezasupitelná úloha státních podniků se také potvrdila, ale zároveň je tady nutnost celý systém s ohledem na jeho hospodaření z dlouhodobého hlediska vyvažovat dál.

V návrhové části disertační práce je načrtnut ideální model fungování zdravotní péče, ve kterém mají své místo jak státní, komunální, ale i soukromé společnosti tak, aby nedocházelo k souboji o pacienta, ale vzájemné interakci a pomoci v péči o pacienta. Jedná se o podnik působící ve zdravotně orientovaném cestovním ruchu poskytující služby související s motivem zaměřeným na vlastní zdraví klienta.

Při navrhování ideálního podniku v takto specifickém odvětví cestovního ruchu je třeba brát v potaz motivaci účastníků zdravotně orientovaného cestovního ruchu, na tuto skutečnost se zaměřit a vytvořit cílenou strategii podniku, kde hlavními faktory budou hlavně nižší náklady na služby než například v domovské zemi, pokud se jedná o zahraniční klientelu, dále pak krátké čekací lhůty. Samozřejmostí je vysoká kvalita a diferenciacie poskytovaných služeb. Nedílnou součástí strategie je vytvoření takových podmínek, aby bylo možné spojit lékařský zákrok nebo léčbu s dovolenou. K navržení těchto postupů je třeba využít infrastrukturu cestovního ruchu v okolí podniku, jako jsou památky a akce at' už společenské nebo kulturní.

Závěrem tak lze konstatovat, že zjištěné výsledky, při jejich průběžné komparaci s aktuálními odbornými prameny, definovanými v teoretické části práce, dobře posloužily jako podklad pro formulaci závěrů a výstupů disertační práce, obsahujících rovněž autorkou navrhovaná doporučení.

Lze konstatovat, že stanovených cílů disertační práce bylo dosaženo.

11 Seznam tabulek

Tabulka 1 Kategorie (typy) zdravotně orientovaného cestovního ruchu.	54
Tabulka 2 Státní podniky – průměrná roční změna položek majetkové struktury.....	90
Tabulka 3 Komunální podniky – průměrná roční změna položek majetkové struktury.....	92
Tabulka 4 Soukromé podniky – průměrná roční změna položek majetkové struktury.	93
Tabulka 5 Jednofaktorová ANOVA rok 2010.	95
Tabulka 6 Jednofaktorová ANOVA rok 2017.	95
Tabulka 7 Průměrná roční změna výsledků hospodaření u jednotlivých podniků dle zřizovatele (v Kč).	114
Tabulka 8 Jednofaktorová ANOVA.....	116
Tabulka 9 Jednofaktorová ANOVA.....	117
Tabulka 10 Poměrové ukazatele podniků v letech 2010, 2013 a 2017.	118
Tabulka 11 Celková zadluženost a míra finanční samostatnosti jednotlivých typů podniků.	120
Tabulka 12 Dvoufaktorová ANOVA.	124

12 Seznam grafů

Graf 1 Výdaje na zdravotní péči v České republice podle zdrojů financování v letech 2010 a 2013 až 2017 mil. Kč.	75
Graf 2 Výdaje na zdravotní péči v České republice financované z veřejných zdrojů v letech 2013 - 2017 mld. Kč.	76
Graf 3 Vývoj položek majetkové struktury u státních, komunálních a soukromých podniků.	80
Graf 4 Vývoj položek majetkové struktury u státních podniků.	82
Graf 5 Vývoj položek majetkové struktury u komunálních podniků.	84
Graf 6 Vývoj položek majetkové struktury u soukromých podniků.	86
Graf 7 Poměr položek majetkové struktury u všech typů podniků v roce 2010.	88
Graf 8 Poměr položek majetkové struktury u všech typů podniků v roce 2017.	89
Graf 9 Vývoj průměrných nákladů a výnosů.	96
Graf 10 Podíl osobních nákladů na celkových nákladech.	98
Graf 11 Podíl tržeb podniků dle zřizovatele, mimo zdravotní pojišťovny na celkových tržby - tuzemci.	99
Graf 12 Podíl průměrných tržeb mimo zdravotní pojišťovny na celkových tržbách - cizinci.	100
Graf 13 Podíl vybraných nákladů na celkových nákladech.	101
Graf 14 Podíl vybraných výnosů na celkových výnosech.	102
Graf 15 Preference typu zřizovatele - cizinci a tuzemci.	103
Graf 16 Počet cizinců čerpajících zdravotní péči.	105
Graf 17 Náklady na ošetření cizinců v nemocnicích celkem.	106
Graf 18 Vývoj počtu lázeňských pacientů.	108
Graf 19 Počet lázeňských pacientů v jednotlivých krajích dle formy úhrady.	109
Graf 20 Vývoj počtu cizinců a tuzemců hradících lázeňskou péči na vlastní náklady.	110
Graf 21 Vývoj počtu cizinců a tuzemců hradících lázeňskou péči na vlastní náklady v procentech.	111

Graf 22 Počty tuzemců a cizinců v lázních v roce 2017 hradících si péči plně na vlastní náklady v jednotlivých krajích.	112
raf 23 Vývoj průměrných výsledků hospodaření podniků dle zřizovatele.....	113
Graf 24 Vývoj počtu podniků v jednotlivých geografických oblastech.....	121
Graf 25 Vývoj průměrných výsledků hospodaření v jednotlivých geografických oblastech	122

13 Seznam zdrojů

ABDUH, M., 2017. Economic and market predictors of solvency of family takaful in Malaysia, *Journal of Islamic Accounting and Business Research*. Vol. 8, no. 3, pp. 334-344.

ABRAHAM, R., HARRIS, J., AUERBACH, J., 2017. Earnings Yield as a Predictor of Return on Assets, Return on Equity, Economic Value Added and the Equity Multiplier, *Modern Economy*. Vol. 8, no. 1, pp. 10-24.

AKGUN, AI., SAMILOGLU, F., OZTOP, A. O., 2018. The Impact of Profitability on Market Value Added: Evidence from Turkish Informatics and Technology Firms, *International Journal of Economics and Financial Issues*. Vol. 8, no. 4, pp. 105.

ÁRPÁSI, Z., 2018. Wellness Tourism: What Motivates the Consumer. *Valahian Journal of Economic Studies*. Vol. 9, no. 1, s. 87-92. ISSN 2067-9440.

ARROW, K. 2009. A note on uncertainty and discounting in models of economic growth. *Journal of Risk & Uncertainty*. Vol. 38, Issue 2, s. 87-94.

ASOCIACE TURISTICKÝCH REGIONŮ ČR, 2016. *Koncepce státní politiky cestovního ruchu v České republice na období 2014-2020*. [online]. ATUR-CZ. [cit. 2019-05-09]

Dostupné z: <http://www.atur.cz/filemanager/files/203405-cs.pdf>

ATELJEVIC, I., DOORNE, S., 2003. Unpacking the local: a cultural analysis of tourism entrepreneurship in Murter, Croatia. *Tourism Geographies*, Vol. 5, no. 2, s. 123-150.

BALEKJIAN, W. H., 1967. Legal aspects of foreign investment in the European Economic Community. Manchester: *Oceana Publications*,

BARTÁK, J., 2006. *Skryté bohatství firmy*. Praha: Alfa Publishing. Management studium. ISBN 80-868-5117-6.

BENEŠOVÁ, P., KRUIŠOVÁ, H., 2015. *Zdravotně orientovaný cestovní ruch*. Praha: Idea servis. ISBN 978-80-85970-85-2.

BLANK, C., et al., 2018. Short Vacation Improves Stress-Level and Well-being in German-Speaking Middle-Managers-A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 15, no. 1. s. 130. ISSN 1661-7827.

BOROVSKÝ, J., 2013. *Ekonomika a vedení obchodu*. Praha: České vysoké učení technické. ISBN 978-800-1052-174.

BRINDESCU-OLARIU, D., 2016. Assessment of the bankruptcy risk based on the solvency ratio, *Theoretical and Applied Economics*. Vol. XXIII, no. 3, pp. 257-266.

BRINDUSA T., 2015. The financial management and regional development, Journal Title: Studies and Scientific Researches: Economics Edition , Romania, Studies and Scientific Researches: *Economics Edition*. 0(21) DOI 10.29358/sceco.v0i21.314, ISSN: 2066-561X (Print); 2344-1321 (Online), Publisher: University of Bacău.

CARRERA, P. M., BRIDGES, J. F. P., 2006. Globalization and Healthcare: Understanding Health and Medical Tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. Vol. 6, no. 4. pp. 447-54. ISSN 1473-7167

CASTILLA-POLO, F., GALLARDO-VÁZQUEZ, D., 2016. The main topics of research on disclosures of intangible assets: a critical review, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*. Vol. 29, no. 2, pp. 323-356.

CONNELL, J., 2011. *Medical tourism*. Wallingford: CABI Pub. ISBN 978-1-84593-660-0

CONNELL, J., 2013. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*. Vol. 34, s. 1-13.

da CRUZ, N. F., MARQUES, R. C., 2014. Mixed companies as local utilities. *Proceedings of the Institution of Civil Engineers: Municipal Engineer*. Vol. 167, no. 1, s. 3-10

DAMBORSKÝ, M., 2006. *IX. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4155-2.

DASHI, K., 2018. Financial Profitability of Firms and its Determining Factors, *Acta Universitatis Danubius. Oeconomica*. Vol. 14, no. 4, pp. 619-630.

DEGRYSE, H., GOEIJ, P., KAPPERT, P., 2012. The impact of firm and industry characteristics on small firms' capital structure, *Small Business Economics*. Vol. 38, no. 4, pp. 431-447.

DAVIS, K. S., MOHAN, M., RAYBURN, S. W., 2017. Service quality and acculturation: advancing immigrant healthcare utilization, *Journal of Services Marketing*. Vol. 31, no. 4/5, pp. 362-372.

DILGER, R. J., MOFFET, R. R., L. STRYK, 1997. Privatization of Municipal Services in America's Largest Cities. *Public Administration Review*. Vol. 57, no. 1, s. 21-26.

DOLANSKÝ, H., 2008. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Filozoficko-přírodovědecká fakulta, Ústav ošetrovatelství. ISBN 978-807-2484-829.

DONG, G. N., 2015. Performing well in financial management and quality of care: evidence from hospital process measures for treatment of cardiovascular disease. *BMC Health Services Research*. Vol. 2, no. 1, s. 45.

DROJ, L., 2018. Considerations Regarding the Evolution of the Liquidity and Solvency Indicators of the Most Important Romanian Production Companies in the Period 2014-2017. *Annals of the University of Oradea: Economic Science*. Vol. 28, no. 2, pp. 94-101.

DU, Gang et al. 2018. Optimizing Daily Service Scheduling for Medical Diagnostic Equipment Considering Patient Satisfaction and Hospital Revenue. *Sustainability*. Vol. 10, no. 9, s. 3349. ISSN 2071-1050.

DUMITRASCU, R. A., 2014. Intangible assets and strategic position of company, *Knowledge Horizons. Economics*. Vol. 6, no. 1, pp. 91.

DURRAH, O. et al., 2016. Exploring the Relationship between Liquidity Ratios and Indicators of Financial Performance: An Analytical Study on Food Industrial Companies Listed in Amman Bursa. *International Journal of Economics and Financial Issues*. Vol. 6, no. 2.

ERDAMAR, C., ADILOGLU, B., GÜRSOY, T., 2013. Financial Indicators of Steady Success in Manufacturing Companies: Research on Big Manufacturing Companies in Turkey, *Advances in Management and Applied Economics*. Vol. 3, no. 4, pp. 217.

EVANS, B., 2018. Is Onsite Health Care Right for Your Company?, *Employee Benefit Plan Review*. Vol. 72, no. 4, pp. 13-14.

FATEMI, M., BEHMANESH, M. R., 2012. New Public Management Approach. *International Journal of Management, Economics and Social Sciences*. Vol. 1, no. 2, s. 42-49. Dostupné z: <http://www.ijmess.com>

FELLEGIOVÁ, E., 2009. *Cestovní ruch v rámci regionálního rozvoje*. Disertační práce. České Budějovice: EF JU.

FRAKT, A. B., 2018. How the Economy Affects Health, *Jama*. Vol. 319, no. 12, pp. 1187-1188.

FUNCK, C., COOPER, M., 2013. *Japanese Tourism: Spaces, Places and Structures*. New York: Berghahn Books. ISBN 978-1-78238-076-4

GABRIĆ, D., 2017. Traditional Activity Indicators in the Function of Determination of Material Misstatement in the Financial Statements of the Companies., *DIEM: Dubrovnik International Economic Meeting*. Vol. 3, no. 1, pp. 679-693.

GADZHIEV, Y.A., AKOPOV, V.I., KRESTOVSKIKH, T.S. 2012, Economy of Russia's Northern regions: Investment in fixed assets, *Studies on Russian Economic Development*. Vol. 23, no. 5, pp. 488.

GAVUROVÁ, B., et al. 2018. Information and Communication Technology in the Role of Information System of Healthcare Facility in the Slovak Republic. *Economies*, 09. Vol. 6, no. 3.

GEORGIEV, G., VASILEVA, M., 2010. Some problems related to the definitions of balneo, spa and wellness tourism. Faculty of Tourism and Hospitality Management in Opatija. *Biennial International Congress. Tourism & Hospitality Industry*. s. 902-909

GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press. Praxe manažera. ISBN 80-722-6996-8.

GLOBAL WELLNESS INSTITUTE; 2018. *Health Tourism is Big Business in Travel*. Atlanta: Global Wellness Institute. ISBN 15316386.

HENDL, J., 2004. *Přehled statistických metod zpracování dat: analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8820-1.

HESKOVÁ, M. a kol., 2006. *Cestovní ruch*. Praha: Fortuna. ISBN 80-7168-948-3

HINDLS, R., 2006. *Statistika pro ekonomy*. 7. vyd. Praha: Professional Publishing. ISBN 80-869-4616-9.

HUNJET, A., KUSTELEGA, L. G. KOZINA, 2018. Development of Dental Tourism in Croatia. *Economic and Social Development: Book of Proceedings; Varazdin*. Varazdin: Varazdin Development and Entrepreneurship Agency (VADEA). Nov 15/Nov 16, s. 307-325

HYRŠLOVÁ, J., KLEČKA J., 2008. *Ekonomika podniku*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu. ISBN 978-808-6730-363.

CHAREONSUK, C., CHANSA-NGAVEJ, C., 2008, Intangible asset management framework for long-term financial performance. *Industrial Management & Data Systems*. Vol. 108, no. 6, pp. 812-828.

CHERNENKO, C. D. 2017. The System of Indicators for the Statistical Evaluation of Market Conjuncture. *Biznes Inform*. Vol. 4, pp. 262-268.

CHRISTENSEN, T. J., 2016, A framework for guiding efforts to reward value instead of volume, *International Journal of Health Economics and Management*. Vol. 16, no. 2, pp. 175-187.

ILDIKO, K., et al, 2011, Overview of the Relevant Indicators of Defaulted and Non-Defaulted Companies and Possibilities of Improvement for the Rating Systems used by the Romanian Commercial Banks, *Annals of the University of Oradea: Economic Science*. Vol. 20, no. 2, pp. 413-418.

JAKUBÍKOVÁ, D., 2012. *Marketing v cestovním ruchu*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, ISBN 978-80-247-4209-0

JOE, M., 2017, Fastest Growing Companies: 4. Gifted Healthcare, *New Orleans City Business.*, no. 5

JOHANSSON, N., JAKOBSSON, N., SVENSSON, M., 2018, Karlstads universitet, Avdelningen för nationalekonomi och statistik, Handelshögskolan (from 2013), Fakulteten för ekonomi, kommunikation och IT & Fakulteten för humaniora och samhällsvetenskap (from 2013), "Regional variation in health care utilization in Sweden - the importance of demand-side factors", *BMC health services research*. Vol. 18, no. 1, pp. 403-9.

KISLINGEROVÁ, E., 2010. *Manažerské finance*. 3. vyd. V Praze: C.H. Beck. Beckova edice ekonomie. ISBN ISBN:978-80-7400-194-9.

KIYAK, D. and L. PRANCKEVICIUTE, L., 2016. Determining the Relation between the Business Environment and Companies Solvency Factors in the Post – Crisis Period. *Ekonomika*. Vol. 95, no. 3, pp. 64.

KMENTOVÁ, B., 2016. *Hospodaření vybraných zdravotnických zařízení v Jihomoravském kraji*. Vysoká škola Báňská, Ostrava

KOMORNÍK, J., MAJERČÁKOVÁ, D., 2011. *Finančný manažment*. Bratislava, Kartprint. ISBN 978-80-88870-97-5.

