

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

Mgr. Eva Baudyšová

**Srovnání vybraných ekonomických ukazatelů nejvýznamnějších
kardiocenter v České republice**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Ing. Jaroslav Zlámal, Ph.D

Olomouc 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ANOTACE

Název práce:

Srovnání vybraných ekonomických ukazatelů nejvýznamnějších kardiocenter v České republice

Název práce v AJ:

A comparison of elected economic indicators of the most important cardiac centres in the Czech Republic

Datum zadání: 24. 2. 2011

Datum odevzdání: 28. 6. 2013

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav zdravotnického managementu

Příjmení a jméno autora: Mgr. Baudyšová Eva

Vedoucí práce: Ing. Jaroslav Zlámal, Ph.D

Oponent práce: Ing. Ivan Macháček

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce popisuje a analyzuje status poskytovatele zdravotní služby jako hospodářského subjektu. Orientuje se speciálně na problematiku kardiocenter, jejichž význam stoupá z důvodu vysokého podílu obyvatelstva České republiky s nemocemi oběhového systému se vzrůstající finanční náročnosti na poskytované specializované služby. Cílem této práce je popis a porovnání vybraných ekonomických ukazatelů z veřejně dostupných zdrojů pomocí základních metod finanční analýzy (analýza absolutních, tokových a poměrových

ukazatelů) za sedmileté období (2005-2011) u dvou nejvýznamnějších center v České republice: Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze, IKEM a Centra kardiologické a transplantace medicíny v Brně, CKTCH. Součástí práce je i připojení návrhu doporučení k jejich celkovému rozvoji. Práce přispívá z pozice managementu k poznání různých pohledů na situaci kardiocentra z perspektivy strategického rozhodování.

Abstrakt v AJ:

This thesis describes and analyzes the status of providers of healthcare services as an economic subject. It focuses specifically on the issue of cardiac centres whose importance is increasing due to the high proportion of the population of the Czech Republic with diseases of the circulatory system with increasing financial cost of providing specialized services. The aim of this work is a description and comparison of selected economic indicators from publicly available sources using basic methods of financial analysis (analysis of absolute, flow and ratios indicators) for seven years (2005-2011) of the two most important centres in the Czech Republic: the Institute for Clinical and Experimental Medicine in Prague, IKEM and the Center of cardiac Surgery and Transplantation medicine in Brno, CKTCH. The work also includes the attached draft recommendations for their overall development. This work contributes to knowledge different views from the position of management on the situation of cardiac centre from the perspective of strategic decision-making.

Klíčová slova v ČJ: ekonomické ukazatele – finanční analýza - kardiocentrum - poskytovatel zdravotních služeb.

Klíčová slova v AJ: cardiac (heart) centre (center, institute) - economic indicators - financial analysis - provider of healthcare services.

Rozsah: 162 s., 3 příl. na přiloženém datovém nosiči CD-R (33 s.)

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Praha 28. června 2013

podpis

Děkuji Ing. Jaroslavu Zlámalovi, Ph.D, za odborné vedení diplomové práce.

OBSAH

ANOTACE	2
ÚVOD	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 EKONOMIKA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNICTVÍ	10
1.1 Poskytovatel zdravotních služeb a péče jako hospodářský systém	10
1.2 Poskytovatel zdravotních služeb a péče jako ekonomický subjekt	22
1.3 Finanční analýza	30
1.3.1 Metody finanční analýzy	32
1.3.2 Zdroje informací k tvorbě finanční analýzy	33
1.3.3 Finanční a nefinanční ukazatele	35
1.3.4 Vybrané ukazatele finanční analýzy	36
1.3.5 Ukazatele poskytovatelů zdravotní péče	39
II. APLIKAČNÍ ČÁST	41
2 CHARAKTERISTIKA A ČINNOST KARDIOCENTRA	41
2.1 Kardiocentrum	42
2.1.1 Charakteristika a náplň činnosti	43
2.2. Ekonomická problematika kardiocenter	45
2.3 Kardiocentra v České republice	58
2.3.1 Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, CKTCH	62
2.3.2 Institut klinické a experimentální medicíny, IKEM	67
3 VYBRANÉ EKONOMICKÉ UKAZATELE CENTER	73
3.1 Srovnání vybraných ekonomických ukazatelů center	73
3.2 Jiné vybrané ukazatele	82
DISKUSE	86
ZÁVĚR	92

LITERATURA A PRAMENY	95
SEZNAM ZKRATEK	126
SEZNAM OBRÁZKŮ	127
SEZNAM TABULEK	128
SEZNAM PŘÍLOH	129
PŘÍLOHY	130

ÚVOD

V současné době transformace zdravotnictví poskytovatelé zdravotních služeb hledají složitě odpověď na otázku: „Jak si zachovat ekonomickou stabilitu v podmínkách měnící se ekonomické a politické situace?“ Půjdeme cestou zodpovědné strategie?, přeneseně moudrými slovy rabína Rebe Menachema „*Naše nejlepší strategie, jak odolávat nejistotě a strachu spojenými se změnou a otřesy, je předjímat budoucnost a zároveň ji vítat, [...] je čas vykročit vpřed, přičemž máme odpovědnost zadržet sami sebe i ostatní před pádem zpět.*“¹ A současně zohlednit výzvu jednoho z představitelů světového managementu Petera F. Drucknera: „*Chytrost pomáhá přežít dnešek. Moudrost však přetrvává.*“²

V diplomové práci se zabývám deskripcí, analýzou a komparací ekonomického postavení dvou vybraných poskytovatelů specializované zdravotní péče a služeb v České republice s obdobným zaměřením, tj. Institutu klinické a experimentální medicíny, IKEM v Praze a Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie CKTCH v Brně. Jejich základ tvoří kardiocentra s vysoce specializovanými službami, které tvoří významnou složku v řetězci systému péče o nemocné s kardiovaskulárními chorobami. Podle statistických průzkumů právě tyto choroby vedou v žebříčku nemocí a ve srovnání se světem paralelně roste s nimi i úmrtnost³. Následkem stoupá objem výdajů na péči a služby, proto řešení situace center je aktuální, zejména v souvislosti limitace úhrad za zdravotní péči (zvláště specializované) zdravotními pojišťovny. Obě finálně dotuje a kontroluje Ministerstvo zdravotnictví (MZ ČR) a jsou trvalou velkou státní investicí, především IKEM. Pro zachování úrovně kvalitních zdravotních služeb v České republice je nutné stanovit optimalizaci center, tzn. počet, spektrum a finanční ohodnocení jejich služeb a péče. Kardiocentra jsou jádrem subjektů, které poskytují mimo kardiologické a kardiochirurgické péče i další: u IKEMu v oblasti diabetologie, nefrologie a hepatogastroenterologie (včetně transplantací), u CKTCH

¹ Srov. JACOBSON, S., Společnost, *Smysluplný život. Rebe Menachem Mendel Schneerson a jeho moudrost*, s.230.

² Srov. DRUCKNER, P. F., Moderní proroci: Schumpeter nebo Keynes?, *Management: budoucnost začíná dnes*, s. 50.

³ Viz např. zemřeli na 1000 obyvatel na tyto nemoci: 53 590 pro rok 2010 oproti 54 100 za rok 2009, při naději na dožití pro ženy kolem 81 let a pro muže 74 let za rok 2010, Srov. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, *Česká republika v číslech 2011, Obyvatelstvo*, <<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/1409-11>>. Viz také příl. 1.

navíc transplantace ledvin a jater. Obě centra se zaměřují na výzkum. Mým cílem v této práci je odpovědět na otázku: „Jaká je pozice center v kontextu ekonomických ukazatelů?“ K popisu ekonomické situace center vybírám základní ekonomické ukazatele, které analyzuji a srovnávám, připojuji návrh řešení jejich aktuálních problémů. Dílčím cílem je charakteristika centra a jeho strategie. U srovnávaných center ověřuji premisu výhodnější ekonomické pozice IKEMu.

Práce obsahuje dvě části: teoretickou s jednou a analytickou se dvěma kapitolami a doplněnou třemi přílohami. V kapitole *teoretické části* shrnuji hlavní rysy poskytovatele zdravotních služeb v ekonomickém prostředí. Následuje první kapitola *aplikační části* o charakteristice kardiocenter. Pokračuje druhá kapitola vyhodnocením a srovnáním vybraných ekonomických ukazatelů center jako celku pomocí metod finanční analýzy (analýza absolutních, tokových a poměrových ukazatelů) za sedmileté, případně pětileté období (2005-2011, 2007-2011) především z veřejně dostupných výročních zpráv.

Doplňuji přílohy (33 s.), které jsou na přiloženém datovém nosiči CD-R: 1- Situace v oblasti kardiovaskulárních chorob, 2 - Legislativa platná pro poskytovatele zdravotních služeb a péče a 3 - Tabulky 1-20 (zpracování ukazatelů, výroční zprávy center). V diskusi hodnotím současnou situaci a vývoj center v roli představitele vysoce odborných služeb a péče ve zdravotnictví v České republice s doporučením na udržení či zlepšení jejich existence.⁴

⁴ Bibliografické citace a odkazy zpracovány dle publikace IVANOVÁ, K., a JURÍČKOVÁ, L., *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. Čerpáno z elektronických a tištěných dokumentů, např. monografie, články v časopisech a sbornících. Tvorba rešerší: v Olomouci knihovna FZV a Vědecká knihovna (VKOL) a v Praze Národní knihovna České republiky (NKC), Národní lékařská knihovna (NLK) a knihovna Vysoké školy ekonomické. Pro širší přehled a stále aktuální témata k diskusi výběr hlavního období 1990-2012 z následujících databází, např.: katalogů VKOL (<http://kat.vkol.cz>), katalog NKC (<http://www.nkp.cz>), České národní bibliografie CD ROM, jednotné informační brány (www.jib.cz), souborného katalogu ČR (<http://sigma.nkp.cz>), databáze NLK (www.nlk.cz), vyhledávačů GOOGLE scholar a GOOGLE. Knihovny provedly rešerše sestupně podle relevance včetně řazení lišící se počtem a obsahem záznamů (využito kolem 100 z přibližně 600 titulů). Základním zdrojem byla literatura v českém jazyce, např. GLADKIJ, I., aj., *Management ve zdravotnictví*. Klíčová slova: ekonomické ukazatele, finanční analýza, kardiocentrum, poskytovatel zdravotních služeb, zdravotnické zařízení/instituce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 EKONOMIKA POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNICTVÍ

V této části charakterizují poskytovatele zorným polem hospodářského systému a v pozici ekonomického subjektu. Dále uvádím ekonomické činnosti související s jeho existencí na zdravotnickém trhu.

1.1 Poskytovatel zdravotních služeb a péče jako hospodářský systém

Hospodářský subjekt (fyzická či právnická osoba s ekonomickou aktivitou) se v pojetí *hospodářského systému* zobrazuje v podobě uzavřeného a dynamického systému propojeného informační sítí se *vstupy* (lidé, věcný a finanční kapitál s náklady) a jejich *transformací* (proces zdravotnické péče) na *výstupy* (fakturace výnosů) se zpětnou *vazbou* (kontrola). Rozdílem je hospodářský efekt s hodnocením jeho účinnosti (výkon), efektivity (úspěch) a užitku. Na systém působí ekonomické okolí (více směrem k subjektu než naopak) a faktory geografické, sociální, politické a právními, ekologické, technologické, etické a kulturně historické.⁵ Informační ekonomické systémy⁶ využívají teorie matematického programování ke zvýšení efektivity (simulační modely, teorie obsluhy atd.).⁷ Subjekt založený na informacích potřebuje vedení respektující výkon druhých, sebekázeň a odpovědnost na všech úrovních řízení.⁸ V českém zdravotnictví je subjektem poskytovatel zdravotních služeb a péče (dříve označován jako zdravotnické zařízení/instituce),⁹ u něhož se de facto rozdělil status poskytovatele a místa, kde se služba provádí. Systém zahrnuje i

⁵ Srov. ZLÁMAL, J., a BELLOVÁ, J., Okolí podniku, *Manažerské účetnictví ve zdravotnictví*, s. 6-23.

⁶ Např. produkty STAPRO s. r. o., programy k vedení nákladů a výnosů. Viz STAPRO s. r. o., *O společnosti*, <<http://www.stapro.cz/o-spolecnosti.htm>>.

⁷ Srov. DLOUHÝ, M., STRNAD, L., *Výzkum ekonomické efektivity nemocniční péče v ČR. Závěrečná zpráva o řešení grantu Interní grantové agentury MZ ČR*.

⁸ Srov. DRUCKNER, P. F., Organizace založená na informacích, *Management: budoucnost začíná dnes*, s. 97-99.

⁹ Srov. MZ ČR, *Zákon č. 372/2011 Sb.*, část první, § 4, odstavec 1,

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-5173_2428_11.html>.

další subjekty, např. s kontrolou a registrací léčiv.¹⁰ Předpokládám snadnější změnu místa při neúspěchu v regionu (málo klientů, minimum vlastních zdrojů na zajištění provozu), ale i ztrátu péče a služby v daném místě pro občany (závislost fluktuace na aktuální poptávce), dále zanedbávání investic do oprav a udržování budov (ztráta odpovědnosti vlastníka či nájemce, např. ambulantní služby).

Status poskytovatele se zakládá na produkci zdravotnických služeb s cílem udržení zdraví, uplatnění prevence, diagnostiky a léčby, prodloužení a zkvalitnění života v souladu s dodržáním přiměřené, spravedlivé, kvalitní a hospodárné péče.¹¹ Poskytovatel fungující jako běžný hospodářský subjekt s ekonomickými činnostmi je ve zdravotnictví obdařen specifickými pozitivy (např. záruka příjmů od pojišťoven) a negativy (státní regulace cen za péči a služby atd.). Jeho základní ekonomické činnosti jsou: vlastní poskytování služeb, zásobování, pomocné, obsluhující a výstupní činnosti zdravotnické péče, řízení a správa.¹² Využití zdravotnických péče a služeb kromě přání zákazníka podmiňuje i socioekonomická situace (tržní turbulence),¹³ demografické parametry (věková struktura obyvatel, např. výška indexu stáří). Ve vnějším prostředí figuruje např. stát, pojišťovny, klienti, konkurence, dodavatelé, odběratelé, orgány kontroly kvality. Vnitřní je určené svou vybaveností technickou, věcnou a personální, dále typem zřizovatele, cíli managementu atd.¹⁴ V systému zdravotnictví se třídí poskytovatelé podle různých hledisek: např. času, akutnosti zdravotního stavu, orientace léčby: na lůžkové a ambulantní, dále preventivní, kurativní a rehabilitační, pro akutní a chronickou péči, nebo jsou na bázi medicínských oborů, či pro primární, sekundární a terciální léčbu.¹⁵ Dalším přístupem je klasifikace čtyřmi předpoklady, a to: dostupností, kvalitou, rovností (ekvitou) a profitabilitou.¹⁶

Funkčnost poskytovatele se odvíjí od vedení a naplňuje její poslání reflektující

¹⁰ Srov. SYNEK, M., KISLINGEROVÁ, E., aj., *Ekonomika, management a podnikání ve zdravotnictví, Podniková ekonomika*, s. 397.

¹¹ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Zdravotnické systémy a jejich řízení, Management ve zdravotnictví*, s. 46-47.

¹² Srov. ZLÁMAL, J., a BELLOVÁ, J., *Vymezení manažerského účetnictví, Manažerské účetnictví ve zdravotnictví*, s. 14-23.

¹³ Srov. KOTLER, P., a CASLIONE, J., A., *Svět vstoupil do nové ekonomické sféry, Chaotika. Řízení a marketing firmy v éře turbulence*, s. 32 a s. 36.

¹⁴ Srov. ZLÁMAL, J., a BELLOVÁ, J., *Okolí podniku, Manažerské účetnictví ve zdravotnictví*, s. 6-23.

¹⁵ Srov. PAPEŠ, Z., *Zdravotnické instituce, Zdravotnické instituce*, s.31.