KORDIĆ, L., B. ŠIMUNDIĆ, 2017. Health Tourism in Croatia – Questioning the efficiency of Special Hospitals and Natural Spas. *Challenges of Europe: International Conference Proceedings* . Split: Sveučiliste u Splitu

KOTT, M., (2008). *Analýza hospodaření ve fakultních nemocnicích v České republice*, VŠFS Praha

KOTÍKOVÁ, H., 2013. *Nové trendy v nabídce cestovního ruchu*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4746-036.

KRAFTOVÁ, I., 2002. *Finanční analýza municipální firmy*. Praha: C. H. Beck. ISBN 80-7179-778-2.

LACINA, K., MATOUŠKOVÁ, H., 2013. Zdroje a limity ekonomického růstu a předpoklady vývoje české ekonomiky: *Inproforum 2013: sborník příspěvků z mezinárodní*

vědecké konference České Budějovice, 7.- 8. listopadu 2013. Vyd. 1. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Ekonomická fakulta. 1 CD-ROM. ISBN 978-80-7394-440-7.

LALOVIĆ, G., KOMAN, M., 2018. Do better performing companies possess more intangible assets: case of Slovenia, *Economic and Business Review for Central and South - Eastern Europe*. Vol. 20, no. 1, pp. 5-161.

LEE, C.G., 2010. Health care and tourism: Evidence from Singapore. *Tourism Management*, Vol. 31, no. 4, s. 486-488.

MACIKOVÁ, L., SMORADA, M., DORČÁK, P., BEUG, B. & MARKOVIČ, P., 2018. Financial Aspects of Sustainability: An Evidence from Slovak Companies, *Sustainability*. Vol. 10, no. 7, pp. 2274.

MAJEED, S., LU, C., MAJEED, M. MUAHMMAD, N. S., 2018. Health Resorts and Multi-Textured Perceptions of International Health Tourists. *Sustainability*. Vol. 10, no. 4, s. 1063.

MALMMOSE et al., (2018). Global budgets in Maryland: early evidence on revenues, expenses, and margins in regulated and unregulated services. *International Journal of Health Economics and Management*. Vol. 18, no. 4, s. 395-408. ISSN 2199-9023.

MAREK, P., 2006. *Studijní průvodce financemi podniku*. Praha: Ekopress. ISBN 80-861-1937-8.

MATEI, N. C., MATEI, C. R., HORHOTĂ, L. 2017, National and International Norms on Accounting Policies and Procedures Applicable to Amortizable Tangible Fixed Assets. Impact on Patrimonial Result, *Global Economic Observer*, vol. 5, no. 2, pp. 103-112.

McLAUGHLIN, D.B., OLSON, J.R., 2017. Teaching the Use of Systems Dynamics for Strategic Decision Making in Healthcare, *INFORMS Transactions on Education*. Vol. 17, no. 3, pp. 99-106.

METELKOVÁ, P., 2006. *IX. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách: Pragmatická politika cestovního ruchu na příkladu Švýcarska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, ISBN 80-210-4155-2.

MILOJEVIC, M. TERZIC, I., 2015. Liquidity of large companies in the Republic of Serbia, *Ekonomika*, Vol. 61, no. 3, pp. 173-183.

MOHANTY, B. K., KRISHNANKUTTY, R., 2018. Determinants of Profitability in Indian Banks in the Changing Scenario, *International Journal of Economics and Financial Issues*. Vol. 8, no. 3, pp. 235.

MOUČKOVÁ, J., (2019). *Tvorba a aplikace ekonomicko-finančního systému umožňujícího hodnocení zdravotnických zařízení poskytujících ambulantní a lůžkovou péči*. Ekonomická fakulta JČU, České Budějovice.

NECHITA, C., 2009. The Applicability of Marginal Costs in Fixed Tangible Assets Analysis, *Economy Transdisciplinarity Cognition*, no. 1, pp. 262.

NEZHAD, A. A., YAMRALI, O., ABOUJAFARI, M. R., 2014. The Impact of Intellectual Capital on Return of Fixed Assets and Firms Total Assets Return Which Listed On the Tehran Stock Exchange, *Asian Economic and Financial Review*. Vol. 4, no. 10, pp. 1409.

NIEMIEC, A., 2016. Strategic Map for Hospital Management: Perspectives and Priorities, *Economics & Sociology*. Vol. 9, no. 3, pp. 63-75.

NUJIC, D., et al., 2016. Indicators of Financial Management of the Croatian Health Insurance Fund from 2000 to 2014. *Ekonomski Vjesnik*, Vol. 29, no. 2. s. 421-431. ISSN 0353359X.

OCHRANA, F., 2003. Veřejné služby - problém vymezení pojmu a standardizace. In *Standardizace veřejných služeb jako předpoklad efektivnosti rozvoje regionů*. Brno: Masarykova univerzita, ESF. s. 16-21.

OCHRANA, F., PAVEL, J., VÍTEK, L., 2010. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada Publishing.

OMERZEL, D G., 2006. Competitiveness of Slovenia as a Tourist Destination. *Managing Global Transitions*. Vol. 4, no. 2, s. 167-189

ORIEŠKA, J., 2010. *Služby v cestovním ruchu*. Praha: Idea servis. ISBN 978-80-85970-68-5

OSINSKI, M., SELIG, P. M., MATOS, F., ROMAN, D. J. 2017, Methods of evaluation of intangible assets and intellectual capital, *Journal of Intellectual Capital*. Vol. 18, no. 3, pp. 470-485.

PALATKOVÁ, M, ZÍCHOVÁ, J., 2014. *Ekonomika turismu: Turismus České republiky, 2.*, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3643-3

PAPADAKI, S., STANKOVÁ, P., 2016. Comparison of horizontally integrated hospitals in private and public sectors of Czech republic. *Economics & Sociology*. Vol. 9, no. 3. s. 180-194 ISSN 2071789X.

PAPULA, J., PAPULOVÁ, E., 2013. *Základy manažérské ekonomiky*. Bratislava: Kartprint. ISBN 978-80-89553-11-2.

PÁSKOVÁ, M., ZELENKA, J., 2002. *Výkladový slovník cestovního ruchu*. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj. ISBN 80-239-0152-4

PERIM, P. P., et al. 2016, A New Solvency Prediction Model for Companies in the Real Estate Sector. *Contextus*. Vol. 14, no. 2, pp. 143-169.

PETRÁCH, F., 2013. *Komunální podniky - jejich cíle a fungování v moderní ekonomice*. Disertační práce. Č. Budějovice: EF JU.

PETRÁCH, F., FALTOVÁ LEITMANOVÁ, I., 2013. Hospodaření komunálních podniků. in Majtán, Š. a kol. *Aktuálne problémy podnikovej sféry 2013*. Zborník vedeckých prác. Bratislava: Ekonóm. ISBN 978-80-225-3636-3, s. 440-444.

PIRI, Z. at al., 2017. Status of Health Tourism Information Management System in North West, *Journal of Research in Medical and Dental Science*. Vol. 5, no. 6, s. 45-51 , ISSN: 2347-2545 (Print); 2347-2367 (Online)

PLETSCHER, M., (2016) Marginal revenue and length of stay in inpatient psychiatry. *The European Journal of Health Economics*. Vol. 17, no. 7, s. 897-910. ISSN 1618-7598.

POPESKO, B., 2014. *Kalkulace nákladů ve zdravotnických organizacích*. Praha: Wolters Kluwer, ISBN 978-80-7478-509-2.

PUR, D., JÁCOVÁ, H., HORÁK, J. 2015, An Evaluation of Selected Assets and their Impact on the Declarative Characteristic of Ratio Indicators in Financial Analyses, *E+M Ekonomie a Management*. Vol. 18, no. 4, pp. 132.

RADENOVIĆ, Ž., MILOVANOVIĆ, S., MILOVANOVIĆ, G., 2017, Heliant Health Information System as a Support to Electronic Business of Healthcare Organizations in Serbia, *Facta universitatis - Economics and Organization*. Vol. 14, no. 3, pp. 265-279.

REMONDINO, M., 2018. Information Technology in Healthcare: HHC-MOTES, a Novel Set of Metrics to Analyse IT Sustainability in Different Areas, *Sustainability*. Vol. 10, no. 8, pp. 2721.

REN, T., H., HYUN, PARK, J., 2017. Medical tourism services: The role of patients perceived health consciousness and value. *Journal of Service Science Research*. Vol. 9, no. 2, s. 179-195. ISSN 2093 - 0720.

ROBINSON, T. R., 2015. *International financial statement analysis*. Third edition. Hoboken, N. J.: John Wiley. ISBN 978-111-9029-748.

RŮČKOVÁ, P., 2015. Dependency of Return on Equity and use of Finance Sources in Building Companies in v4 Countries, *E+M Ekonomie a Management*. Vol. 18, no. 3, pp. 73.

RŮČKOVÁ, P., 2008. *Finanční analýza: metody, ukazatele, využití v praxi*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, Finanční řízení. ISBN 978-802-4724-812.

RUTHERFORD, D. G., O'FALLON, M. J., (ed.), 2007. *Hotel management and operations*. John Wiley.

SAFIULLIN, A. R., RAVZIEVA, D. I., 2016. Reasons and Benefits of Region Manufacturing Profile Specialization, *Journal of Economics and Economic Education Research*. Vol. 17, pp. 27.

SEISSIAN, L. A., GHARIOS, R. T., AWAD, A. B., 2018. Structural and market-related factors impacting profitability: A cross sectional study of listed companies, *Arab Economic and Business Journal*. Vol. 13, no. 2, pp. 125-133.

SEKERCAN, A., WOULDSTRA, A. J., J. G. PETERS, R., 2018. Dutch citizens of Turkish origin who utilize healthcare services in Turkey: a qualitative study. *BMC health services research*. Vol. 18, no 1, s. 1-10.

SERRASQUEIRO, Z. S., NUNES, P. M., 2008. Performance and size: empirical evidence from Portuguese SMEs, *Small Business Economics*. Vol. 31, no. 2, pp. 195-217.

SCHWARTZHOFFOVÁ, E., 2016. *Lázeňství a wellness*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5113-8.

SZYMAŃSKA E., 2017. Innovation Systems in Health Tourism, *Journal of Economics, Business and Management*. Vol. 5, no. 1, s. 1-5.

SZROMEK, A., ROMANIUK, P., 2014. The Management of Spa Tourism Centres in Poland Structure of Boards, and Their Perception of Different Types of Visitors, with Regard to the Funding Source of Treatment. *American Journal of Tourism Management*. Vol 3, no.1, s. 9-16.

STEFAKO, R., GAVUROVA, B., KOCISOVA, K., 2018. Healthcare efficiency assessment using DEA analysis in the Slovak Republic, *Health Economics Review*. Vol. 8, no. 1, pp. 1-12.

STEVENSON, N., AIREY, D., MILLER, G., 2008. Tourism Policy Making: The Policymakers' Perspectives. *Annals of Tourism Research*. Vol. 35, no. 3, s. 732-750.

SŮVOVÁ, H., 1999. *Finanční analýza v řízení podniku, v bance a na počítači*. Praha: Bankovní institut. Bankovníctví. ISBN 80-726-5027-0.

SŮVOVÁ, H., KNAIFL, O., 2008. *Finanční analýza I*. Praha: Bankovní institut vysoká škola, ISBN 978-80-7265-133-7.

ŠATERA, K., 2010. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 978-807-3189-716.

ŠIMAN, J., 2005. *Úvod do podnikových financí*. Praha: Vysoká škola finanční a správní. Eupress. ISBN 80-867-5449-9.

ŠVERKO G., Z., KRSTINIĆ N., M., MAMULA, M., 2017. Insolvency in the Republic of Croatia, *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*. Vol. 30, no. 1, pp. 1693-1704.

TICHÁ, I., HRON, J., 2002. *Strategické řízení*. Praha: Credit. ISBN 978-802-1309-227.

TICHÝ, J., 2016. *Ekonomika podniku*. Praha: IODA. ISBN 978-802-6096-993.

TIREN-VERBEET, N., CETIN, M., ALP, E., DOGANAY, M., 2018. Bone Marrow Transplantation and Medical Tourism at Erciyes University - A Single Center Experience. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*. Vol. 6, no.1, s.1-6 ISSN: 2322-1100 (Print), 2476-5759 (Online).

TITTELBACHOVÁ, Š., 2011. *Turismus a veřejná správa: průniky, dysfunkce, problémy, šance: státní politika turismu České republiky: systémový přístup k řešení problémů*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3842-0.

TRIFAN, A., 2018, Accounting treatments specific to financial assets, Bulletin of the Transilvania University of Brasov. *Economic Sciences*. Series V. Vol. 11, no. 2, pp. 165-172.

TURNER, L., 2008. Cross-border dental care: 'dental tourism' and patient mobility. *British Dental Journal*. No. 204, s. 553-554.

URH, B., 2015. Healthy lifestyle and tourism. *Quaestus*, Vol. 4, no. 6. s. 132-143. ISSN 2285424X.

WANG, D., Ap, J., 2013. Factors affecting tourism policy implementation: A conceptual framework and a case study in China. *Tourism Management*. Vol. 36, s. 221-233.

VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA, 2013. *Podnikové řízení*. Praha: Grada, Finanční řízení. ISBN 978-80-247-4642-5.

VALACH, J., a kol., 1999. *Finanční řízení podniku*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Ekopress, 1999, 324 s. ISBN 80-86119-21-1.

VEBER, J., 2009. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-807-2612-000.

VYSTOUPIL, J., ŠAUER, M., HOLEŠINSKÁ, A., METELKOVÁ, P., 2006. *Základy cestovního ruchu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4167-6.

WARREN, C., S., JONES, P., J., 2019. *Corporate financial accounting*. 15e. Boston, MA: Cengage. ISBN 978-133-7398-169.

WOKOUN, R., VYSTOUPIL, J., 2006. *IX. mezinárodní kolokvium o regionálních vědách: Státní politika cestovního ruchu České republiky na období 2007-2013*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-4155-2.

WÖHE, G., KISLINGEROVÁ, E., 2007. *Úvod do podnikového hospodářství*, 2. vydání. Praha: C. H. Beck.

WOKOUN, R., 2007. *Regionální rozvoj a jeho management v České republice*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica. ISBN 978-802-4513-010.

WOKOUN, René, 2008. *Regionální rozvoj: (východiska regionálního rozvoje, regionální politika, teorie, strategie a programování)*. Praha: Linde, 2008. ISBN 978-807-2016-990.

XU, D. and J. MA, 2018, The Credit Asset of Enterprise Accounts Receivable Pricing Model, *Complexity*. Vol. 2018, pp. 1-16.

ZAMFIR, M., MANEA, M. D. and IONESCU, L. 2016, Return on Investment - Indicator for Measuring the Profitability of Invested Capital, *Valahian Journal of Economic Studies*. Vol. 7, no. 2, pp. 79-86.

ZHURKINA, T. A., SABETOVA, T. V., 2018. Improvement of the methods for company's fixed assets analysis, *Vestnik Voronežskogo Gosudarstvennogo Universiteta Inženernyh Tehnologij*. Vol. 80, no. 1, pp. 273-28

ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J., 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-5518.

WIRAWAN, I., 2018 Made Ady. Healthy tourism initiatives at destinations: opportunities and challenges. *Public Health and Preventive Medicine Archive Journal*. Vol. 6, no. 1, s. 1-5. ISSN 2303-1816.

WITCZAK, R., 2016, The selected issues of tax legislation on employment costs calculation in healthcare in Poland , *Economics & Sociology*. Vol. 9, no. 3, pp. 145.

ÚZIS ČR, 2018. *Lázeňská péče 2009 -2017*. Praha: ÚZIS. ISSN 1210-8596.

ÚZIS ČR, 2017. *Čerpání zdravotní péče cizinci 2011-2016*. Praha: ÚZIS.

ÚZIS ČR, 2017. *Ekonomické výsledky nemocnic 2010 -2017*. Praha: ÚZIS. ISSN 1213-4104.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Česká republika: zdravotní profil země 2017*. [online] State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. [cit. 2019-05-09].

Dostupné z https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_cs_czech.pdf

EVROPSKÁ KOMISE. *Zdraví a strukturální fondy*, 2019. [online]. Evropská komise. [cit. 2019-05-09].

Dostupné z https://ec.europa.eu/health/funding/structural_funds_cs

EUROPEAN COMMISSION. *Health and Structural Funds*, 2019. [online]. European Commission. [cit. 2019-05-09].

Dostupné z https://ec.europa.eu/health/state/companion_report_en

MZ ČR, 2013. *Situace v českém lázeňství*. [online]. MZ ČR. [cit. 2019-05-09].