¹⁶ Srov. EXNER, L., RAITER, T., a STEJSKALOVÁ, D., *Obhajoba strategie ve zdravotnictví, Strategický marketing zdravotnických zařízení*, s. 13.

potřeby populace dané komunity. Proces nabízené péče se děje na principu stejné úrovně v dostupnosti, přiměřenosti a kontinuitě. Určený subjekt, např. ministerstvo zdravotnictví, vlastník, zodpovídají za kontrolu poskytovatele. Vedoucí pracovník nebo ředitel je odpovědný za veškerý provoz.¹⁷ Prosazují roli manažera s převahou role leadera (kreativní vizionář, zajímá se pracovní atmosféru) než jen manažera, který především řídí (hlavně uplatňuje „standardizované“ postupy, což může vést ke stereotypu, stagnaci).¹⁸ V současnosti jsou ve vedení převážně lékaři s ekonomicko-manažerským vzděláním.

Jaká je podoba, funkce a transparence efektivního prostředí trhu v oblasti poskytovatelů zdravotní péče a služeb? Odpovědět není snadné, hledá se nejlepší praktické uplatnění teoretických návrhů. Použijí pravidla z obecné ekonomie, jak je uvádí Hammer,¹⁹ zacílí se poskytovatel na:

1. *Dobrou spolupráci*: s klientem, tak i mezi sebou (kardiocentra, pojišťovny, stát), vlastnit a udržet si dobrý goodwill (dobrou pověst a prestiž).²⁰
2. *Ukazování jedné tváře*, veřejného obrazu, ovlivňují ho média, klienti, dodavatelé, veřejná a státní správa atd.,²¹ (tzv. identita s její historií, filozofií i vizí, designem, komunikací, kulturou a imagem (např. logo, slogan), oproti jiným ekonomickým subjektům všichni poskytovatelé nemohou využít přímou reklamu a inzerci,²²
3. *Přizpůsobení postupů a předvídání potřeb* konkrétního klienta.
4. *Nabídku hladké komunikace*, která souvisí i se silnou organizační kulturou.²³
5. *Zapojení samoobslužného systému u klienta*, ve zdravotnictví platí do jisté míry, potřeba doporučení lékaře atd., sleduje a měří se to, na co se soustředí klient s cílem splnit jeho požadavky za minimálních nákladů.

Chaos ovládne řád bez ztráty kreativity se společnými výkonnostními ukazateli a cíli pod vedením s účelným controllingem (koncepte řízení zaměřená na výsledek,

¹⁷ Srov. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, 11, s. 105, 109 a 143.

¹⁸ Srov. BĚLOHLÁVEK, F., KOŠŤAN, P., a ŠULEŘ, O., *Management, Manažeři*, s. 9-13. Srov. ARMSTRONG, M., a STEPHENS, T., *Povaha řízení, Management a leadership*.

¹⁹ Srov. HAMMER, M., *Agenda 21. co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*, s. 27-59 a 93.

²⁰ Srov. ZELENKA, VĽ., *Goodwill. Principy vykazování v podniku*, s. 17, 38-39 a 215.

²¹ Viz VYSEKALOVÁ, J., a MIKEŠ, J., *Image a firemní identita*, s. 15-16.

²² Srov. SYNEK, M., a KISLINGEROVÁ, E., aj., *Ekonomika, management a podnikání ve zdravotnictví, Podniková ekonomika*, s. 405.

²³ Srov. LUKÁŠOVÁ, R., *Organizační kultura a její změna*, s. 73.

koordinuje plánování, kontrolu a informační toky, (součást manažerského účetnictví²⁴). Působí nejvíce formou controllingu finančního (nákladový), kterému slouží reporting, který pro něho vytváří komplexní systém ukazatelů a informací pro hodnocení uživatelů.²⁵

Z převedení strategických činitelů úspěchu (dle Neumaierové)²⁶ na kardiocentra vyplývá pro management k řešení:

1. *Komu a jaké služby poskytovat:* poskytovaná péče (publikovaná výhoda nestátních subjektů je minimální čekací doba a čas na pacienta).²⁷
2. *Za kolik:* ve zdravotnictví stále problém, dodavatelsko-odběratelský systém, flexibilita k ekonomické potenci obyvatel, uplatnění solidarity, zapojení pojišťoven, vliv etiky.
3. *Určit množství služeb:* opět těžko vymezit, omezeno pojišťovnou, finanční možností klienta.
4. *Jak získat produkty:* ve zdravotní péči materiál, např. kardiostimulátor, srdeční podpora, atd., jde o provedení nabízené služby, péče, spolupráce s dodavateli, neefektivnější přímo od výrobců, dodavatelé zvýší konečnou cenu (u spotřebního materiálu náklady výkonu).

Rozhodování managementu má být správné a včasné s vizí opatřenou strategií jejího plnění, cíle volí měřitelné. Rozhodování usnadní modely (např. ekonomický model ve formě manažerského simulátoru), ale nezachytí všechny požadavky. Ke strategii se může volit strategická mapa, (Balanced Scorecard, BSC), model hodnotí subjekt dalšími parametry nad rámec finančního modelu z dat z finančních výkazů.²⁸ Výběr strategie určuje také riziko a dosažitelná výnosnost, ze simulace vychází strategické scénáře.²⁹ Zvýšení výkonu nese upřednostnění procesů, za které nesou lidé

²⁴ Srov. ČASTORÁL, Z., *Strategický management změn a znalostí*, s. 110.

²⁵ Srov. FIBÍROVÁ, J., *Reporting moderní metoda hodnocení výkonnosti uvnitř firmy*, s. 11.

²⁶ Srov. NEUMAIEROVÁ, I., *Aplikace řízení hodnoty*, s. 7-11.

²⁷ Srov. SUDOR, K. *Prvé neštátne kardiocentrum v SR otvorili prednedávnom v Martine*, <<http://www.sme.sk/c/2055077/prve-nesstatne-kardiocentrum-v-sr-otvorili-prednedavnom-v-martine.html>>.

²⁸ Srov. KAPLAN, R. S., NORTON, D. P., *Měření a řízení v informačním věku, Balanced Scorecard. Strategický systém měření výkonnosti podniku*, s. 18-19. Dále srov. Srov. MYNÁŘ, M., *Balanced Scorecard (BSC) jako nástroj vyhodnocování strategických hodnot, oblastí a perspektiv ve zdravotnických zařízeních, Ekonomika ve zdravotnických zařízeních*, s.40.

²⁹ Srov. NEUMAIEROVÁ, I., *Aplikace řízení hodnoty*, s. 8-11 a 59-64. Srov. PAVELKOVÁ, D., a KNAPKOVÁ, A., *Výkonnost podniku z pohledu finančního manažera*, s. 195. Srov. BĚLOHLÁVEK, F., KOŠŤAN, P., a ŠULEŘ,

odpovědnost.³⁰ Krokem dosažení úspěchu je účelná a hospodárná produkce se zachováním rovnováhy potřeb tzv. stakeholderů zainteresovaných na existenci subjektu (např. vlastníci).³¹ Výhoda nástupu tzv. virtuální integrace spočívá v tom, že se každý soustředí na to, co dělá nejlépe. Hammer doporučuje k úspěchu třetinové pravidlo: třetinu rozpočtu jde na návrh a zavedení změn, další na potřebné podpůrné technologie a poslední na lidské zdroje (výcvik, vzdělávání, komunikace).³²

Mezi faktory úspěchu subjektu se řadí jakost (kvalita),³³ čas (reagovat nejrychleji), nejnižší náklady, znalosti zaměstnanců. Subjekt se stává tzv. učící se organizací flexibilní ke změně³⁴ v kontextu citace Ennioových slov Cicerem: „*Kdo bloudícím vldně cestu ukáže, toť jako by mu světlo o své světlo zapálil: nic miň mu nesvítí, zapálí-li druhému.*“³⁵ Narážím na *benchmarking* (učení se od lepších podle tzv. benchmarku, externího, i interního měřítka) jako metody strategického managementu pro hodnocení výkonu, procesu a funkce subjektu. V praxi ho brzdí obava zneužití a více konkurenční než partnerské posuzování, a proto ho upravují etická pravidla a kodexy. Jeho součástí tvoří *benchlearning* s přímým spojením na činnosti učení se.³⁶ Benchmarking³⁷ může zlepšit výkonnost subjektu, výhodou je možnost přebírání fungujících procesů z jiných odvětví (ověřit platnost i u jiných) u provádění výběru outsourcingových služeb (např. při poskytování hotelových služeb ve zdravotnictví se hledá inspirace u hotelů a penzionů).³⁸ Prioritním cílem poskytovatele jsou kvalitní

O., Strategické řízení, *Management*, s. 227.