Dostupné z

<http://www.zdravotnickeodbory.cz/files/Article/465/TextDocument/material-ministerstva-zdravotnictvi-pro-vladu---situace-v-ceskem-lazestvi----cerven-2013.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2018 [online]. [cit. 2019-05-09].

Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>

Český statistický úřad, 2019. [online]. ČSU. [cit. 2019-05-09].

Dostupné z <http://www.csu.cz>

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky, 2019. [online]. MZ SR © 2011 [cit. 2019-05-09].

Dostupně z <http://www.health.gov.sk/Titulka>

Ministerstwo Zdrowia, 2019. [online]. Ministerstwo Zdrowia © 2011 [cit. 2019-05-09].
<http://www2.mz.gov.pl/>

Vyhláška č. 201/2018 Sb. ze dne 5. září 2018 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 100, s. 3210-3327. ISSN 1211-1244.

Zákon 90/2012, Sb. ze dne 25. ledna 2012 o obchodních korporacích a družstvech (zákon o obchodních korporacích). In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 34, s. 1370-1481. ISSN 1211-1244.

Zákon 77/1997, Sb., ze dne 20. března 1997 o státním podniku. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 25, s. 1791-1797. ISSN 1211-1244.

14 Seznam příloh

Příloha č. 1 - Hodnocení finančního zdraví nemocnic v České republice v roce 2018 z údajů hospodaření za rok 2017

Příloha č. 2 - Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2016

15 Přílohy

Příloha 1: Hodnocení finančního zdraví nemocnic v České republice v roce 2018 z údajů hospodaření za rok 2017

Zpracovatel: NEXIA AP a.s., Praha 8 - Karlín, Sokolovská 5/49, PSČ 186 00

člen sítě NEXIA INTERNATIONAL

Určeno pro:

HEALTHCARE INSTITUTE O.P.S.

JIŽNÍ 5, 700 30 OSTRAVA

DANIEL VAVŘINA, ZAKLADATEL

Hodnocení finančního zdraví nemocnic v České republice v roce 2018 z údajů hospodaření za rok 2017

V PRAZE DNE 27. LISTOPADU 2018

Zpracovatel:

NEXIA AP a.s., Praha 8 - Karlín, Sokolovská 5/49, PSČ 186 00

člen sítě NEXIA INTERNATIONAL

1 ÚVOD, CÍLE

HealthCare Institute (HCI) ve spolupráci s odbornými partnery - společností NEXIA AP a.s. a společností CRIF – Czech Credit Bureau, a.s. i v letošním roce provedla unikátní hodnocení českých nemocnic na základě jejich finančního zdraví v oblastech, ve kterých může ovlivňovat spokojenost pacienta. Jedná se již o páté hodnocení podle nových parametrů, které byly aplikovány prvně v roce 2014 při hodnocení finančního zdraví nemocnic za rok 2013. Finanční zdraví nemocnic posuzované těmito parametry není porovnáváno podle prospěchu vlastníka či zřizovatele a podle dosaženého výsledku hospodaření, ale podle parametrů, které výrazněji ovlivňují spokojenost pacienta. Vycházíme z obecného faktu, že dobrá finanční kondice našich nemocnic ovlivňuje dlouhodobě jak kvalitu poskytovaných služeb, tak i spokojenost pacientů a zaměstnanců nemocnic.

Dovolujeme si Vám předložit na následujících stranách napjatě očekávané výsledky letošního ročníku.

2 ZÁKLADNÍ PARAMETRY PROJEKTU

Finanční zdraví nemocnic bylo hodnoceno z veřejně dostupných údajů – tj. účetní závěrky v případě nemocnic - obchodních společností a z veřejně dostupných účetních závěrek a dotazování u ostatních subjektů. Pro posouzení finančního zdraví byly aplikovány jednotné poměrové ukazatele a jednotné váhy pro obě skupiny nemocnic, kterými jsou nemocnice obecné, nemocnice fakultní a přímo řízené. Celkem jsme finanční zdraví hodnotili u 86 nemocnic, u kterých jsme obdrželi data v potřebném rozsahu. Celkový majetek (aktiva) hodnocených nemocnic činí 146 miliard Kč (veřejný dluh ČR činí cca 1 752 miliard Kč) a na tržbách téměř 131 miliard Kč (tvořících 2,59 % HDP ČR) za rok 2017.

3 STRUKTURA UKAZATELŮ, DLE KTERÝCH BYLO FINANČNÍ ZDRAVÍ NEMOCNIC HODNOCENO

Přes omezení, dané zejména nutností používat zdroje, které jsou v co nejširším rozsahu veřejně dostupné nebo by veřejně dostupné být měly, je právě časová porovnatelnost výsledků cenným výstupem našeho hodnocení. Na tomto místě musíme konstatovat, že celá řada nemocnic – obchodních společností zveřejňuje své účetní závěrky až koncem následujícího roku, případně je nezveřejňuje vůbec a v případě ostatních subjektů je na rozhodnutí jejich managementu zda data do hodnocení poskytnout. Přesto se nám dlouhodobě daří do srovnání zahrnout cca 2/3 subjektů působících v České republice.

Stejně jako v předchozích ročnících je třeba vzít v úvahu, že jsme nemohli provést hodnocení po jednotlivých nemocnicích v případech, kdy je prostřednictvím jednoho subjektu provozováno více nemocnic. Zde jsou výsledné údaje souhrnem (např. u Středomoravské nemocniční a.s., Karlovarské krajské nemocnice a.s., Krajské zdravotní, a.s. apod.).

Finančně zdravou nemocnicí ve vztahu k cílům našeho projektu je zejména ta, která:

- i. má dostatek prostředků na úhradu svých závazků,
- ii. není předlužená,
- iii. hradí své závazky v přiměřeném čase,
- iv. financuje dlouhodobý majetek z dlouhodobých zdrojů,
a dále:
- v. investuje do svého majetku,
- vi. je vybavena dlouhodobým majetkem umožňujícím poskytovat kvalitní zdravotní péči (co nejnovějším),

vii. dokáže adekvátně odměnit svůj personál.

Těchto parametrů nemocnice dosahují bez ohledu na svou právní formu, což podstatně zjednodušuje jejich hodnocení. K těmto principům byly nastaveny poměrové ukazatele a jejich váhy. 50 % vah bylo přiděleno ukazatelům zkoumající oblasti i. až iv. (likvidita, platební morálka, struktura financování aktiv), 25 % vah ukazatelům zkoumajícím oblasti v. a vi. (obměna majetku) a 25 % jsme přiřadili výši mezd personálu. Víme, že lze navrhnout celou řadu jiných modelů a diskutovat o jednotlivostech, důležité je však celkové srovnání a komplexnost.

Ukazatele, intervaly a váhy ukazuje následující tabulka:

Ukazatel	Výpočet	Min (0 bodů)	Max (100 bodů)	Váha
Pohotovlá likvidita	(Oběžná aktiva-zásoby) / Krátkodobé závazky	1	1,5	10
Běžná likvidita	Oběžná aktiva / Krátkodobé závazky	1,5	2,5	10
Celková zadluženost	Cizí zdroje bez rezerv / Aktiva celkem	1	0,3	10
Doba obratu závazků	Závazky krátkodobé / (účty skupin 50,51,52)/365)	90	0	10
Struktura aktiv	(Vlastní kapitál + rezervy + dlouhodobé závazky) / Dlouhodobá aktiva	0,8	1,2	10
Objem investovaných prostředků	Investiční výdaje na stálá aktiva / Výkony	0	0,05	5
Investiční aktivita	Netto dlouhodobá aktiva / Brutto dlouhodobá aktiva	0,2	0,7	20
Průměrná mzda (Kč)	Mzdové náklady / Průměrný přepočtený počet zaměstnanců	25 000	40 000	25
SUMA				100

Nejvyšší teoreticky dosažitelné skóre je 100 bodů.

4 VÝSLEDKY FINANČNÍHO ZDRAVÍ CELKOVÉ

Umístění v roce 2018	Organizace výsledky FZ 2018	Body FZ 2018	Umístění v roce 2017	Umístění v roce 2016
1.	Nemocnice České Budějovice, a.s.	87,00	2.	3.
2.	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje	86,40	N/A	11.
3.	Centrum léčby pohybového aparátu, s.r.o.	85,10	21.	27.
4.	Fakultní nemocnice Hradec Králové	83,60	7.	10.
5.	Masarykův onkologický ústav	83,50	1.	1.
6.	Fakultní nemocnice Plzeň	83,30	6.	5.
7.	Institut klinické a experimentální medicíny	82,90	5.	2.
8.	Nemocnice Český Krumlov, a.s.	82,40	8.	6.
9.	Ústav pro péči o matku a dítě	82,30	4.	7.
10.	Fakultní nemocnice Ostrava	81,70	12.	13.

Poznámka: *Celkové pořadí nemocnic bez ohledu na to, kdo je jejich zřizovatelem.

5 VÝSLEDKY FINANČNÍHO ZDRAVÍ ZA PŘÍMO ŘÍZENÉ NEMOCNICE (MZ, MO ČR)

Pořadí	* Celkové pořadí	Organizace výsledky FZ 2018	Body FZ 2018	Umístění v roce 2017
1.	4.	Fakultní nemocnice Hradec Králové	83,60	6.
2.	5.	Masarykův onkologický ústav	83,50	1.
3.	6.	Fakultní nemocnice Plzeň	83,30	5.
4.	7.	Institut klinické a experimentální medicíny	82,90	4.
5.	9.	Ústav pro péči o matku a dítě	82,30	3.
6.	10.	Fakultní nemocnice Ostrava	81,70	10.
7.	11.	Fakultní nemocnice v Motole	81,30	7.
8.	12.	Vojenská nemocnice Olomouc	80,60	11.
9.	13.	Ústav hematologie a krevní transfuze	79,60	2.
10.	15.	Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno	77,10	8.

Poznámka: *Celkové pořadí nemocnic bez ohledu na to, kdo je jejich zřizovatelem.

6 VÝSLEDKY FINANČNÍHO ZDRAVÍ ZA FAKULTNÍ NEMOCNICE

Pořadí	* Celkové pořadí	Organizace výsledky FZ 2018	Body FZ 2018	Umístění v roce 2017
1.	4.	Fakultní nemocnice Hradec Králové	83,60	2.
2.	6.	Fakultní nemocnice Plzeň	83,30	1.
3.	10.	Fakultní nemocnice Ostrava	81,70	5.

Poznámka: *Celkové pořadí nemocnic bez ohledu na to, kdo je jejich zřizovatelem.

7 VÝSLEDKY FINANČNÍHO ZDRAVÍ DLE ZŘIZOVATELŮ

Stejně jako v předchozích letech prezentujeme i výsledky finančního zdraví dle typu zřizovatele.

Nemocnice se zřizovateli na úrovni ministerstev - nejlepších 7

Pořadí	Název nemocnice	Zřizovatel	Počet bodů
1.	Fakultní nemocnice Hradec Králové	Ministerstvo zdravotnictví	83,60
2.	Masarykův onkologický ústav	Ministerstvo zdravotnictví	83,50
3.	Fakultní nemocnice Plzeň	Ministerstvo zdravotnictví	83,30
4.	Institut klinické a experimentální medicíny	Ministerstvo zdravotnictví	82,90
5.	Ústav pro péči o matku a dítě	Ministerstvo zdravotnictví	82,30
6.	Fakultní nemocnice Ostrava	Ministerstvo zdravotnictví	81,70
7.	Fakultní nemocnice v Motole	Ministerstvo zdravotnictví	81,30

Nemocnice zřízené kraji - nejlepších 7

Pořadí	Název nemocnice	Zřizovatel	Počet bodů
1.	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Kraj	87,00
2.	Oblastní nemocnice Mladá Boleslav, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Kraj	86,40
3.	Nemocnice Český Krumlov, a.s.	Kraj	82,40
4.	Oblastní nemocnice Kolín, a.s., nemocnice Středočeského kraje	Kraj	74,70
5.	Nemocnice Písek, a.s.	Kraj	74,40
6.	Klatovská nemocnice, a.s.	Kraj	71,80
7.	Sdružené zdravotnické zařízení Krnov, p.o.	Kraj	69,90

Nemocnice zřízené městy a obcemi - nejlepších 7

Pořadí	Název nemocnice	Zřizovatel	Počet bodů
1.	Úrazová nemocnice v Brně	Obec, město	74,50
2.	Nemocnice Slaný	Obec, město	69,20
3.	Městská nemocnice Čáslav	Obec, město	62,80
4.	Nemocnice Blansko	Obec, město	61,10
5.	Městská nemocnice v Odrách, p.o.	Obec, město	59,70
6.	Nemocnice Milosrdných bratří, p.o.	Obec, město	57,50
7.	Městská nemocnice Městec Králové, a.s.	Obec, město	38,80

Ostatní zřizovatelé - nejlepších 7

Pořadí	Název nemocnice	Zřizovatel	Počet bodů
1.	Centrum léčby pohybového aparátu s.r.o.	Jiná právnická osoba	85,10
2.	Mělnická zdravotní, a.s., Nemocnice Mělník	Jiná právnická osoba	78,40
3.	Karvinská hornická nemocnice a.s.	Jiná právnická osoba	76,90
4.	MEDITERRA – Sedlčany, s.r.o.	Jiná právnická osoba	65,80
5.	ORTHES, spol. s r.o.	Jiná právnická osoba	59,50
6.	ALMEDA, a.s., Nemocnice Neratovice	Jiná právnická osoba	55,90
7.	Nemocnice Hranice a.s.	Jiná právnická osoba	54,80

8 CELKOVÁ ZADLUŽENOST

Z jednotlivých ukazatelů je zajímavé srovnání celkové zadluženosti. Mezi jednotlivými nemocnicemi jsme zjistili velké rozdíly a v našem srovnání figurují i dvě předlužené nemocnice, tedy nemocnice, jejichž poměrový ukazatel celkového zadlužení přesahuje hodnotu 1. Průměrně činí hodnota zadlužení 0,386, tedy z dluhů je financována pouze necelých 40% hodnoty aktiv a zbylou část financují nemocnice z vlastních zdrojů. Nejvyšší zadluženost vykazuje v našem srovnání Vojenská nemocnice Olomouc následovaná Fakultní nemocnicí v Motole.

9 MZDOVÉ POROVNÁNÍ

	2017	2016	2015	Meziroční nárůst
Průměr	36 134 Kč	32 685 Kč	31 017 Kč	11%
Medián	35 699 Kč	32 292 Kč	30 577 Kč	11%
Nejvyšší	52 381 Kč	45 335 Kč	44 489 Kč	16%
Nejnižší	22 895 Kč	19 606 Kč	18 607 Kč	17%

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) Brno v letošním roce předstihlo Masarykův onkologický ústav Brno, který byl nemocnicí s nejvyšší průměrnou mzdou v roce 2016 stejně jako v roce 2015.

Nemocnice ČR – přímo řízené

Pořadí	Název nemocnice	Zřizovatel	Průměrná mzda
1.	Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie	Ministerstvo zdravotnictví	52 381 Kč
2.	Masarykův onkologický ústav	Ministerstvo zdravotnictví	49 018 Kč
3.	Nemocnice Na Homolce	Ministerstvo zdravotnictví	48 349 Kč

Nemocnice ČR – obecné

Pořadí	Název nemocnice	Zřizovatel	Průměrná mzda
1.	Nemocnice České Budějovice, a.s.	Kraj	43 662 Kč
2.	Nemocnice Podlesí a.s.	Jiná právnická osoba	43 154 Kč
3.	Nemocnice Český Krumlov, a.s.	Kraj	38 683 Kč

10 SHRNUTÍ

I v roce 2017 si v oblasti výše průměrné mzdy zachovávají dominantní postavení přímo řízené organizace. Z deseti nemocnic, vyplácejících nejvyšší mzdy, je přímo řízených organizací celkem 8. Z hlediska finančního zdraví pak jen 6. Výše průměrných mezd přitom v hodnocení finančního zdraví představuje 25% váhu. Z uvedeného vyplývá, že přímo řízené organizace hospodaří relativně hůře než nemocnice zřízené jinými subjekty, kde naopak excelují nemocnice zřízené kraji. Nárůst mezd mezi lety 2016 a 2017 přesáhl 10 %. Takto dramatický růst mezd je již několikrát v řadě.

11 PROFILY REALIZÁTORŮ

Profil HealthCare Institute, o.p.s.

HealthCare Institute, o.p.s. (založena r. 2006) je nezisková organizace, která v roce 2018 organizuje již 13. ročník středoevropské odborné konference „Efektivní nemocnice“ se zaměřením na strategii nemocnic. Tato konference se konala ve dnech 27. – 28. listopadu 2018 v Praze. Mezi účastníky patří zřizovatelé a vrcholový management nemocnic a zdravotních pojišťoven z České republiky a Slovenské republiky, včetně odborníků na management ve zdravotnictví ze států Evropské unie.