³⁰ Srov., Srov. HAMMER, M., *Agenda 21. co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*, s. 80.

³¹ Srov. NEUMAIEROVÁ, I., *Aplikace řízení hodnoty*, s. 7-11.

³² Srov. HAMMER, M., *Agenda 21. co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*, s. 53-56, 146-198 a 224.

³³ Viz MZ ČR, *Zákon 372/2011 Sb.*, <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovanzakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html>.

³⁴ Srov. NENADÁL, J., VYKYDAL, D., a HALFAROVÁ, P., *Benchmarking: Mýty a skutečnost. Model efektivního učení a zlepšování*, s. 7-8, 13-14 a 16. Dále srov. ČASTORÁL, Z., *Strategický management změn a znalostí*, s. 139.

³⁵ Srov. CICERO, M. T., *O povinnostech: rozprava o třech knihách věnovaná synu Markovi*, s. 46.

³⁶ Srov. NENADÁL, J., VYKYDAL, D., a HALFAROVÁ, P., *Benchmarking: Mýty a skutečnost. Model efektivního učení a zlepšování*, s. 7-8, 13-14 a 16.

³⁷ Data mají být přístupná pro veřejnou kontrolu a zvýšení odpovědnosti. STEVANOVIC, V., FEEK, C., a KAY, R., Using routine data for benchmarking and performance measurement of public hospitals in New Zealand, *Benchmarking in Health*, p. 506.

³⁸ Srov. PAPEŠ, Z., *Instituce, její poslání, řízení a organizace, Zdravotnické instituce*, s. 41. Dále srov. NENADÁL, J., VYKYDAL, D., a HALFAROVÁ, P., *Benchmarking: Mýty a skutečnost. Model efektivního učení a zlepšování*, s. 7-8, 13-14, 16, 22 a 24.

služby³⁹ v korelaci s přiměřeným využitím zdrojů a etickým přístupem.⁴⁰ Zdroj bohatství a hodnot subjektu osciluje na intelektuálním kapitálu, který obsahuje fyzický (reálný) a finanční kapitál, lidský a znalostní.⁴¹ Kopčaj upozorňuje, že pouze lidský kapitál zhodnocuje finanční a materiálové zdroje.⁴² Kvalita daná akreditací se pozitivně odráží v důvěře veřejnosti, spokojenosti nemocných a zaměstnanců, odráží se u placení poskytované péče pojišťovny, vytváří otevřenou kulturu s týmovým vedením atd.⁴³ Standardy JCI jsou aplikovatelnější do zdravotní péče více než ISO standardy,⁴⁴ protože zahrnují vyšší kritéria na kvalitu a její kontinuální zvyšování. Zavedení standardizovaných činností, ohled na prevenci problémů a řízení rizik je ekonomickou úsporou nákladů (např. finanční krytí ztrát a financování rizik, kontroly nároků na odškodnění, prevence v oblasti poškození zdraví).⁴⁵

Pokud chce poskytovatel získat konkurenční výhodu jako strategickou prioritu se orientuje na (přeneseno do zdravotnictví, upraveno podle Kaplana a Nortona):⁴⁶

- a) *získání nejlepších klientů* (problém: všeobecně je největší podíl klientů ve skupině nejnákladnějších, u center při překročení limitů jsou ztrátou),
- b) *oslovení klientů*, vlastnit nejlepší zaměstnance, dodavatele, prodejce (realizovatelné, speciální případy vyžadují nejefektivnější, nejlepší dostupnou péči),
- c) *schopnost nabídnout něco navíc* (spektrum, včasnost služby, tím ovšem může vzrůstat jejich nákladnost, potenciál zaměstnanců: jejich erudice).

Ekonomickou situaci poskytovatelů ovlivňuje stále více marketing. Použití tzv. marketingového mixu s orientací na čtyři základní prvky, tzv. „P“ odráží nabídku pro

³⁹ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 22.

⁴⁰ Srov. BLÁHA, J., a DYTRT, Z., *Manažerská etika*, s. 12.

⁴¹ Srov. ČASTORÁL, Z., *Strategický management změn a znalostí*, s. 107.

⁴² Srov. KOPČAJ, A., *Košatění bohatství*.

⁴³ Srov. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 9, 77, 256 a 259. CKTCH s akreditací Spojené akreditační komise, SAK (2012), i certifikací, IKEM certifikace.

⁴⁴ Srov. MBK CONSULTING, *Co znamená ISO?*, <<http://www.mbk.cz/iso/co-znamená-zkratka-iso-a-dalsi-informace>>.

⁴⁵ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 65-71.

⁴⁶ Srov. KAPLAN, R. S., NORTON, D. P., *Měření a řízení v informačním věku, Balanced Scorecard. Strategický systém měření výkonnosti podniku*, s. 18-19.

zdravotnický trh. Zaměření poskytovatele se limituje jeho zdroji (lidé, technologie), odvětví jsou marketingově hierarchicky odstupňované podle zájmu společnosti (rehabilitační kliniky, kožní atd.).⁴⁷

Rozvedu diskusi k zamyšlení. Současná doba nejednotné koncepce na politické scéně a reformy⁴⁸ v legislativě negativně dopadají na poskytovatele. Tlak ekonomického trhu ovlivňuje alokaci dostupných prostředků, která může být v rozporu se strategií a kulturou⁴⁹ poskytovatele (poškodí jeho pověst) a nutí ho ke zkratkovitému řešení. Nepromyšlené plošné snižování nákladů dopadá na poskytnuté služby, navázání obchodních vztahů, marketing, školení a rozvoj zaměstnanců.⁵⁰ Při zapojení poskytovatele do ekonomického trhu a vytvořit ho ekonomicky elastičtější, se přebírají pravidla platící pro obchodní subjekty bez ohledu na specifickou zdravotnického odvětví, kde již nefungují. Oddělují se prosperující úseky tvořící součást fungujícího systému a rozpadá se jejich návaznost a vzájemná ekonomická solidarita. Osamocně zůstávají neprosperující části bez změny koncepce, kde se vydávají náklady na službu, kterou dříve měly v rámci jednoho celku. Stát má mít zájem na ekonomickém přežití finančně nevýhodných, ale využívaných služeb na přijatelné úrovni. Je nutné zohlednit i demografické souvislosti (počet obyvatel, nemocnost atd.). Problémem poskytovatelů ve zdravotnictví je i nedůvěryhodnost dodavatelů a jejich zprostředkované dodání předražených produktů. Dalším jsou lidské zdroje: finanční ohodnocení (ve srovnání s např. Evropskou unií), počet a rozmístění (dopad na kvalitu, nepočítat jen s faktorem úspory), vzdělání a kvalifikace (systematicnost, adekvátnost), jak upozorňují např. představitelé Lékařského odborového klubu - svaz českých lékařů (LOK-SČL).⁵¹ Trápí-li poskytovatele zdravotních služeb fluktuace zaměstnanců (nejlépe mezi 5-7 %, v ČR běžná kolem 15 %),⁵² důvodem nespokojenosti může být slabá motivace a stimulace zaměstnanců. A jaká je v posledních letech situace poskytovatelů zdravotních služeb a péče v České

⁴⁷ Z anglických výrazů pro výrobek, či službu, cenu, podporu prodeje a umístění. Další jsou: obal, lidé, výrobní postup, plánování. Srov. ZLÁMAL, J., Fáze realizace – marketingový mix, *Marketing ve zdravotnictví*, s. 59.

⁴⁸ Viz např. HEGER, L. *Reforma zdravotnictví v kostce*, <<http://www.leosheger.cz/reforma-zdravotnictvi/>>.

⁴⁹ Vnitřní pravidla se odráží v celkové vnitřní atmosféře. Srov. ŠIGUT, Z., *Firemní kultura a lidské zdroje*, s. 8-9.

⁵⁰ Srov. KOTLER, P., a CASLIONE, J., A., Svět vstoupil do nové ekonomické sféry, *Chaotika. Řízení a marketing firmy v éře turbulencí*, s. 32 a s. 36.

⁵¹ Viz LOK-SČL, *LOK-SČL*, <<http://www.lok-cl.cz/clanky.php?typ=2>>.

⁵² Srov. ERT, J., *Fluktuace-diagnóza a léčba*, <http://www.personall.cz/Fluktuace_clanek.html>.

republice? Ústav zdravotnických informací např. konci roku 2010 evidoval 28 068 zdravotnických subjektů, z toho 166 nemocnic,⁵³ v dalším roce již 189 nemocnic se 60 336 lůžky, z toho největší podíl zaujímají lůžka akutní péče. Fond lůžek poklesl o 3 %, průměrná ošetrovací doba je lehce nad sedm dní. Oblast kardiochirurgie a kardiologie má celkový průměrný počet 81 873 hospitalizovaných s průměrnou ošetrovací dobou necelých sedm dní.⁵⁴ V roce 2012 pokračuje zvýšení efektivity využití lůžek redukcí lůžkového fondu o necelá dvě a půl procenta proti roku 2011 a průměrnou ošetrovací dobou sedm dní.⁵⁵ Ve zdravotnictví v roce 2010 pracovalo zhruba 250 tisíc pracovníků (z toho čtyři pětiny žen), více než jedna čtvrtina ve státních subjektech, jejich odměňování ve formě platu (u státních poskytovatelů), či mzdy (u soukromých) tvoří důležitou součást výdajů na zdravotnictví a je aktuálním tématem nejen pro své manažery.⁵⁶ V České republice vychází systém financování zdravotní péče ze solidarity občanů v podobě systému povinného veřejného zdravotního pojištění, které v roce 2010 tvořilo zhruba 80 % z celkových výdajů.⁵⁷ Celkové výdaje na zdravotnictví rostou, v roce 2010 na 290 miliard Kč (necelých 8 % HDP) v podobě trvalého finančního přívodu odváděného zdravotního a sociálního pojištění zaměstnancem (fyzickou osobou), zaměstnavatelem, státem.⁵⁸ V praxi se odhadem uplatňuje Paretovo pravidlo,⁵⁹ tzn. že 20 % zdravé a produktivní populace dotuje 80 % nemocných, kterým se léčba poskytuje.⁶⁰

Základem finančních prostředků je platba zdravotního pojištění vedeného do

⁵³ Srov. ÚZIS ČR, Síť a činnost zdravotnických zařízení, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 115, <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>.

⁵⁴ Srov. TYPITOVÁ, J. *Nemocnice v České republice v roce 2011, 2012*, č. 5, s. 1 a 7, <<http://www.uzis.cz/novinky?page=1>>.

⁵⁵ Srov. ÚZIS ČR, *Nemocnice v ČR v roce 2012*, *Sestra*, 2013, č. 4, s. 5.

⁵⁶ Srov. ÚZIS ČR, *Pracovníci a zdravotnické vzdělávání*, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 152 a 154, <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>. Dále srov. tamtéž, *Ekonomické ukazatele*, s. 202.

⁵⁷ Peněžní hodnotu uvádím v Kč, korunách českých. Kromě měny daného státu se užívá přepočtení v eurech, či dolarech. Podíl soukromých výdajů tvoří 16 %. Srov. ÚZIS ČR, *Ekonomické ukazatele*, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 202, <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>.

⁵⁸ Srov. ÚZIS ČR, *Ekonomické ukazatele*, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 199, <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>.

⁵⁹ Srov. MANAGEMENTMANIA. *Paretovo pravidlo (80/20)*, <<http://managementmania.com/paretovo-pravidlo>>.

⁶⁰ Srov. GLADKIJ, I., *Úvod do zdravotní politiky*, *Úvod do zdravotní politiky, ekonomie a sociologie zdravotnictví*, s. 14-15.

základního fondu pojišťovny, který se přerozděluje zdravotními pojišťovnami.⁶¹ Zástupci profesních sdružení poskytovatelů rozhodují o financování podle jednotlivých výdajových fondů, výsledky se ohlašují Věstníkem MZ, u neshod rozhodne vláda na návrh MZ ČR. Poskytovatel si vytváří smlouvy s danou zdravotní pojišťovnou a s ostatními subjekty. Poskytovaná služba, ceny za výkon jsou podle kalkulací jednotlivých výkonů ohodnocených dle bodů, hodnota jednoho v korunách, se financuje na základě tzv. dohodovacího řízení na následující období s účastí zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny, VZP (se zhruba 60 % podílem ze všech pojištěnců)⁶² a ostatních pojišťoven. *Stát ručí za komplexnost a dostupnost péče (např. cenovou regulaci základních služeb) a efektivní využití zdrojů, reguluje a hradí určené ceny za poskytnuté služby.*⁶³ Úhrada za poskytnuté zdravotní služby závisí na jejich formě a v průběhu času směřuje k tomu, aby z veřejného pojištění plynulo co nejméně financí (potřeba úspor). Péče se obecně hodnotí výkonově dle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami v závislosti na platné vyhlášce, která určuje tři typy: kapitačně-výkonový, výkonový, kapitačně výkonový s dorovnáním kapítace,⁶⁴ akutní lůžková péče (výkon, paušál, DRG, v současnosti jejich kombinace), následná lůžková péče (výkon, paušál, jejich kombinace). V ambulantní sféře je zvláště stomatologická péče (dle výkonů sazebník), která se nejvíce přibližuje tržnímu pojetí poskytování zdravotních služeb, protože její peněžní ohodnocení se přesně určí.⁶⁵

⁶¹ Svaz zdravotních pojišťoven ČR (SZP ČR) sdružuje zaměstnanecké pojišťovny, nyní jich je sedm. Srov. SZP ČR, <<http://www.szpcr.cz/index.php?c=onas>>. Dále srov. MĚSĚC.CZ, *Přehled zdravotních pojišťoven*, <<http://www.mesec.cz/dane/zdravotni-pojisteni/pruvodce/prehled-zdravotnich-pojistoven/>>.

⁶² Srov. ÚZIS ČR, Ekonomické ukazatele, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 199, <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>.

⁶³ Srov. GLADKIJ, I., aj., Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma, *Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení), Řízení finančních toků zdravotnického zařízení, Management ve zdravotnictví*, s. 127-151.

⁶⁴ Vyhláška č. 396/2010 Sb. Srov. VZP ČR, *Způsob úhrady zdravotní péče v ambulantních segmentech*, <<http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-02-2011/zpusob-uh rady-zdravotni-pece-v-ambulantnich-segmentech-v-roce-2011>>. Následná zavádí úhrady DRG Viz MZČR, *Vyhláška č. 425/2011 Sb.*, <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c425/2011-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uh rady-zdravotni-pece-hra_5755_999_3.html>. Dále viz Vyhláška č. 475/2012 Sb. snižuje úhradu pojišťoven za poskytnuté služby, MZČR, *Vyhláška č. 475/2011 Sb.*, <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c475/2012-sb_7260_3.html>.

⁶⁵ Srov. VZP ČR, *Způsob úhrady v lůžkových zdravotnických zařízeních v roce 2012*, <<https://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-05-2012/zpusob-uh rady-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-v-roce-2012>>.