Mezi další rozvojové projekty, které organizace HealthCare Institute, o.p.s. realizuje, patří 13. ročník celostátního průzkumu bezpečnosti a spokojenosti pacientů a zaměstnanců 155 českých nemocnic „Nejlepší nemocnice ČR“ a 4. ročník průzkumu „Zdravotní pojišťovna roku“, který hodnotí komunikaci 7 zdravotních pojišťoven (tj. národních plátců zdravotní péče) s pojištěnci a zdravotnickými zařízeními. Realizuje také 10. ročník projektu „Barometr českého zdravotnictví mezi řediteli 155 nemocnic“, kteří hodnotí stávající situaci v českém zdravotnictví.

K dalším rozvojovým projektům patří celostátní průzkum „Barometr českého zdravotnictví mezi patientskými organizacemi“, který hodnotí oblast poskytované nemocniční a ambulantní péče v České republice očima 150 patientských organizací a rovněž pomáhá při komunikaci mezi pacienty a patientskými organizacemi.

Prostřednictvím projektu „Barometr mezi mediky (studenty 4., 5. a 6. ročníků lékařských fakult v České republice)“ zjišťuje, jaké množství studentů lékařských fakult v České republice plánuje po ukončení vysokoškolského studia hledat zaměstnání v České republice a naopak jaké množství studentů je již rozhodnuto opustit Českou republiku a hledat pracovní nabídky v zahraničí. HealthCare Institute, o.p.s. v návaznosti na projekt „Barometr mezi mediky“ realizuje také celostátní projekt „Barometr mezi studenty zdravotnických škol (studenty středních, vyšších odborných a vysokých zdravotnických škol v České republice).

Více informací na www.hc-institute.org

Profil Nexia AP

NEXIA AP a.s. je auditorská společnost založená v roce 1993, je členem mezinárodní sítě nezávislých auditorských a poradenských firem NEXIA International. Patří mezi renomované a respektované subjekty v oblasti auditorských, daňových a poradenských služeb s vysokým profesním a etickým kreditem. NEXIA AP a.s. působí na trhu auditorských a poradenských služeb od samého vzniku této profese v České republice, kde patří mezi 15 nejvýznamnějších auditorských společností. V celosvětovém měřítku NEXIA International zaujímá místo v první desítky. NEXIA AP a.s. se dlouhodobě profiluje v segmentu zdravotnictví a to v oblasti auditu, daní a ekonomického poradenství.

Více informací na www.nexiaprague.cz, www.nexia.com

Profil CRIF — Czech Credit Bureau, a. s.

Společnost CRIF – Czech Credit Bureau, a. s. byla založena pod původním názvem CCB – Czech Credit Bureau, a. s., přičemž od roku 2005 je jejím jediným akcionářem mezinárodní skupina CRIF.

Společnost poskytuje svým klientům webovou aplikaci Cribis, která obsahuje informace o více než 10 milionech podnikatelských subjektů a fyzických osob z České a Slovenské republiky čerpající z více než 43 informačních zdrojů. Jedním z modulů aplikace Cribis je rovněž služba SkyMinder obsahující kreditní a obchodní informace o zahraničních firmách. Vedle toho poskytuje i službu hodnocení ekonomické situace společností, podnikatelů, municipalit, bytových družstev či neziskových organizací, kterou nabízí pod značkou iRating.

CRIF – Czech Credit Bureau je rovněž organizátorem největších českých úvěrových registrů, Bankovního registru klientských informací a Nebankovního registru klientských informací a provozovatelem registru finančních poradců ELIXIR. Další společností v rámci skupiny CRIF

je CRIF Credit Solutions (CCS), která se specializuje na vývoj a dodávku softwaru, prediktivních analýz a konzultačních služeb pro banky a finanční instituce.

Více informací na www.crif.cz, www.informaceofirmach.cz

12 KONTAKTY

Organizátor celostátního projektu NEMOCNICE ČR:

HealthCare Institute, o.p.s. – hodnocení a porovnávání kvality a efektivity ve zdravotnictví, www.hc-institute.org, www.nejlepsi-nemocnice.cz

Daniel Vavřina, zakladatel

tel: +420 608 878 400

e-mail: d.vavrina@hc-institute.org

Odborní partneři projektu:

CRIF – Czech Credit Bureau, a.s.

www.crif.cz

Jan Cikler, projektový manažer

tel: +420 277 778 537

e-mail: j.cikler@crif.com

NEXIA AP a.s.

www.nexiaprague.cz, www.nexia.com

Jakub Kovář, senior partner

Tel: +420 602 157 719

e-mail: kovar@nexiaprague.cz

Organizace HealthCare Institute děkuje za podporu odborným partnerům:

NEXIA AP a.s.



CRIF – Czech Credit Bureau, a.s.



a také ostatním partnerům celostátního projektu Nemocnice ČESKÉ REPUBLIKY 2018

Příloha 2: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010–2016

Zpracovatel: Český statistický úřad

2. Souhrnné výsledky zdravotnických účtů

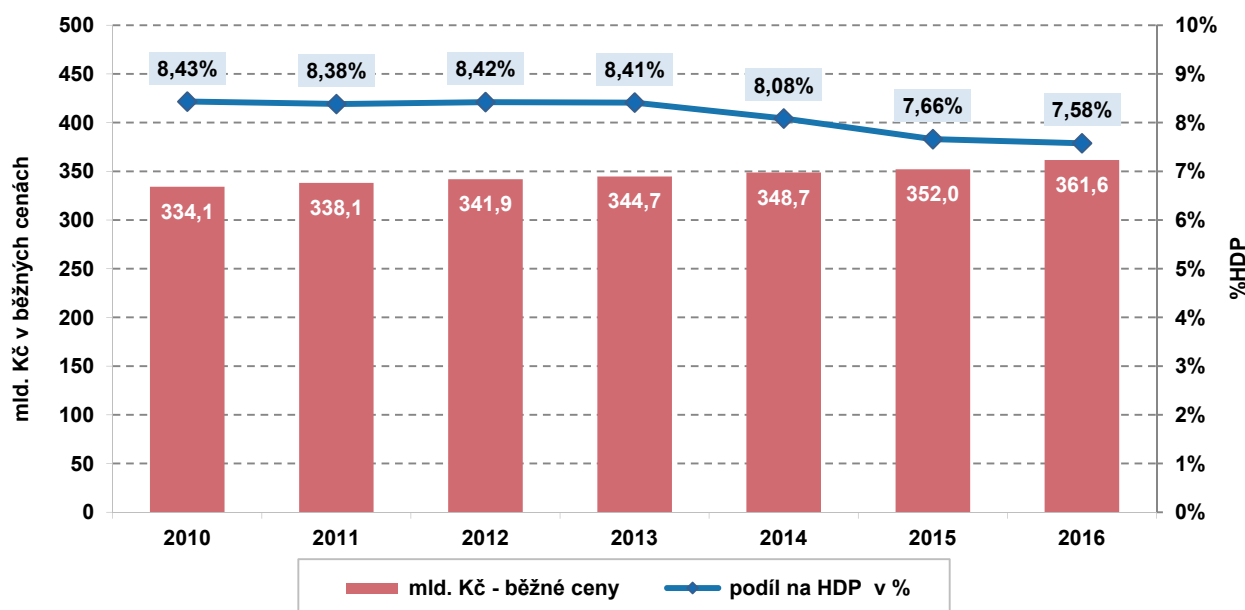
V této části publikace jsou uvedeny základní informace vycházející ze zpracování zdravotnických účtů České republiky za referenční roky 2010 až 2016 z pohledu jejich tří rozměrů, což jsou **zdroje financování, druh zdravotní péče a typ jejího poskytovatele**. Otázky metodického charakteru týkající se užívaných pojmů či metodických nástrojů (klasifikací apod.), které není nutno s ohledem na srozumitelnost textu řešit bezprostředně na místě, jsou blíže specifikovány v metodické příloze.

2.1 Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje

V roce 2016 dosáhly celkové výdaje na zdravotní péči¹ v České republice **361,6 mld. Kč**. Meziročně vzrostly o 9,6 mld. Kč (2,7 %), tj. nejvíce od roku 2010, kdy má ČSÚ k dispozici srovnatelné údaje o výdajích na zdravotní péči podle mezinárodní metodiky SHA 2011. Výše uvedený meziroční celkový nárůst výdajů na zdravotní péči v ČR byl zapříčiněn téměř stejnou měrou jak nárůstem prostředků ze zdravotního pojištění, tak přímo hrazené péče ze státního rozpočtu. Výdaje zdravotních pojišťoven meziročně vzrostly o 3,2 mld. Kč (1,4 %) a výdaje ze státního rozpočtu o 3,3 mld. Kč (6,2 %). Přímé platby domácností (pacientů) – třetí hlavní zdroj financování zdravotní péče v Česku – meziročně vzrostly o 1,9 mld. Kč (3,8 %).

V letech 2010 až 2016 rostly celkové výdaje na zdravotní péči v běžných cenách v průměru o 1,33 % ročně. Od roku 2010 včetně bylo za zdravotní péči v Česku vynaloženo celkem téměř 2 421 miliard korun z toho v posledních třech letech (2014 až 2016) to byl cca jeden bilion (1 062 mld. Kč).

Graf č. 2.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v Česku, 2010 - 2016 (mld. Kč; podíl na HDP)



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Zatímco v absolutních hodnotách každoročně výdaje na zdravotní péči v Česku rostou, v případě **podílu na HDP** – základní poměrový ukazatele používaný pro mezinárodní srovnání – došlo v roce 2014 poprvé k výraznému meziročnímu poklesu z 8,4 % na 8,1 %. Klesající trend však pokračoval i v dalších letech až na hodnotu 7,6 % v roce 2016. Výdaje na zdravotní péči v posledních letech tedy rostou pomalejším tempem, než roste celá česká ekonomika.

Výdaje na zdravotní péči v České republice ve vztahu k jeho HDP patří **v rámci zemí EU** k těm nižším. V roce 2015 – novější definitivní mezinárodní údaje nejsou k dispozici – jsme se hodnotou tohoto ukazatele

⁴ Zahrnují pouze běžné (provozní/neinvestiční) výdaje na zdravotní péči. Kapitálové (investiční) výdaje, které se dle manuálu SHA 2011 v rámci mezinárodní srovnatelnosti do výdajů na zdravotnictví nezahrnují, jsou v Česku k dispozici pouze v rámci výdajů na zdravotní péči financovaných přímo ze státního rozpočtu.



umístili na pomyslném žebříčku zemí EU až v jeho druhé polovině, a to spolu s Maďarskem na 18. místě. Více jak 11 % ve vztahu k HDP ze zemí EU vydaly na zdravotní péči pouze Německo, Švédsko a Francie. Nejméně vydaly na zdravotní péči Polsko (6,3 % jejich HDP), Lotyšsko (5,7 %) a Rumunsko (5,0 %).

Průměrné výdaje na zdravotní péči vztahované **na jednoho obyvatele** ČR vzrostly od roku 2010 z 31 767 Kč na 34 230 Kč v roce 2016 (tj. o 7,8 %). Výdaje na zdravotní péči připadající na 1 obyvatele jsou například ve Švédsku nebo v Dánsku – kde v roce 2015 dosáhly 5,0 tisíc EUR – cca 4krát vyšší než v případě České republiky (1,2 tisíc EUR na obyvatele). I v Německu a v Rakousku je tento ukazatel 3,5krát vyšší než u nás. Naopak v Česku vydáváme na zdravotní péči na 1 obyvatele více než na Slovensku (o 16 %), v Maďarsku (o 44 %) a v Polsku (o 62 %).

Výše uvedené celkové částky od roku 2010 zahrnují (neinvestiční) běžné výdaje na zdravotní péči. Pro úplnost informací uvádíme, že z veřejných rozpočtů šlo v roce 2016 **na investice, vzdělávání zdravotnického personálu či výzkum a vývoj** v oblasti zdravotní péče celkem dalších 6,5 mld. Kč. V porovnání s předchozím rokem se tyto investiční výdaje zvýšily o 721 miliónů Kč (tj. o 12,6 %). Téměř 5 mld. Kč bylo použito v roce 2016 na nákup a modernizaci přístrojového vybavení a výstavbu a rekonstrukci zdravotnických zařízení. V meziročním srovnání byl zaznamenán finanční nárůst o jednu pětinu. Naopak o 14 % méně finančních prostředků ze státního rozpočtu (tj. 1,2 mld. Kč) plynulo v roce 2016 na výzkum a vývoj ve zdravotnictví v porovnání s rokem 2015.

2.2 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Manuál SHA 2011 k zdravotnickým účtům definuje tři základní **zdroje financování** zdravotní péče, a to:

- veřejné zdroje,
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností,
- přímé platby domácností.

Do prvně jmenované skupiny – veřejné zdroje – patří především finanční prostředky získané v rámci **povinného zdravotního pojištění** (podrobněji viz kapitola 3.1) a dále prostředky z veřejných rozpočtů, které zahrnují jak finanční zdroje získané na zdravotní péči přímo ze **státního rozpočtu** - nejčastěji z kapitoly Ministerstva zdravotnictví ČR a MPSV, tak zdroje místních rozpočtů, kam patří především zdroje získané na zdravotní péči z **krajských rozpočtů**.

Do soukromých zdrojů (bez přímých plateb domácností) jsou zahrnuty **dobrovolné platby** na zdravotní péči **neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní (podniková) preventivní péče**. Přímé platby domácností (podrobněji viz kapitola 3.2) zahrnují **přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů)** nebo jejich případnou **spoluúčast**.

Tab. 2.1 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle zdrojů financování, 2010 - 2016 (mil. Kč)

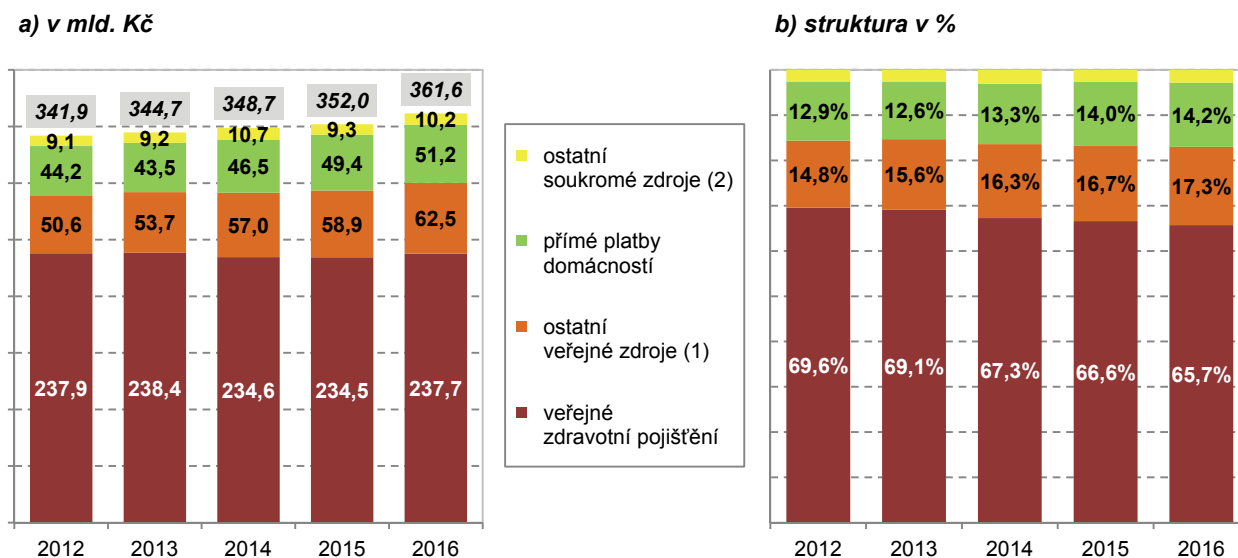
Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Veřejné zdroje celkem	282 166	284 847	288 564	292 053	291 572	293 359	300 210	102,3
veřejné zdravotní pojištění	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700	101,4
státní rozpočet	45 187	44 582	44 638	47 499	50 721	52 622	55 895	106,2
krajské a obecní rozpočty	5 091	5 928	5 998	6 200	6 250	6 277	6 614	105,4
Soukromé zdroje celkem	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	10 222	109,7
soukromé zdravotní pojištění	427	477	520	475	537	478	484	101,3
neziskové instituce	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	8 479	106,9
podniky - závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	915	1 259	137,6
Přímé platby domácností¹⁾	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	51 215	103,8
Výdaje na zdravotní péči celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

1) údaje za rok 2016 jsou předběžné

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V podrobnějším členění v rámci výše uvedených konečných zdrojů financování měly v letech 2010 až 2016 největší podíl na celkových výdajích na zdravotní péči **platby hrazené zdravotními pojišťovnami z veřejného pojištění** (237,7 mld. Kč; 65,7 % podíl v roce 2016), následované **státním rozpočtem** (55,9 mld. Kč; 15,5 %) a **domácnostmi** (51,2 mld. Kč; 14,2 %). Podrobnější údaje za posledních pět let přináší následující graf 2.2.

Graf č. 2.2 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle hlavních zdrojů financování, 2012 – 2016 (mld. Kč; %)



(1) zahrnují přímé výdaje na zdravotní péči ze státního rozpočtu ČR a z místních rozpočtů

(2) zahrnují dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a podnikovou preventivní péči

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče je v Česku čtvrtý nejvyšší ze zemí EU

České zdravotnictví je dlouhodobě financováno primárně z veřejných zdrojů, a to především z veřejného zdravotního pojištění. V sledovaném období let 2010 až 2016 se **veřejné zdroje** podílely z 83 až 85 % na financování na zdravotní péči v ČR. Tento podíl byl v roce 2015 čtvrtý nejvyšší v rámci zemí EU. Obdobně vysoký podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče jako v České republice je i v Dánsku, Švédsku nebo v sousedním Německu nebo na Slovensku. Naopak v např. v Polsku nebo ve Slovinsku se veřejné zdroje podílely na financování zdravotní péče přibližně ze 70 % a v Maďarsku ze dvou třetin.

I když se jednotlivé státy EU a OECD výrazně odlišují ve způsobu financování zdravotní péče, obecně lze říci, že ve všech sledovaných zemích převládá financování z veřejných zdrojů nad soukromými. Výjimkou jsou pouze Spojené státy spolu s Mexikem, kde jsou výdaje z veřejných a soukromých zdrojů zhruba rovnoměrně rozděleny.

V roce 2016 šlo z veřejných zdrojů na zdravotní péči v Česku **celkem** 300,2 mld. Kč. Od roku 2010 včetně to bylo dohromady 2 033 miliard korun, z toho v posledních třech letech (2014 až 2016) 885 miliard. **Na jednoho obyvatele** šlo z veřejných zdrojů na zdravotní péči v letech 2010 až 2016 v průměru 27,6 tis. Kč ročně - v roce 2016 to bylo 28,4 tis. Kč. Ve vztahu k celkovým výdajům veřejných rozpočtů tvořily v roce 2016 výdaje na zdravotní péči v pojetí SHA 16 %.

V rámci veřejného financování zdravotní péče u nás jednoznačně převládá jeho financování prostřednictvím **plateb z veřejného zdravotního pojištění**. Veřejné zdravotní pojišťovny se v roce 2016 podílely ze 79,2 % (237,7 mld. Kč) na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů. V posledních letech podíl tohoto zdroje však klesá.

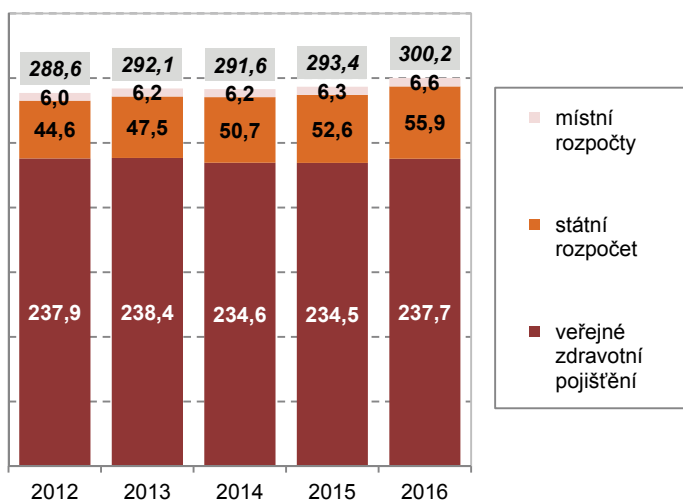
Naopak od roku 2012 vzrostl podíl **státního rozpočtu** na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů z 15,5 % (44,6 mld. Kč) na 18,6 % (55,9 mld. Kč) v roce 2016. **Místní (krajské a obecní) rozpočty** jsou v Česku pouze doplňkovým zdrojem financování zdravotní péče. Z 6,6 mld. Kč výdajů na zdravotní péči



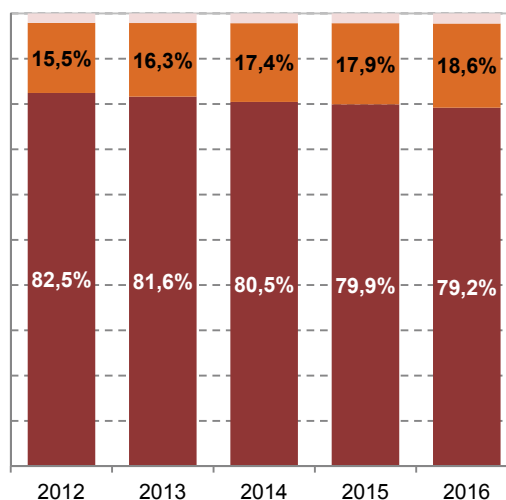
v roce 2016, která byla hrazena z krajských a obecních rozpočtů, polovina (3,3 mld. Kč) připadla na dopravu pacientů – záchrannou službu.

Graf č. 2.3 Výdaje na zdravotní péči v Česku financované z veřejných zdrojů, 2012 – 2016 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Platby z povinného zdravotního pojištění se v Česku podílejí 2/3 na financování zdravotní péče

V České republice mají klíčové postavení z hlediska financování zdravotní péče **zdravotní pojišťovny**, jejichž příjmy plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého je povinně účastna každá osoba s trvalým pobytem na našem území. Hlavní zásadou veřejného zdravotního pojištění je solidarita a rovnost přístupu ke zdravotní péči. Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění).

Veřejné zdravotní pojišťovny se v roce 2016 podílely jí podstatnou částí na krytí výdajů na zdravotní péči v České republice. V roce 2016 to bylo ze dvou třetin – v roce 2012 dokonce ze 70 %. V absolutním vyjádření šlo za posledních pět let na zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění nejvíce finančních prostředků v roce 2013 (238,4 mld. Kč) a nejméně pak v roce 2015 (234,5 mld. Kč). Lze tedy konstatovat, že financování zdravotní péče z toho zdroje je v posledních letech poměrně stabilní. V těchto částkách jsou kromě peněz, které jdou přímo na zdravotní péči, zahrnuty i výdaje na programy preventivní péče a vlastní provoz zdravotních pojišťoven. *Podrobněji viz kapitola 3.1 této publikace.*

Výdaje státního rozpočtu na zdravotní péči v roce 2016 meziročně stouply o více než 3 miliardy Kč

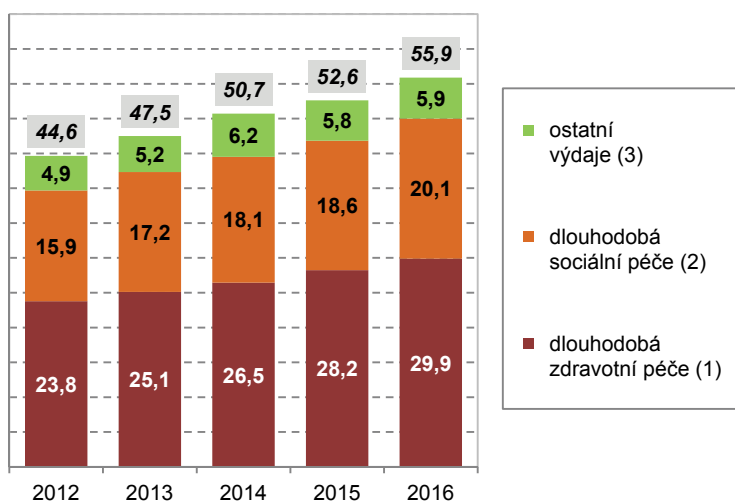
V roce 2016 šlo přímo ze **státního rozpočtu** na zdravotní péči celkem 55,9 mld. Kč², tj. o 3,3 mld. Kč (6,2 %) více finančních prostředků než v roce 2015. Od roku 2013 lze pozorovat poměrně výrazné meziroční nárůsty výdajů na zdravotní péči financované přímo ze státního rozpočtu. Jestliže v letech 2010 až 2012 ze státního rozpočtu směřovalo každoročně do českého zdravotnictví cca 45 mld. Kč, tak v roce 2016 to bylo o čtvrtinu (11 mld. Kč) více finančních prostředků. V roce 2016 se státní rozpočet podílel 15,5 % na financování zdravotní péče v České republice.

Za posledních pět let šlo ze státního rozpočtu na zdravotní péči celkem 251 mld. Kč. Pokud vztáhneme tyto prostředky k celkovému státnímu rozpočtu, tak zdravotní péče v pojetí SHA 2011 se v roce 2016 podílela 4,0 % na celkových výdajích státního rozpočtu v porovnání s 3,8 % v roce předchozím.

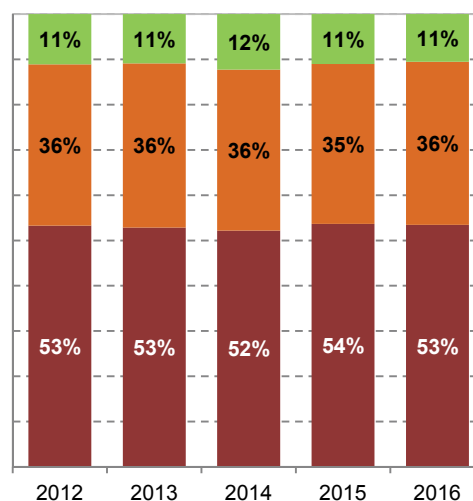
² V roce 2016 dosáhly investiční (kapitálové) výdaje na nákup a modernizaci přístrojového vybavení a výstavbu a rekonstrukci zdravotnických zařízení financované přímo ze státního rozpočtu 5 mld. Kč, tj. o pětinu více než v roce 2015.

Graf 2.4. Výdaje na zdravotní péči v Česku financované přímo ze státního rozpočtu, 2012 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnuje lůžkovou, denní a domácí dlouhodobou péči

(2) zahrnuje příspěvek na péči, na mobilitu, na kompenzační pomůcky a sociální služby

(3) zahrnuje lůžkovou a ambulantní akutní péči, dopravu pacientů, preventivní programy, řízení a správu systému zdravotnictví

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Úloha státního rozpočtu v oblasti přímého financování zdravotní péče spočívá především v podpoře zařízení dlouhodobé sociálně-zdravotní péče (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro zdravotně postižené a týdenní stacionáře) a poskytování peněžitých dávek pro osoby dlouhodobě nemocné či zdravotně postižené. Ze státního rozpočtu je navíc hrazena i správa rezortu zdravotnictví, tj. provoz Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

V roce 2016 šlo na **dlouhodobou zdravotní péči** ze státního rozpočtu celkem 29,9 mld. Kč. Touto částkou se tak stát prostřednictvím státního rozpočtu podílel ze dvou třetin na financování této dlouhodobé zdravotní péče. Většina z těchto finančních prostředků (23,7 mld. Kč; 79 %) bylo v roce 2016 určeno na dlouhodobou lůžkovou zdravotní péči, na domácí dlouhodobou zdravotní péči směřovalo „jen“ 4,5 mld. Kč.

Na **sociální dlouhodobou péči** vynaložil stát v roce 2016 ze státního rozpočtu poprvé více jak 20 miliard korun (20,1 mld. Kč). Jde především o příspěvky na péči pro zdravotně postižené a seniory (16,2 mld. Kč) a příspěvky na mobilitu a na zvláštní kompenzační pomůcku pro zdravotně postižené (téměř 2 mld. Kč). Téměř dvě miliardy (1,9 mld. Kč) směřovalo v roce 2016 ze státního rozpočtu i na sociální služby související s dlouhodobou péčí. Jde především o financování chráněného bydlení či sociální rehabilitace a sociální akviziční služby pro osoby se zdravotním postižením. *Podrobněji se k otázce dlouhodobé sociálně-zdravotní péče vrátíme v kapitole 3.3.*

Mezi ostatní výdaje na zdravotní péči hrazené ze státního rozpočtu patří především **preventivní zdravotní péče**, do které stát v roce 2016 investoval 1,3 mld. Kč, a výše uvedené výdaje související se **správou rezortu zdravotnictví** (2,1 mld. Kč ve stejném roce).

Ze státního rozpočtu jsou rovněž hrazeny **platby na zdravotní pojištění za nevýdělečně činné skupiny obyvatelstva** (děti do ukončení jejich povinné školní docházky, studenty do 26 let, osoby na mateřské a rodičovské dovolené, osoby, které pobírají některý z důchodů, uchazeče o zaměstnání, pokud jsou v evidenci úřadu práce atd.). Konečným zdrojem financování zdravotní péče (ať již lůžkové, ambulantní či jiné) o tyto osoby jsou většinou zdravotní pojišťovny, které jsou primárním příjemcem těchto finančních prostředků. **Tyto prostředky jsou tedy dle metodiky SHA alokovány do zdrojů zdravotních pojišťoven, které s nimi dále hospodaří.** Platba pojistného od státu se v roce 2016 v porovnání s rokem 2015 zvýšila o 25 Kč na stávajících 870 Kč za osobu a měsíc. Z všeobecné pokladní správy šlo celkem za rok 2016 na tuto platbu 62,3 mld. Kč, v roce 2015 to bylo 60,9 mld. Kč.

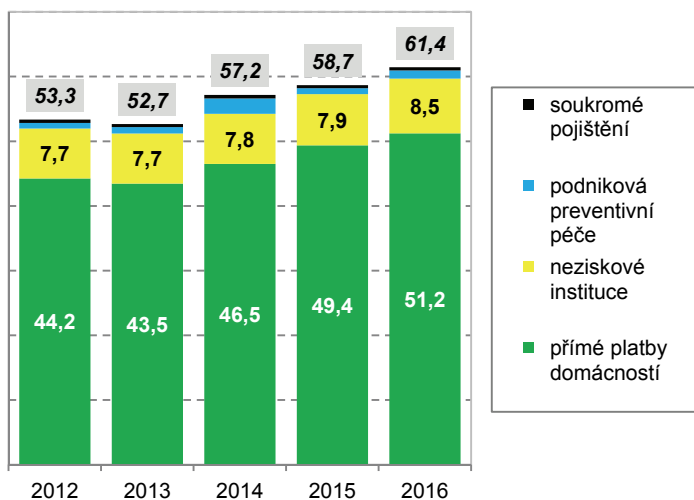


České domácnosti zaplatily za zdravotní péči v roce 2016 poprvé více než 50 miliard korun

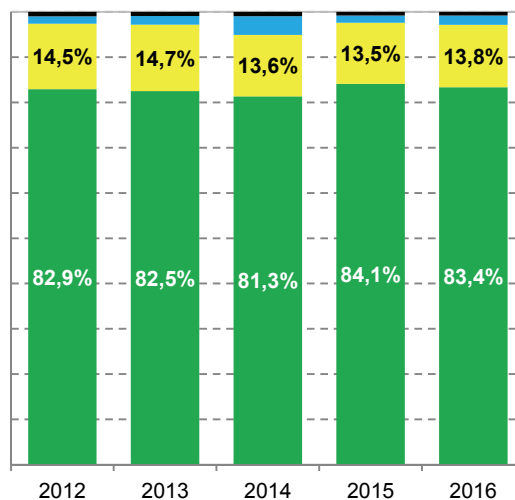
V posledních třech letech roste v Česku nepatrně podíl financování zdravotní péče ze **soukromých zdrojů**, a to z 15,3 % (52,7 mld. Kč) v roce 2013 na 17,0 % (61,4 mld. Kč) v roce 2016. Nejvýznamnější položkou v rámci těchto soukromých zdrojů tvoří **přímé platby a spoluúčast domácností (pacientů)** za poskytnutou zdravotní péči včetně výdajů za léky a ostatní zdravotní materiál.

Graf č. 2.5 Výdaje na zdravotní péči v Česku financované ze soukromých zdrojů, 2012 – 2016 (mld. Kč; %)

a) v mld. Kč



b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Skupina **dobrovolných plateb** na zdravotní péči, přes vysokou dynamiku růstu, představuje spíše doplňkový finanční zdroj. Na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR se tyto soukromé zdroje (bez přímých výdajů domácností) v roce 2016 podílely necelými 3 % (10,2 mld. Kč) a na celkových soukromých zdrojích pak 16,6 %. Tato skupina zahrnuje různorodé finanční zdroje.