Zvyšuje se podíl občana na výdajích poskytovatelů, zavedly se spoluplatby z hotovosti či připojištění, např. formou tzv. regulačních poplatků, dopláčení hotelových služeb, apod. Problém regulačních poplatků nastavil Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, dále rozvedl Zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.⁶⁶ Lze si připlatit komerční soukromé zdravotní pojištění, dále smluvní zdravotní pojištění.⁶⁷

Nepříznivým dopadem systému je nábor pouze efektivních pojištěnců a příspěvní k inflaci cen za zdravotní péči, či její přebytné využívání.⁶⁸ Při úspoře zdrojů a tendenci přesunout hrazení služeb na občana nastává otázka, do jaké výše je ochoten zaplatit k naplnění potřeb (nemít bolest atd.) oproti uspokojení ekonomických potřeb, k jejichž naplnění nemusí dojít (kromě základních: strava) a neohroží tím jedinec svou existenci (koupě žádaného produktu). Ve výsledku se domnívám, že celkové výdaje jsou daleko vyšší při existenci rozříštěnosti plateb za různé druhy pojištění, které by navíc občan musel predikovat (diabetes mellitus, onkologické onemocnění). Systém je nepřehledný, určité stavy (operace, dlouhodobá onemocnění, onemocnění s nepředvídatelným průběhem) by se stávaly defacto nepojistitelné pro svou (neodhadnutelnou) nákladnost, či při ekonomické náročnosti zdravotnických technologií a zajištění profesionálního personálního obsazení, by se pro občana hrazení takového pojištění stalo apriori finančně nedostupné. Princip solidarity (míru si stanoví sama společnost) je nutné zachovat k posunu vývoje ve zdravotních službách a péči a usnadnění zavedení nových metod a technologií do běžného života. Porovnám-li soukromé a státní subjekty, hraje ve prospěch soukromých jejich orientace na příjem nejlépe hotově platících klientů a spolehlivých pojišťoven. Uspokojení potřeb klientů vede ke zdražování služeb. Soukromí poskytovatelé s orientací hlavně na zisk (definovaný v Obchodním zákoníku jako cíl podnikání),⁶⁹ mohou být méně efektivní

⁶⁶ Srov. MZ ČR, *Zákon č. 369/2011 Sb.*, <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakonakterym-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotnim-pojistenim-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-a-nektere-dalsi-zakony_5177_2428_11.html>.

⁶⁷ Srov. FINANCE.CZ, *Co je soukromé zdravotní pojištění?*, <<http://www.finance.cz/pojistenim/osoby/zdravotni-pojistenim/soukrome/informace/>>.

⁶⁸ Srov. NĚMEC, J., *Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristika, Principy zdravotního pojištění*, s. 21-22.

⁶⁹ Srov. BUSINESS CENTER.CZ, Část I. Obecná ustanovení, § 2 Podnikání, *Obchodní zákoník č. 513/1991 Sb.*, <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obchzak/cast2h1d4.aspx>>.

než státní (služby na vrub klienta, účelné prodražování péče). V České republice nastává často situace trvalé zadluženosti vlivem např. odtržení výnosných činností, nevhodného řízení atd.⁷⁰

Hlavním subjektem ve zdravotnictví představují nemocnice, které tvoří součást ekonomického prostředí vyspělých zemí, nabízí pracovní místa a jsou odběrateli, podílí se na výzkumu a kvalifikaci zdravotnického personálu. Disponují technikou, lůžky a personálem, poskytují ambulantní a hospitalizační služby s licenci na neustálou zdravotní diagnostickou a léčebnou péči.⁷¹ Jejich efektivita se hodnotí stanovenými ukazateli: využití lůžka, lůžkodny, obloženost atd.⁷² Náklady nemocnic vzrůstají, ke konci roku 2010 dosáhly 127 miliard Kč, nejvýznamnější složkou jsou osobní náklady (45 %), 82 % jejich výnosů pochází z úhrad od zdravotních pojišťoven. Velký podíl na výdajích tvoří léčiva.⁷³ Nemocnice řeší situace ovlivněné vstupem nových nemocí, technologickým vývojem, stárnutím populace a omezováním rozpočtů.⁷⁴ Podněcují se ke zvyšování produktivity, tzn. hospodárnému využití všech dostupných zdrojů, a to závisí na korelaci mezi zdroji (vstupy) a včasnou standardně kvalitní nabízenou péčí (výstupy). Manažer čelí obtížnému udržování ekvilibria mezi zdroji (např. materiálové: jejich zastoupení versus produktivita, lidské s nároky: rostoucí kvalifikace versus finanční ohodnocení) a požadavky klientů (např. plátcí, pojišťovny) s cílem provádět správné věci správně a pracovat hospodárně, *efektivně* „*efficiency*“ (minimání objem vstupu na objem výstupu) a *účinně* „*effectiveness*“.⁷⁵ V rámci efektivity se optimalizuje lůžkový fond, snižuje průměrná ošetrovací doba, přesouvají se výkony do ambulantní péče, racionalizuje se využívání prostředků financování při zachování dostupnosti péče, její zefektivnění a zkvalitnění.⁷⁶

Produktivita nemocnic se srovnává s nemocnicemi daného státu a velikostí trhu, tím se určí faktory (státní nařízení, struktura poptávky, nároky). Jak selepší

⁷⁰ Srov. GLADKIJ, I., aj., Zdravotnické systémy a jejich řízení, *Management ve zdravotnictví*, s. 80.

⁷¹ Srov. tamtéž, s. 51-52.

⁷² Srov. WAN, T. T. H., Metody předvídání a strategického plánování nemocničních služeb, *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 125.

⁷³ Srov. ÚZIS ČR, Ekonomické ukazatele, *Zdravotnická ročenka ČR 2010*, s. 200, <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>.

⁷⁴ Srov. MCKEE, M., a HEALY, J., *Nemocnice v měnící se Evropě*, s. 7-8.

⁷⁵ Srov. tamtéž. A Srov. KOMENDA, S., Produktivita ve zdravotnických organizacích, *Nástroje objektivního manažerského rozhodování*, s. 117-132.

⁷⁶ Srov. GLADKIJ, I., aj., Zdravotnické systémy a jejich řízení, *Management ve zdravotnictví*, s. 52-53.

produktivita práce? Komenda doporučuje se soustředit na kvalitu než kvantitu vstupu (např. vzdělávací programy pro personál, plánované zavádění technologií, zvláště počítačových informačních systémů).⁷⁷ Produktivitu zvýší i ročně aktualizovaný DRG systém.⁷⁸ DRG systém jako zástupce jednoho ze systémů úhrad zdravotní péče a nástroje pro plánování a kontroly⁷⁹ se zaměřuje především na oblast akutní nemocniční péče.⁸⁰ Jeho cílem má být efektivnější využití limitovaných finančních zdrojů, počtu hospitalizací, redukce duplikačních procedur, přesun nemocných do primární péče, snížení průměrné délky pobytu v nemocnici,⁸¹ převážení výhod (kvalita před kvantitou). Péče v nemocnicích se u nás platila od roku 1997 podle paušálu (dle výše předcházejícího roku, paušál vychází z fixních výdajů jako je cena elektřiny či plynu, tvoří 75% z celkových nákladů a jsou obtížně regulovatelné) spolu s platbou za provedené výkony. V současnosti je propagováno za přínosné financování zdravotní péče systémem DRG postaveném na výkonovém financování za případ, nejčastěji ve formě předem určené úhrady. Zkušenosti v praxi s tímto systémem jsou různé. Rakouská studie DRG systému u nemocničního systému zjistila růst nákladů na nemocniční péči a nezvýšení alokační efektivity služeb, kdy zdravotní pojišťovny neovlivňují adekvátně vývoj spotřeby péče, nemocnice si volně kódují diagnózy, rostou mzdové náklady. Pozitivem bylo zpřehlednění dokumentace, outsourcing⁸² způsobil pokles nákladů na nezdravotnický personál.⁸³ Ze zkušeností ve Spojených státech již z roku 1992 vyplývá, že DRG systém jako jedna ze snah omezit výdaje, nezastavil růst nákladů na zdravotní péči.⁸⁴ Některé problémy tohoto „balíčkového“

⁷⁷ Srov. KOMENDA, S., Produktivita ve zdravotnických organizacích, *Nástroje objektivního manažerského rozhodování*, s. 117-132.

⁷⁸ Zkráceno z angl. „*Diagnosis Related Groups*“. Srov. NĚMEC, J., *Principy zdravotního pojištění*, s. 87-89.

⁷⁹ Srov. KOŽENÝ, P., aj., Použití klasifikačního systému DRG, *Klasifikační systém DRG*, s. 123. Dále viz např. NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM, *DRG*, <<http://www.nrc.cz/cinnosti/drg>>.