Soukromé zdravotní pojišťovny jsou v Česku založeny pouze na principu cestovního pojištění. Na rozdíl od některých jiných evropských států např. Slovinska, Francie či Irska, ve kterých je podíl výdajů na zdravotní péči financovaný ze **soukromého pojištění** přibližně 15 %, i z výše uvedeného, v Česku dosahuje jeho podíl jen 0,1 %.

Neziskové instituce (např. Červený kříž) jsou v Česku orientovány zejména charitativně a jejich podíl na financování zdravotní péče je poměrně vysoký – v roce 2015 s 2,3% podílem na financování zdravotní péče jsme byly v rámci zemí EU na prvním místě v tomto poměrovém ukazateli. Pro **podnikovou sféru** je účast na financování zdravotní péče, zejména péče preventivní, spíše vedlejší, i když (z pohledu právních norem) nutnou aktivitou.

V případě výdajů **domácností** přicházejí v úvahu přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče. V převážné většině případů si domácnosti platí ambulantně užívané léky (ať už se jedná o doplatky u předepsaných léčiv či platby plných cen u volně prodejných léků) a terapeutické pomůcky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby a materiál. Další, byť méně významné, jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení např. u praktických lékařů. Od roku 2008 také přibýly regulační poplatky za ošetření u lékařů, za recepty v lékárnách, návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. V průběhu svojí existence prošly regulační poplatky různými změnami a postupně byly tři z nich zrušeny. Od ledna 2015 hradí pacienti pouze regulační poplatek za pohotovostní služby. *Podrobnější informace jsou k dispozici v kapitole 3.2 Výdaje domácností na zdravotní péči.*

2.3 Výdaje na zdravotnictví podle druhů péče

Druhý významný pohled na problematiku zdravotní péče souvisí s druhem péče, která je poskytována. Zdravotní péče může být spotřebovávána dvěma způsoby: individuálně nebo kolektivně. Vzhledem ke skutečnosti, že zdravotní stav je vlastností jednotlivců, většina spotřeby zdravotních služeb se vztahuje k soukromé spotřebě.

Individuální spotřeba obsahuje standardní kroky léčebného procesu – stanovení diagnózy, formace léčebného plánu, předepsání léku či terapie, diagnostiku a lékařské hodnocení, provedení léčby a hodnocení výsledků. Osobní zdravotní péče zahrnuje léčebnou, rehabilitační, dlouhodobou zdravotní péči a také podpůrné služby (laboratoře, zobrazovací metody a dopravu pacientů) a v neposlední řadě léky a terapeutické pomůcky. Výdaje na individuální spotřebu pokrývají v Česku dlouhodobě 89 % celkových výdajů na zdravotní péči

Tabulka č. 2.2 Výdaje na zdravotnictví v Česku podle druhů péče, 2010 - 2016 (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 2016/2015
Léčebná péče celkem	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600	142 437	100,6
lůžková	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 431	50 938	99,0
ambulantní (bez stomatologické)	59 101	59 364	61 826	65 040	61 609	66 461	67 361	101,4
stomatologická	16 829	17 402	16 378	16 900	17 491	17 781	18 230	102,5
denní	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735	5 720	99,7
domácí	186	183	177	186	179	192	187	97,7
Rehabilitační péče celkem	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764	15 018	101,7
lůžková	5 886	6 485	6 266	6 255	6 407	6 911	7 483	108,3
ambulantní	6 922	7 211	7 386	7 498	7 331	7 853	7 535	95,9
Dlouhodobá péče celkem	52 761	53 055	53 007	55 837	62 113	61 018	65 264	107,0
zdravotní	35 762	37 005	37 081	38 596	44 035	42 407	45 116	106,4
sociální	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	20 148	108,3
Doplňkové služby celkem	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020	41 081	102,7
laboratorní služby	19 917	20 149	21 001	21 215	21 454	22 037	22 527	102,2
zobrazovací metody	9 729	9 855	9 861	10 044	10 490	10 484	10 698	102,0
doprava pacientů	7 393	7 521	7 351	7 210	6 939	7 499	7 856	104,8
Léčiva a zdrav. výrobky celkem	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	67 831	69 285	102,1
léčiva a zdravotnický materiál (1)	57 091	58 298	61 390	56 221	56 957	58 061	59 365	102,2
terapeutické pomůcky	9 141	9 329	9 286	10 563	10 064	9 770	9 921	101,5
Preventivní péče celkem	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027	9 739	107,9
programy pro sledování zdravotního stavu	6 541	6 881	6 900	7 034	7 561	5 455	6 121	112,2
programy pro včasné odhalení nemocí	1 573	1 554	1 586	1 644	1 659	1 637	1 746	106,6
imunizační programy	1 389	1 432	1 484	1 458	1 576	1 267	1 172	92,5
informační a poradenské programy	487	497	626	629	637	668	700	104,8
Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536	8 583	100,6
<i>ostatní či nespecifikováno (2)</i>	9 307	9 232	9 149	9 159	9 192	9 245	10 240	110,8
Zdravotní péče celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

(1) zahrnují léky na předpis, volně prodejné léky a další zboží krátkodobé spotřeby např. obvazy, elastické kompresivní punčochy, inkontinenční pomůcky atd. **Nezahrnuje**, dle manuálu SHA, výdaje na léky **spotřebované přímo** ve zdravotnických zařízeních.

(2) zahrnuje programy na podporu zdraví v širším pohledu např. kontrolu a zavádění nových předpisů na ochranu pitné vody, potravin, bezpečnostní opatření spojená s nakládáním s odpady, znečištění půdy a také nespecifikované druhy zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



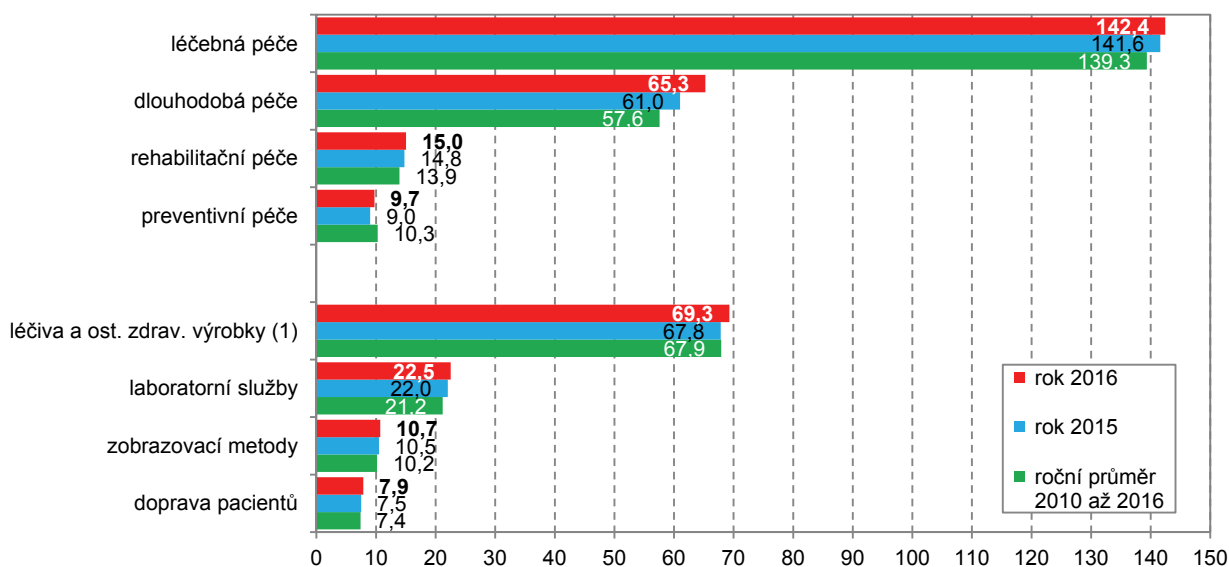
Do pojmu zdravotní péče podle metodiky SHA patří také služby, které jsou zaměřeny na zlepšení celkového zdravotního stavu populace či efektivity systému zdravotnictví. **Kolektivní** služby jsou zacíleny na celou populaci (nebo části populace) a mají zlepšit celkové zdravotní standardy nebo efektivitu a výkonnost systému zdravotnictví, To se týká zejména některých preventivních služeb a provádění a finanční správy zdravotnických programů.

Léčebná péče tvoří dvě pětiny z celkových výdajů na zdravotní péči

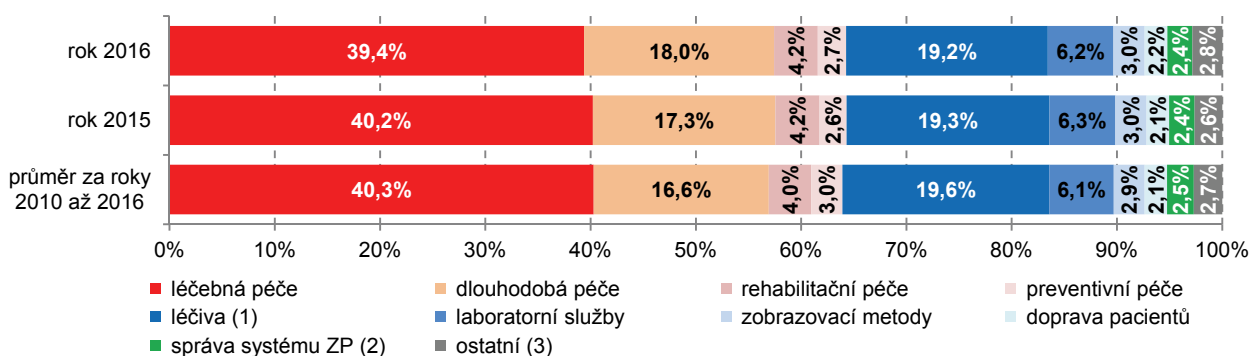
Z hlediska výše běžných (neinvestičních) výdajů na zdravotní péči v Česku, je dlouhodobě na prvním místě **péče léčebná**. V letech 2010 až 2016 na léčebnou péči v průměru směřovalo 40 % z finančních prostředků určených na celkovou zdravotní péči. Tento podíl se v čase téměř nemění.

Graf č. 2.6 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle vybraných druhů péče; 2010-2016

a) v mlrd. Kč



b) struktura (%)



1) zahrnují léky na předpis, volně prodejné léky a další zboží krátkodobé spotřeby např. obvazy, elastické kompresivní punčochy, inkontinenční pomůcky atd. **Nezahrnuje**, dle manuálu SHA, výdaje na léky **spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních**.

(2) zahrnují, zpracování zákonů a norem, vydávání licencí, dohled nad poskytovateli zdravotní péče, správu vládní politiky apod.

(3) zahrnují programy na podporu zdraví v širším pohledu např. kontrolu a zavádění nových předpisů na ochranu pitné vody, potravin, bezpečnostní opatření spojená s nakládáním s odpady, znečištění půdy a také ostatní blíže nespecifikované druhy zdravotní péče ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

V posledních letech roste význam **dlouhodobé péče** s již téměř pětinnovým podílem (18 %) na celkových výdajích vynaložených na zdravotní péči v Česku v roce 2016 – průměr za roky 2010 až 2016 dosáhl 16,6 %. V rámci dlouhodobé péče jde nejvíce finančních prostředků do dlouhodobé zdravotní péče –

45,1 mld. Kč (12,5 %) v roce 2016. V čase však roste především význam dlouhodobé sociální péče, kam ve stejném roce směřovalo 20,2 mld. Kč (5,6 %).

Rehabilitační a především **preventivní péče** tvořila v Česku v letech 2010 až 2016 v průměru jen 7% podíl na celkových výdajích na zdravotní péči. V roce 2016 šlo na rehabilitační péči 15,0 mld. Kč (4,2 %) a na preventivní péči 9,7 mld. Kč (2,7 %).

Pětina výdajů na zdravotní péči v letech 2010 - 2016 byla vynaložena na **léčiva³, zdravotnický materiál a terapeutické výrobky** – v roce 2016 to bylo 19,2%. Přibližně jedna desetina (11 %) z finančních prostředků určených na zdravotní péči v Česku v celém sledovaném období směřovalo na **laboratorní služby, zobrazovací metody a dopravu pacientů (doplňkové služby)**. Necelých deset (8,6) miliard (2,4 %) v roce 2016 směřovalo na **správu systému zdravotní péče**.

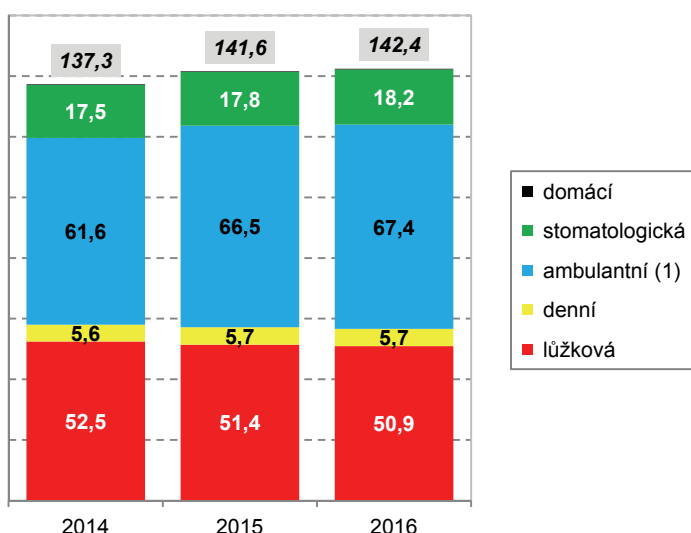
Výdaje na lůžkovou léčebnou péči mezi roky 2010 až 2016 klesly o téměř desetinu - 5 mld. Kč

V roce 2016 dosáhly v Česku výdaje na **léčebnou péči celkem** 142,4 mld. Kč. Meziročně výdaje na léčebnou péči vzrostly o 0,6 % (0,8 mld. Kč). Léčebná péče je v Česku z 85 % financovaná z veřejného zdravotního pojištění. Přibližně z desetiny (11,8 %; 16,9 mld. Kč v roce 2016) si pak na léčebnou péči přispívají sami pacienti, a to nejčastěji na péči stomatologickou (9,6 mld. Kč). *Podrobněji viz kapitola č.3.2 Výdaje domácností na zdravotní péči.*

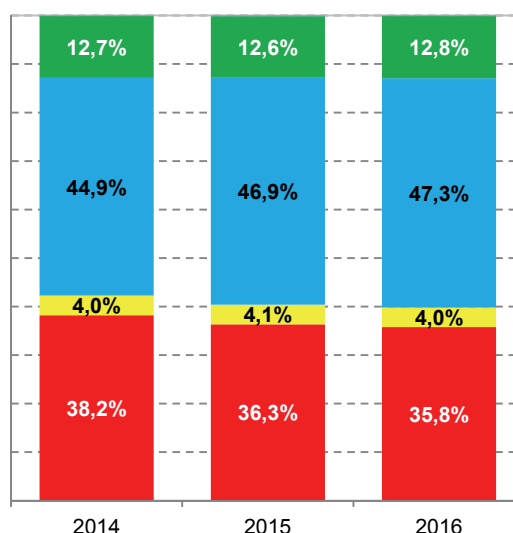
Z hlediska typu léčebné péče, v roce 2016 stále více jak třetinu (35,8 %) tvořila **péče lůžková** poskytovaná v nemocnicích. Výdaje na tuto **péči** však od roku 2010, kdy představovaly 41 % celkové léčebné péče, postupně klesají, a to z 55,9 mld. Kč v roce 2010 na 50,9 mld. Kč v roce 2016. *To částečně dokreslují i čísla o počtu případů hospitalizace v nemocnicích a počtu ošetřovacích dnů, které souvisí i s úsporami prostřednictvím redukce počtu lůžek akutní péče v nemocnicích a v menší míře i ostatních lůžkových zařízeních. Např. v porovnání s rokem 2010, kdy dosáhl počet ošetřovacích dnů v nemocnicích 15,2 miliónů, klesl jejich počet během následujících šesti let o více jak milión na 13,8 milióny ošetřovacích dnů v roce 2016. Ve stejné období se snížila i průměrná ošetřovací doba v nemocnicích z 6,8 dne v roce 2010 na 6,6 dne v roce 2016.*

Graf č. 2.7 Výdaje na léčebnou péči v Česku podle jejího typu, 2014 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnuje jak všeobecnou ambulantní péči poskytovanou nejčastěji praktickými lékaři pro děti a dospělé, tak i specializovanou (bez stomatologické) ambulantní péči poskytovanou nejčastěji specialisty v nemocnicích nebo samostatných ordinacích lékařů

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

³ zahrnuje léky na předpis a volně prodejné léky, nezahrnuje léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních



Domácnosti se podílejí z více jak poloviny na hrazení své stomatologické péče

Naopak výdaje na **ambulantní péči**, jak na specializovanou (bez stomatologické), tak všeobecnou - především v posledních dvou letech - rostou. V roce 2016 dosáhl objem finančních prostředků určených na specializovanou ambulantní péči 45,4 mld. Kč a na všeobecnou ambulantní péči 22,0 mld. Kč. *Jestliže specializovaná ambulantní péče je poskytována především v nemocnicích, tak všeobecná v samostatných ordinacích lékaře - např. na pracovištích praktického lékaře pro dospělé, pro děti a dorost, pracovištích lékařské pohotovostní služby atd.*

Výdaje na **denní léčebnou péči** se v období 2010 - 2016 pohybují stabilně nad hranicí 5 miliard Kč, s tím, že v roce 2016 šlo o částku 5,7 mld. Kč. *To však zatím plně neodpovídá současné snaze o zkrácení doby hospitalizace na nezbytné minimum a provádění některých zákroků, jejichž povaha to umožňuje, ambulantně či prostřednictvím denní léčebné péče. V současné době lze poskytovat jednodenní péči v šesti smluvních odbornostech: chirurgie (včetně dětské, úrazové a cévní chirurgie), plastická chirurgie (zahrnuje i popáleniny), gynekologie, urologie, ortopedie a ORL. Péče je poskytována vždy plánovaně, v žádném případě se nejedná o akutní péči. Obecně je při výběru výkonů vhodných k jednodenní péči na lůžku kladen důraz na minimálně invazivní výkony.*

Od roku 2012 roste objem výdajů na **stomatologickou péči**, kterou si z velké části hradí domácnosti samy. V roce 2016 šlo na ambulantní stomatologickou péči celkem 18,2 mld. Kč, z nichž si **domácnosti hradily** více jak polovinu (52,9 %; 9,6 mld. Kč). V porovnání s rokem 2012, kdy podíl domácností na financování zubařské péče činil 41,5 %, tak vzrostly jejich výdaje na tuto péči o 2,8 mld. Kč (41,9 %).