⁸⁰ Srov. NĚMEC, J., Klasifikační systémy ve zdravotním pojištění, *Principy zdravotního pojištění*, s. 89.

⁸¹ Srov. HOFMARCHER, M. M., a RIEDEL, M., *Vliv reformy úhrady nemocniční péče typu Case-Mix na zdravotnictví. Případová studie Rakouska*, s. 5-6 a s. 32.

⁸² Outsourcing: oddělení vedlejších činností od ústřední a jejich externí poskytování, často strategickým partnerstvím. Srov. PAPEŠ, Z., *Instituce, její poslání, řízení a organizace, Zdravotnické instituce*, s. 41. Uvolní se aktiva k využití jinak a jinde. Srov. HIGGINS, R. C., *Řízení růstu, Analýza pro finanční management*, s. 147.

⁸³ Srov. HOFMARCHER, M. M., a RIEDEL, M., *Vliv reformy úhrady nemocniční péče typu Case-Mix na zdravotnictví. Případová studie Rakouska*, s. 7-9, 24, 28, 29 a 39.

⁸⁴ Srov. GROHAR-MURRAY, M. E., a DICROCE, H. R., *Nový systém zdravotnictví – požadavek vedení v ošetrovatelské péči, Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*, s.23-24.

systemu s cílem snížit náklady jsou: *nejlevnější služby* u běžných výkonů (srovnám s vypočítáváním minimální mzdy státem), služby, které se vyplatí (úspora, pokud výdaje za péči jsou nižší než limit úhrad DRG, což je u specializované péče vyjímečné). Dochází k přesunu méně nákladných do nákladnější kategorie, vyměňují se nákladní nemocných mezi poskytovateli, platí se specializované případy ve skupině s finanční limitací,⁸⁵ jejich péče při soustředění do center tvoří jejich finanční ztrátu. Poskytovatelův si vybírá nemocné podle pojišťovny a diagnózy, což ovlivní i kumulaci nemocných s „nákladnou diagnózou“ a pojištěním u VZP ke stálým poskytovatelům s negativním dopadem na jejich hospodaření, i přes jejich snahu „sendvičového hospodaření“, s prokládáním klientů jejichž péči pojišťovna proplatí, či klienty s méně nákladnými diagnózami atp. Omezují se úhrady při nárůstu péče, je potřeba určit hranice ztrátové skupiny (její úspory a kompenzace).⁸⁶

1.2 Poskytovatel zdravotních služeb a péče jako ekonomický subjekt

Poskyvatelé zdravotních služeb a péče nabízí své služby formou kvalitní a profesionální péče podle standardů akreditace s prioritním cílem dosažení či udržení zdraví, které je po ekonomické stránce pojímáno jako veřejný statek.⁸⁷

Vyspělé státy oscilují v pojetí zdraví na úseče mezi tržní komoditou a společenskou hodnotou,⁸⁸ při převaze druhé varianty nastává otázka, v jakém množství a na jaké úrovni je zdravotnictví financovatelné z dostupných zdrojů a jaká je míra alokace mezi nimi. Zdravotní služby nejsou hlavní determinantou zdravotního stavu, ale podílí se kromě sociálních výdajů na vysokých nákladech společnosti, jak uvádí Lalondova zpráva.⁸⁹

⁸⁵ Srov. VAN BARNEVELD E., M., VAN VLIET, R. C. J. A. , a VAN DE VEN, W. P. M. M., Risk sharing between Competing Health Plans and Spomzors, *Health Affairs*, 2001, č. 3, s. 253-262.

⁸⁶ Srov. HRABÁK, P., *Podmínky pro jednotnou základní sazbu DRG*, <<http://www.nrc.cz/o-nrc/konference-seminare/konference-drg-2011>>. Dále viz WAN, T. T., H, Manažerská epidemiologie, *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 109.

⁸⁷ Srov. GLADKIJ, I., aj., Úloha státu při zajišťování zdravotních potřeb v podmínkách tržního hospodářství, *Management ve zdravotnictví*, s. 93.

⁸⁸ Srov. GLADKIJ, I., Úvod do zdravotní politiky, *Úvod do zdravotní politiky, ekonomie a sociologie zdravotnictví*, s. 11 a s. 31.

⁸⁹ Srov. HANCOCK, T., Lalonde and beyond: Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians”, *Health Promotion Internatinal*, 1986, č. 1, s. 93-100, <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/1/1/93.abstract>>.

Obecným jevem nejen vyspělých zemích je přesouvání odpovědnosti za zdraví (včetně ekonomické roviny) od státu na občana, který je nucen se rozhodnout, jakou má pro něho hodnotu a jak s ním naloží. Po ekonomické stránce se řeší *udržitelný růst* nákladů a financování zdravotnictví, větší roli bude hrát přesun financování ze soukromých výdajů a optimální rozložení dovedností v rámci týmu (např. kompetence).⁹⁰ Problémem managementu jsou často limitace rozpočtu. DRG systém pozitivně ovlivní výsledky u čekacích seznamů, ale vede k neudržitelné expanzi rozpočtu a zvýšení nabídky péče.⁹¹

V oblasti úhradových mechanismů je ideální poskytování správné péče ve správný čas a vyhnout se riziku poskytování objemného množství péče s nízkým užitekem.⁹² Smyslem pro ekonomický subjekt je vytvořit a uspokojit zákazníka, což se rovná produktivně uplatnit své lidské zdroje (více zdroj než náklad) se zodpovědností za své cíle. Je nutné počítat v nepředvídatelné budoucnosti s riziky a obtížnou flexibilitou ke změnám.⁹³ A smyslem služeb zdravotní péče je kontakt s vnějším prostředím cílený na „zákazníka“ nebo na „trh“. Úspěchem není spokojený personál, ale uzdravený bývalý pacient (klient).⁹⁴

Je často obtížné uspokojit „spravedlivé“⁹⁵ potřeby klienta po stránce zdravotní a ekonomické, protože se tyto části mohou oddalovat v podobě „rozevírajících se nůžek“. Vzniká ekonomický paradox, např. lepší starost o nemocné sníží jejich počet, a tak je méně výkonů placených pojišťovnou, specialista jen s nákladnými klienty atd.⁹⁶ Callahan jako jeden z protagonistů etiky v oblasti poskytování zdravotní péče nepodporuje agresivní vstup tržního systému s cílem dosažení ekonomického růstu,

⁹⁰ Viz např. MINISTERSTVO PRŮMYSLU A OBCHODU, *Projekt 18 Ekonomická vazba pacienta ke zdraví (strategie MK)*, <<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/strategie-mezinarod-konkurenceschopnosti/smk-ekonomicka-vazba-pacienta-ke-zdravi/1001958/62682/>>.

⁹¹ Srov. FORSBERG, E., AXELSSON, R., a ARNETZ, B., Financial incentives in health care. The Impact of Performance-based reimbursement, *Health Policy*, 2001, č. 3, s. 246-252.

⁹² Srov. IZPE, Zvyšující se hodnota peněz ve zdravotnických systémech: hledání cest ke zvýšení efektivity, *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům. OECD Organization for Economic co-operation and Development*, s. 87.

⁹³ Srov. JARETT, M., *Schopnost změny. Proč jsou některé společnosti na změnu připraveny, a jiné ne*, s. 207.

⁹⁴ Srov. DRUCKNER, P. F., Management: problémy úspěchu, *Management: budoucnost začíná dnes*, s. 67-89.

⁹⁵ Spravedlnost v ekonomické oblasti Viz. SAMUELSON, P. A., a NORDHAUS, W. D., *Ekonomie*.