Výdaje na lůžkovou rehabilitační péči vzrostly mezi roky 2010 a 2016 o čtvrtinu

Výdaje za **rehabilitační péči** se v roce 2016 z poloviny týkaly léčby lůžkové, kam spadá především **lázeňská péče**. Na lůžkovou rehabilitační péči bylo v roce 2016 celkem vydáno 7,5 mld. Kč, tj. meziročně o 572 mil. Kč (8,3 %) více finančních prostředků. *Pravidla pro úhradu lázeňské péče ze zdravotního pojištění se změnila v říjnu 2012 a tato změna se projevila naplno v roce 2013, kdy poklesl počet přijatých pacientů pro komplexní lázeňskou péči na náklad zdravotního pojištění z 80,4 tisíc v roce 2012 na 59,6 tisíc v roce 2013 – pro zajímavost v roce 2010 byla takových pacientů 107 tisíc. Vyhláška zkrátila u dospělých pacientů zdravotními pojišťovnami plně hrazené pobyty ze čtyř týdnů na tři, upravila indikační seznam a u některých diagnóz odstranila možnost opakování hrazeného pobytu. K opětovnému zvýšení výdajů došlo až v roce 2014, kdy od dubna začali lékaři předepisovat poukazy podle nových pravidel a mírný nárůst pokračoval i v následujících dvou letech.*

Podle údajů zdravotních pojišťoven vzrostly v roce 2016 meziročně o jednu čtvrtinu výdaje na **komplexní lázeňskou léčbu pacientů** (z 2,4 mld. Kč v roce 2015 na 3,1 mld. Kč v roce 2016), která je plně hrazena ze zdravotního pojištění. Lázeňská péče se ovšem nehradí jen ze zdravotního pojištění, ale velkou měrou si na ni přispívají i pacienti sami. V roce 2016 šlo z jejich kapes na lůžkovou rehabilitační péči celkem 2,7 mld. Kč, tj. 36 % z celkových výdajů na tuto péči.

Druhá polovina výdajů na rehabilitační péči připadá na její **ambulantní formu**, kdy pacienti docházejí na procedury do rehabilitačních zařízení popř. do lázní bez možnosti ubytování. Na rozdíl od lůžkové rehabilitační péče, byl zde zaznamenán 4,1% meziroční pokles v jejím financování. Tento pokles se však netýkal části, která je financovaná domácnostmi, které za tuto péči poprvé utratily více jak miliardu korun – 1 006 mil. Kč v roce 2016 v porovnání s 626 mil. Kč v roce 2010.

Zdravotní pojišťovny zaplatily v roce 2016 za screeningová vyšetření a diagnostické testy 1,5 mld. Kč

Cílem preventivní péče je celkově dobrý zdravotní stav obyvatel a nebývá proto zaměřena na konkrétní onemocnění. Preventivní programy jsou více zaměřeny na ty skupiny obyvatel, které jsou považovány za ohrožené (děti, senioři, těhotné ženy) případně na určité zdravotní oblasti (např. zubní a všeobecné preventivní prohlídky). V rámci těchto programů je zvyšována informovanost a vzdělanost obyvatel v oblasti zdravotní péče. Lidé jsou seznamováni s metodami a postupy, které jim umožňují převzít aktivní roli v ochraně jejich vlastního zdraví.

Významné místo v preventivní péči mají **imunizační programy**. Výčet povinných očkování a nepovinných očkování hrazených z veřejného pojištění se mění a s ním i výdaje na preventivní péči. Stejně tak nabídka dalších očkování, mimo jiné i pro cestování do tropických oblastí a další, se během doby vyvíjí. V roce 2016 bylo v Česku na tyto imunizační programy vynaloženo celkem 1,2 mld. Kč, tj. nejméně od roku 2010. Většina těchto výdajů (96 % v roce 2016) je hrazena přímo ze státního rozpočtu.

Výdajově nejvýznamnější položkou preventivní péče jsou **programy pro sledování zdravotního stavu obyvatelstva** zahrnující aktivní monitoring celkového zdravotního stavu i jeho dílčích aspektů. Preventivní programy z této skupiny se zaměřují na určitá období života jako je těhotenství (předporodní a poporodní péči), růst a vývoj dítěte, skupiny stárnoucích lidí nebo na zubní a všeobecné preventivní prohlídky, na které bylo v roce 2016 vydáno celkem 6,1 mld. Kč. Tato část preventivní péče je z 80 % (údaj za rok 2016) hrazena z veřejného zdravotního pojištění a zbytek připadá na podnikové zdroje v rámci závodní preventivní péče o jejich zaměstnance.

Další skupinou výdajů preventivní péče jsou **programy pro včasné odhalení nemocí** zahrnující různé typy screeningů, diagnostické testy a lékařské prohlídky. Zdravotní pojišťovny hradí některá preventivní vyšetření např. screening, zhoubných nádorů, screening sluchu u novorozenců nebo preventivní prohlídky ze základního fondu veřejného zdravotního pojištění. V roce 2016 bylo na tato preventivní vyšetření z veřejného zdravotního pojištění vynaloženo 1,5 mld. Kč. Ze státního a místních rozpočtů šlo na tuto péči dalších 269 mil. Kč.

Meziroční výdaje na dlouhodobou lůžkovou péči se zvýšily o 7 % a dosáhly částky 37,1 mld. Kč

Potřeba **dlouhodobé zdravotní péče** s ohledem na stárnutí populace každoročně narůstá a s tím souvisí i pozvolné zvyšování výdajů na tuto péči. V období 2010 – 2016 se celkové výdaje na dlouhodobou zdravotní péči zvýšily o čtvrtinu – v absolutním vyjádření šlo o nárůst o téměř 10 mld. Kč z 35,8 mld. Kč v roce 2010 na 45,1 mld. Kč v roce 2016. Výdaje na **dlouhodobou lůžkovou péči** představují 82 % z celkových výdajů na dlouhodobou zdravotní péči. Meziročně tyto výdaje vzrostly o 6,6 % (2,3 mld. Kč) na 37,1 mld. Kč v roce 2016. Výdaje na dlouhodobou domácí zdravotní péči se od roku 2010 zvýšily téměř o jednu třetinu.

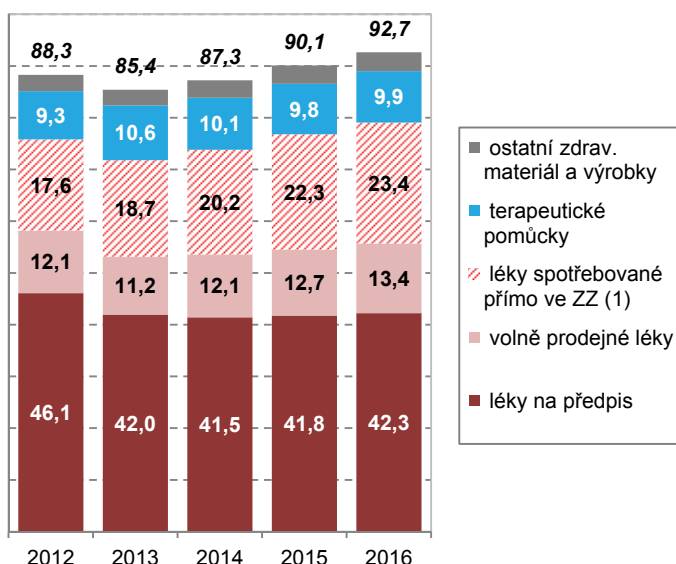
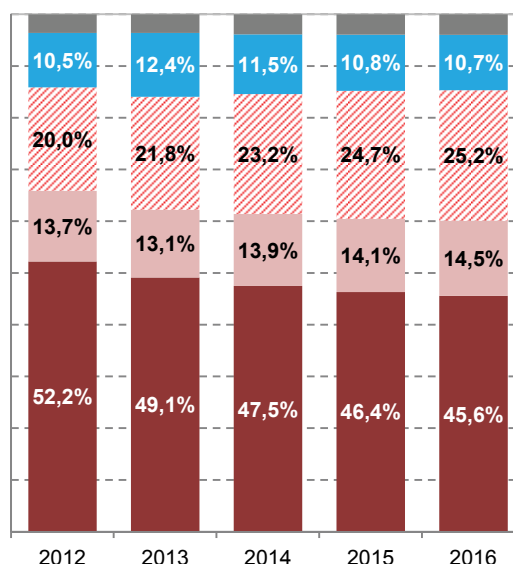
Dlouhodobá domácí péče je určena chronicky nemocným klientům, jejichž zdravotní i duševní stav si vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou domácí péči kvalifikovaného personálu. V souvislosti se změnou metodiky SHA 2011 se podařilo rozšířit zdroje dat a tím se zaměřit také na výdaje za denní dlouhodobou péči, která byla sledována v minulosti pouze okrajově. **Denní dlouhodobá péče**, která zahrnuje především denní stacionáře a centra odlehčovacích služeb, ovšem tvoří pouze velmi malou část výdajů na zdravotní péči. *Podrobněji se budeme věnovat dlouhodobé zdravotní a sociální péči v samostatné kapitole č. 3.3.*



Výdaje domácností na volně prodejné léky překročily v roce 2016 hranici 13 mld. Kč

Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky se v roce 2016 podílely na celkových běžných výdajích na zdravotní péči 19,2 %, v absolutním vyjádření šlo 69,3 mld. Kč. *Výdaje za léčiva a ostatní zdravotnický materiál dle mezinárodní metodiky SHA 2011 neobsahují výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních. Pokud bychom do této položky zařadili i výdaje za tyto léky – podrobněji viz samostatná kapitola č.3.4 – pak by podíl léčiv a ostatních zdravotnických výrobků na celkových výdajích na zdravotní péči v Česku dosáhl v roce 2016 jedné čtvrtiny (92,3 mld. Kč).*

Léčiva a zdravotnický materiál (léky, dezinfekce, obvazy, náplasti, teploměry atd.) tvoří dlouhodobě až 86 % výdajů této skupiny. *Při započtení i výše uvedených léků spotřebovaných přímo ve zdravotnických zařízeních dokonce téměř 90 %.* Meziročně se výdaje v uvedené skupině léčiv zvýšily v roce 2016 o 2,2 % (v absolutních hodnotách o 1,3 mld. Kč), což je dáno zejména zvýšením výdajů za volně prodejné léky, které hradí domácnosti, a to o 5,5 %. *Při započtení léků spotřebovaných přímo ve zdravotnických zařízeních, výdaje za léčiva meziročně vzrostla o 3,0 % (2,4 mld. Kč).*

Graf č. 2.8 Výdaje na léčiva a ostatní zdravotnické výrobky v Česku, 2012 – 2016**a) v mld. Kč****b) struktura v %**

(1) zahrnují spotřebu léků např. v nemocnicích, zařízeních pro dlouhodobě nemocné a hospicového typu, lázeňských léčebnách, poliklinikách
ZZ – zdravotnická zařízení

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Výdaje na terapeutické pomůcky (brýle, naslouchadla, berle, invalidní vozíky, apod.) se podílely 14 % na celkových výdajích na léčiva a ostatní zdravotnický materiál a výrobky – *při započtení i výdajů za léky přímo spotřebované ve zdravotnických zařízeních by byl tento podíl cca 11 %.* Za **dioptrické brýle, kontaktní čočky a ostatní výrobky oční optiky** utratí pacienti každoročně v průměru 4 mld. Kč, z čehož 92 % těchto výdajů hradí domácnosti a zbývajících 8 % zdravotní pojišťovny.

V letech 2010 až 2016 rostly výdaje na **léčiva a ostatní zdravotnické výrobky** v Česku v průměru v běžných cenách o 0,75 % ročně. Od roku 2010 včetně bylo za tyto položky vynaloženo celkem téměř půl biliónu korun (475,5 mld. Kč), z toho v posledních třech letech (2014 až 2016) to bylo 204,1 miliard. Průměrné výdaje na léčiva a zdravotnické výrobky zdravotní péči vztahované na jednoho obyvatele dosáhly v roce 2016 částky 6 558 Kč. *Pokud bychom do této částky započteny i výdaje za léky spotřebované přímo ve zdravotnických zařízeních, pak by šlo o částku 8 773 Kč.*

Přeprava pacientů hrazená z veřejného zdravotního pojištění stála téměř 4 mld. Kč

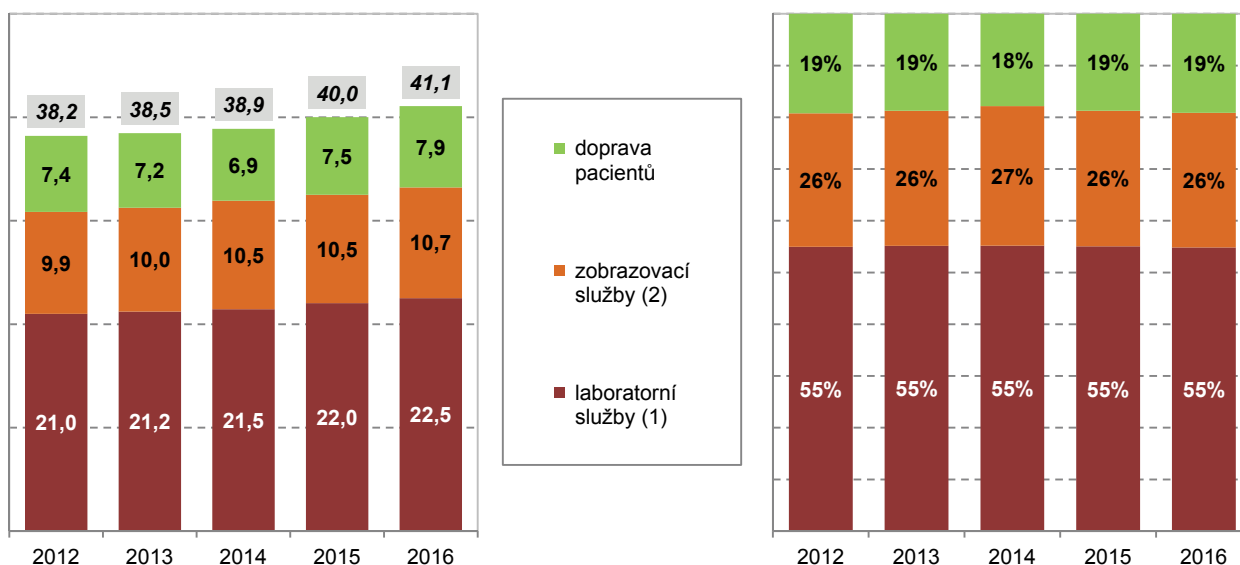
Doplňkové služby tvoří dlouhodobě 11 % celkových výdajů na zdravotnictví. Více než polovinu výdajů (22,5 mld. Kč v roce 2016) z této kategorie představují výdaje na **laboratorní vyšetření**. Výdaje za **zobrazovací metody** dosáhly ve stejném roce hodnoty 10,7 mld. Kč. Výdaje na **dopravu pacientů** se po mírném propadu v roce 2014 v následujícím roce zvýšily o 8 % a zaujaly téměř pětinu výdajů ze skupiny doplňkových služeb, přičemž největší podíl na těchto výdajích má pochopitelně zdravotnická záchranná služba (ZZS). Podle metodiky SHA se však výdaje na ZZS nerozlišují zvlášť, ale jsou spojeny s celkovými výdaji na dopravu.

Kromě dopravy pacientů, která je z poloviny hrazena přímo ze státního rozpočtu či místních rozpočtů, jsou výše uvedená laboratorní vyšetření a zobrazovací metody jsou plně hrazeny z veřejného pojištění.

Graf č. 2.9 Výdaje na doplňkové služby v oblasti zdravotní péče v Česku, 2012 - 2016

a) v mld. Kč

b) struktura v %



(1) laboratorní vyšetření zahrnují především testy z klinické biochemie a mikrobiologie, testy krevní srážlivosti, genetiky, ale také z cytologie, která je nezbytnou součástí gynekologických prohlídek

(2) do kategorie zobrazovací metody patří např. klasické, ale i kontrastní RTG snímkování, ultrazuková diagnostika, vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT), zobrazování magnetickou rezonancí

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016



2.4 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Konečně třetí pohled na problematiku zdravotní péče nám dává odpověď na otázku, kdo ji poskytuje. Rozhodující je proto typ poskytovatele přiřazený nositeli právní subjektivity, který automaticky přejímají i všechna začleněná zařízení bez vlastní právní subjektivity. *Bude-li například lékárna, specializovaná ambulance nebo léčebna dlouhodobě nemocných zařazena v rámci širšího subjektu nemocnice, pak se veškeré výdaje na toto zařízení objeví ve výdajích nemocnice. Podle druhu péče pak poznáme, za jakou péči byly peníze vydány, což v případě lékárny v nemocnici mohou být například léky na předpis, u ambulance ambulantní léčebná péče a u léčebny dlouhodobě nemocných dlouhodobá lůžková péče.*

V České republice existuje Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb (NRPZS), který poskytuje kompletní přehled o všech poskytovatelích zdravotních služeb, bez ohledu na jejich zřizovatele. Poskytuje údaje o profilu a rozsahu péče poskytované jednotlivými zdravotnickými zařízeními, obsahuje kontaktní údaje na daná zdravotnická zařízení a další podrobnější informace. Správcem a provozovatelem registru je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS).

Tabulka č. 2.3 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle typu poskytovatele (mil. Kč)

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Index 16/15
Nemocnice	133 211	133 567	134 498	136 679	136 872	137 195	138 935	101,3
všeobecné nemocnice	114 664	117 190	116 896	119 020	118 723	122 520	122 602	100,1
specializované nemocnice	18 547	16 377	17 602	17 659	18 149	14 676	16 333	111,3
Lůžková zařízení dlouhodobé péče (1)	20 756	20 944	21 037	21 895	22 574	24 426	26 014	106,5
zařízení ošetrovatelské dlouhodobé péče	11 521	11 662	11 569	11 928	11 890	12 896	13 773	106,8
léčebny pro mentálně postižené, psychiatrické a závislé	8 005	8 183	8 294	8 883	9 695	10 606	11 648	109,8
Zařízení ambulantní péče	66 878	69 798	68 801	71 780	71 988	72 856	74 342	102,0
samostatné ordinace lékařů	37 679	37 915	37 764	39 236	38 481	40 159	41 153	102,5
samostatné ordinace zubních lékařů	16 674	17 169	16 143	16 704	17 447	17 495	18 030	103,1
ambulantní centra a ostatní zařízení (2)	12 525	14 714	14 894	15 840	16 060	15 202	15 159	99,7
Ostatní přímí poskytovatelé ZP	20 167	19 913	20 039	21 485	23 970	23 525	25 587	108,8
domácnosti (3)	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991	17 393	108,8
ostatní (4)	6 379	6 551	6 419	6 893	8 763	7 534	8 194	108,8
Poskytovatelé doplňkových služeb	11 116	11 019	11 381	11 051	11 240	11 960	12 989	108,6
doprava pacientů a záchranná služba	6 670	6 789	6 738	6 438	6 558	7 093	7 660	108,0
laboratoře	4 446	4 229	4 643	4 613	4 682	4 867	5 329	109,5
Lékárny a ostatní prodejci zdrav. zboží	60 738	62 654	63 684	59 653	55 541	56 592	58 179	102,8
lékárny	51 469	54 193	55 468	50 258	47 159	48 684	49 725	102,1
ost. prodejci zdravotnického zboží (5)	9 268	8 462	8 216	9 395	8 382	7 908	8 454	106,9
Správa systému zdravotní péče	10 794	11 019	10 539	11 292	11 311	10 845	11 067	102,0
státní správa	4 046	4 075	3 767	4 192	4 263	4 355	4 581	105,2
správa zdravotních pojišťoven	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490	6 486	99,9
ostatní nebo nerozlišeno (6)	10 429	9 166	11 933	10 885	15 234	14 639	14 535	99,3
Poskytovatelé zdravotní péče celkem	334 088	338 080	341 913	344 720	348 730	352 039	361 647	102,7

- (1) zahrnují mj. domovy pro seniory s ošetrovatelskou péčí, léčebny pro dlouhodobě nemocné, zařízení hospicového typu
(2) zahrnují ambulance nelékařů – např. psycholog, ergoterapeut, ambulantní chirurgická centra, zařízení asistované reprodukce
(3) ve skupině domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče je zahrnuto ošetrovné a příspěvek na péči zajišťovanou osobou blízkou
(4) zahrnuje poskytovatele, kteří poskytují zdravotní péči jako sekundární produkt své činnosti např. závodní preventivní péče, školní péče, lékařskou péči v zařízeních vězeňské služby
(5) e-shopy se zaměřením na prodej léků, zdravotnického materiálu a terapeutických pomůcek
(6) poskytovatelé preventivní péče a také blíže neurčené či nespecifikované typy poskytovatelů ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Od roku 2010 se zvýšily výdaje nemocnic o téměř 6 miliard Kč (o 4,3 %)

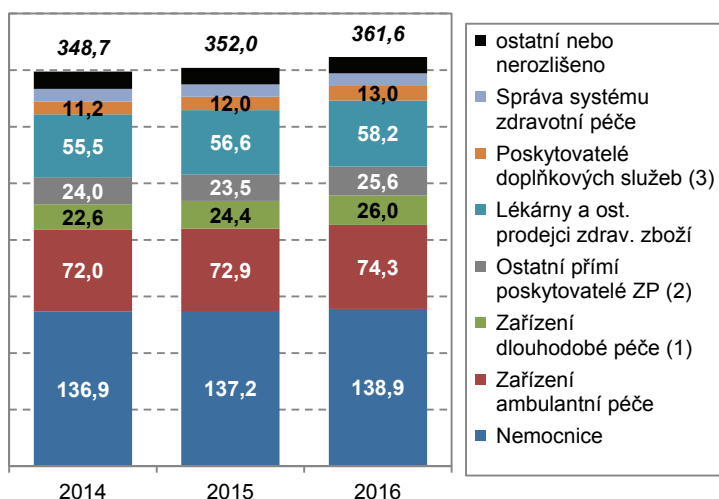
V Česku od roku 2010 téměř dvě pětiny (38,4 % v roce 2016) finančních prostředků ve zdravotnictví směřuje

do **nemocnic**. V roce 2016 z toho 88 % připadalo na **všeobecné nemocnice** a zbývajících 12 % výdajů na zdravotní péči náleželo **specializovaným nemocnicím**, kam podle mezinárodní metodologie SHA 2011 patří např. psychiatrické nemocnice, zařízení následné péče, rehabilitační nemocnice a nemocnice léčebně rehabilitační péče včetně lánů.

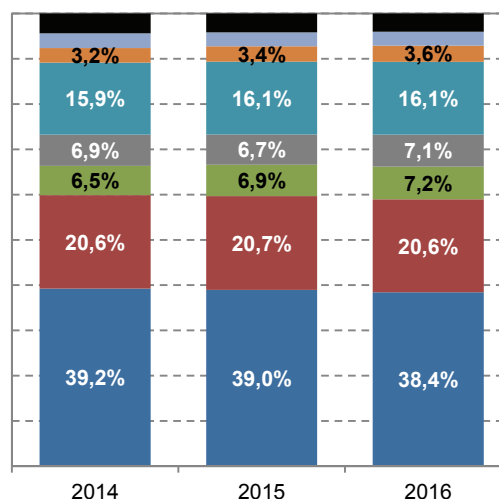
V pořadí za nimi následovaly výdaje v **zařízeních ambulantní péče** (v roce 2016 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině poskytovatelů připadalo 55 % výdajů na **samostatné ordinace lékařů** a 24 % na **ordinace stomatologů**.

Graf 2.10 Výdaje na zdravotní péči v Česku podle poskytovatelů, 2014 – 2016

a) v mld. Kč



b) struktura v %



(1) zahrnují např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, léčebny pro psychiatrické a závislé pacienty
(2) zahrnují domácnosti, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatele závodní preventivní péče apod.
(3) zahrnují dopravu pacientů včetně záchranné služby a laboratoře; ZP – zdravotní péče

Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Kategorie poskytovatelů **lékárny a ostatní prodejci zdravotnického zboží** zahrnuje specializované provozovny, které se zaměřují na **maloobchodní prodej** farmaceutických výrobků nebo zdravotnických prostředků a lékařských nástrojů jako jsou optické brýle, naslouchátka, ortopedické a protetické pomůcky. Rovněž zahrnují montáž a opravy v kombinaci s prodejem těchto výrobků. Pokud jde o **samostatné lékárny**, které se v roce 2016 podílely z 86 na této kategorii, došlo po poklesu jejich příjmů v letech 2013 a 2014 z 55,5 mld. Kč v roce 2012 na 47,2 mld. Kč v roce 2014 k mírnému navýšení v posledních dvou letech na 49,7 mld. Kč v roce 2016.

Výdaje v **zařízeních dlouhodobé péče** se v roce 2016 pohybovaly na úrovni 26 mld. Kč, což je 7 % z celkových nákladů na zdravotní péči. V porovnání s rokem 2010 se jejich výdaje zvýšily o jednu čtvrtinu, tj. v absolutním vyjádření o 5,2 mld. Kč.

Mezi roky 2015 a 2016 rostly procentuálně v rámci této kategorie nejrychleji (o 10 %) výdaje v **léčebnách pro mentálně postižené a psychiatrické pacienty**. **Lůžková zařízení dlouhodobé péče** zahrnující domovy pro seniory, jejichž hlavním finančním zdrojem je státní rozpočet (87 %), se v roce 2016 podílely z 53 % (13,8 mld. Kč) na výše uvedených zařízeních dlouhodobé péče. Meziročně zde výdaje na zdravotní péči vzrostly o 6,8 % (877 mil. Kč). *V roce 2016 bylo v České republice 514 lůžkových zařízení pro seniory s kapacitou 37 247 lůžek.*

Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče zahrnují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetrovného a příspěvku na péči (blíže viz metodická příloha). Meziroční zvýšení výdajů domácností o 8,8 % souvisí především se zvýšením výdajů ze státního rozpočtu na příspěvky na péči, které dosáhly v roce 2016 částky 16,2 mld. Kč. Výdaje na ošetrovné se v posledních dvou letech pohybují okolo 1,1 mld. Kč.

Na ošetrovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí ošetrovat nemocného



člena domácnosti, nebo pečovat o zdravé dítě mladší 10 let z důvodů, že školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno z důvodu nepředvídané události, dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla. Podpůrní doba u ošetrovného počíná prvním kalendářním dnem potřeby ošetřování a činí nejdéle 9 kalendářních dnů.

Ostatní odvětví jako poskytovatelé zdravotní péče (8,1 mld. Kč za rok 2016) zahrnují širokou škálu poskytovatelů zdravotní péče např. závodní preventivní péči, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatele domácí péče zaměřené na sebeobsahu a soběstačnost klienta, školy s pracovníky v oblasti zdravotnictví apod.

Výdaje poskytovatelů **dopravních služeb** pro pacienty přesáhly poprvé od roku 2010 částku 7,5 mld. Kč, což je nárůst o 15 %. Podobný vývoj mají i výdaje **zdravotnických laboratoří**, které dosáhly výše 5,4 mld. Kč, což je nejvíce od roku 2010.

Správa systému zdravotní péče zahrnuje vládní instituce, které naplňují v rámci své činnosti množství strategických dokumentů z oblasti zdravotnictví, normy pro lékaře a ostatní zdravotnický personál a přidělování licencí poskytovatelům zdravotní péče (např. Ministerstvo zdravotnictví, Ústav zdravotnických informací a statistiky) a v neposlední řadě zdravotní pojišťovny veřejného zdravotního pojištění. Výdaje na zdravotní péči z hlediska tohoto typu poskytovatelů se dlouhodobě pohybují mírně přes 10 mld. Kč.

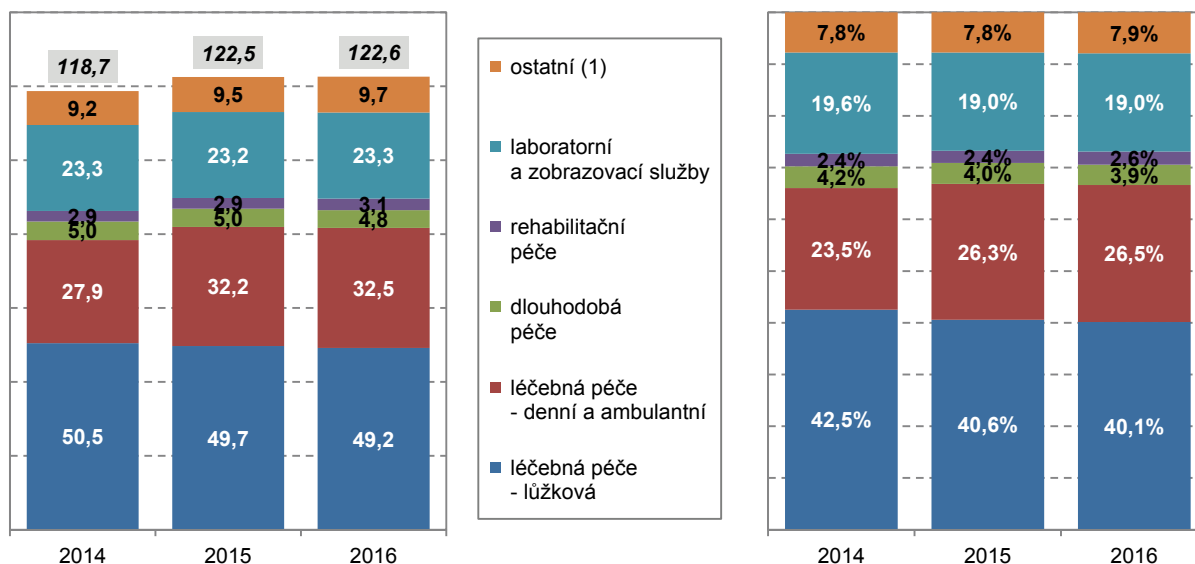
Za ambulantní a denní péči zaplatily nemocnice více než čtvrtinu svých celkových nákladů

Většina z finančních prostředků (nejsou zde zahrnuty investiční výdaje na pořízení přístrojového vybavení financovaného ze státního rozpočtu) je ve všeobecných nemocnicích vynaložena stále na **lůžkovou léčebnou péči**. V roce 2016 na ni šlo 49,2 mld. Kč, tj. 40,1 %. Před dvěma roky to bylo 50,5 mld. Kč (42,5 %). V posledních dvou letech roste význam denní a ambulantní léčebné péče. V roce 2016 výdaje všeobecných nemocnic na ambulantní a denní péči dosáhly hodnoty 32,5 mld. Kč, což je 26,5 % z celkových výdajů těchto nemocnic.

Graf č. 2.11 Výdaje na zdravotní péči ve všeobecných nemocnicích v Česku, 2014 – 2016

a) v mld. Kč

b) struktura v %



Zdroj: ČSÚ 2018, Zdravotnické účty ČR 2010 - 2016

Podle sdělení Ústavu zdravotnických informací a statistik byla koncem roku 2016 síť zdravotnických zařízení ústavní péče složena ze 189 nemocnic (akutní a následné péče) s celkovým počtem 60 221 lůžek a 126 odborných léčebných ústavů (včetně ozdravoven a hospiců, bez lázeňských léčeben) s celkem 17 753 lůžky.