⁹⁶ Srov. EXNER, L., RAITER, T., a STEJSKALOVÁ, D., Kvalita zdravotní péče očima pacientů, *Strategický marketing zdravotnických zařízení*, s. 133-134.

kdy vysoko nastavené tržní ceny ve zdravotní péči a sociální nerovnost může vyvolat i nerovnost v přístupu ke zdraví (její redukce cílem Světové zdravotnické organizace).⁹⁷ Wilkinson namítá, že zdraví společnosti ovlivňuje více tzv. sociální (sociální hodnoty) než tržní kapitál.⁹⁸

Hammer označuje ekonomiku ovlivněnou náročností klienta (ve zdravotnictví v pozici nemocného bez své autonomie) za stav, kdy poptávka předstihla nabídku, klienti jsou zkušenější, informovanější a s většími požadavky (včasnost služeb, komfortnější, nabízené služby se staly v podstatě podobné (např. formou standardizace)).⁹⁹ Ve zdravotnictví dle mého názoru není udržitelná těsná vazba leadershipu klienta v určování nabídky i díky jeho nesnadné orientaci ve spektru informací. Klient podstupuje riziko, kdy službu využívá často v nouzi (postoje zkresluje zdravotní stav: bolest atd.) a zbývá se s důvěrou spolehnout na radu odborníka (např. lékaře, farmaceuta). Rovněž reklamace služeb a péče je obtížná, kdy následkem bývá i nevratná újma na zdraví. Podobně míní Synek, že klient neposoudí míru kvality služby, často vyhledá službu v tísní kvůli špatnému zdravotnímu stavu, (ne z důvodu uspokojení potřeby), a v akutním ohrožení života mu službu nelze odmítnout.¹⁰⁰ Dalším rizikem je zánik služeb a péče společensky nutných, bez ekonomické solidarity neživotaschopné náročné specializované výkony (např. transplantace). Předpokládám, že při omezených zdrojích rostou potřeby jedinců apod., proto stát v oblasti zdravotnictví provádí regulace, aby se z veřejných financí platily základní služby (opatrnost při rozhodnutí jejich míry). Při náročnějším požadavku klienta si lze připlatit (např. materiál, služba odborníka v oboru, komfort).

Ekonomický subjekt se přizpůsobuje rychle měnícím se okolním podmínkám: vnímá změny, předvídá je a přijímá spektrum různých příležitostí a strategií s předpokladem jejich nestálosti. Praktikování osvědčených postupů již nestačí (trh se časem saturuje, konkurenti mají lepší strategii atd.), nutno počítat s riziky (uvnitř¹⁰¹ a

⁹⁷ Silný tržní přístup v oblasti veřejného zdraví ovlivňuje politiku přidělování, která nutí lékaře odmítnout některé formy zdravotní péče pacientovi. Srov. CALLAHAN, D., Ends and means: the goals of health care, *Ethical dimension of Health Policy*, s. 4-7.

⁹⁸ Srov. WILKINSON, R. G., *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*.

⁹⁹ Srov. HAMMER, M., *Agenda 21. co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století.*, 18-23, s. 197 a s. 234.

¹⁰⁰ Srov. SYNEK, M., KISLINGEROVÁ, E., aj., *Ekonomika, management a podnikání ve zdravotnictví, Podniková ekonomika*, s. 396-397.

¹⁰¹ O řízení vnitřních rizik viz ŠKRLA, P., a ŠKRLOVÁ, M., *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*.

vně instituce) a předvídat je.¹⁰² O finanční situaci ekonomického subjektu se zajímají čtyři skupiny: 1. *krátkodobí věřitelé* (likvidita, schopnost splácet) a 2. *dlouhodobí* (dlouhodobá solventnost, stabilita), 3. *akcionáři* (likvidita, solventnost, zisk, cash flow, závazky, dividendy) a 4. *management* (maximalizace hodnoty akcií, zodpovědnost za likviditu, solventnost).¹⁰³ Rozhodující slovo pro finanční hodnocení subjektu má finanční analýza na posouzení *jeho finanční situace, tj. finančního zdraví*.¹⁰⁴ Finanční management poskytovatelů zdravotních služeb se liší oproti jiným subjektům množstvím a významností působení vztahů: lékaři k pacientům, manažeři ke správcům, apod.¹⁰⁵

Používám-li kategorie jako náklady, výnosy atd., pak se hodnotí i úspěch a efekt ekonomickými pojmy.¹⁰⁶ Pro ekonomický subjekt je důležité spíše hledisko návratnosti kapitálu než zisk (ukazatel výkonnosti)¹⁰⁷ a jeho udržení s růstem tržní hodnoty¹⁰⁸ za situace nalezení rovnováhy mezi všemi interesovanými subjekty ve zdravotnictví.¹⁰⁹ Zisk je jen krátkodobý (roční) údaj v dlouhodobém časovém horizontu a významnější je dlouhodobá výkonnost. Různé modely zpřehledňují výkonnost, např. model INFA tvořený pyramidovou soustavou finančních ukazatelů pro zajištění finanční stability.¹¹⁰ Pojmy ziskovost (potřeba na rozšíření služeb apod.) a životaschopnost (likvidita a solventnost) jsou podobné, ale ne synonymní. *Společnost se ziskem může dojít k likvidaci, když rychlý růst podloží neadekvátním finančním*

¹⁰² Srov. HAMEL, G., a VĀLIKANGAS, L., The Quest for Resilience, *Harvard Business review*, s. 1 a 3, <<http://awa.myworldpms.com/projects/SOW/23HBRQuestforResilience.pdf>>.

¹⁰³ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 36-38.

¹⁰⁴ Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 14-15.

¹⁰⁵ Srov. MCLEAN, R. A., *Financial Management in Health Care Organization*.

¹⁰⁶ Srov. GLADKIJ, I., aj., Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma; Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení); Řízení finančních toků zdravotnického zařízení, *Management ve zdravotnictví*, s.127-136, 137-150 a 151-156.

¹⁰⁷ Srov. HAMMER, M., *Agenda 21. co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*, s. 18-23, s. 197 a s. 234.

¹⁰⁸ Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 14. Dále srov. NEUMAIEROVÁ, I., *Aplikace řízení hodnoty*, s. 14-20. Dále srov. Srov. KOTLER, P., a CASLIONE, J., A., *Jak prosperovat v éře turbulencí, Chaotika. Řízení a marketing firmy v éře turbulencí*, s. 178.

¹⁰⁹ Srov. GLADKIJ, Ivan, aj., Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení), *Management ve zdravotnictví*, s. 146 a s. 151.

¹¹⁰ Srov. NEUMAIEROVÁ, I., *Aplikace řízení hodnoty*, s. 14-20.

plánováním.¹¹¹

Poskytovatelé zdravotních služeb se popisují ekonomickými kategoriemi, které často vyjadřují poměrné ukazatele sledující jejich efektivnost (např. rentabilita: míra zisku). Těmito kategoriemi jsou vzájemně spojené *náklady* (vstupy) a *výnosy* (výstupy, právo na příjem, úhrada za činnost), které se časově rozlišují při vedení podvojného účetnictví (v jednoduchém účetnictví je odlišen pojem výdaj jako snížení peněžních prostředků), jejich výsledný rozdíl je hospodářský výsledek (zisk/ztráta) vedený podle Zákona o účetnictví (č. 563/1991 Sb. v aktuálním platném znění). Soukromá zařízení se orientují při finanční kontrole spíše na zajištění hotových peněz pro nenadálé výdaje.¹¹²

Pro manažera zdravotní péče je významná analýza *nákladů versus úspěšnost* (většinou se náklady nehodnotí v penězích) při měření výsledků a analýza *náklady oproti užítku* (vyjádřeno v měně: dolary atd.) k možnosti redukce nákladů (např. snaha DRG), vhodná je kombinace obou přístupů.¹¹³ S užítkem souvisí redukce nadměry a zneužití zdravotní péče, která vzniká jak na politické a manažerské úrovni, tak u zdravotnických pracovníků a příjemců zdravotní péče. Snížení nákladů nemusí omezit plýtvání, které často nelze adekvátně zhodnotit kvůli absenci odpovídajících informací.¹¹⁴ Poskytovatel i konzument se má podílet i na redukcí tzv. morálního hazardu (u pacienta a lékaře: role „právního strachu“ před žalobami nemocných), omezení nadužívání služeb a materiálu při spotřebě zdravotnické péče.¹¹⁵ Hejduková určuje čtyři problémové okruhy: kvalita úhradové péče, řízení, síť primární péče, úhradové mechanismy.¹¹⁶ *Náklady* se rozdělují na strukturální a procesní, ve zdravotní péči vykazují multidimenzionální rysy, proto se obtížně kategorizují, roli hraje čas (např. doba poskytování výkonu), technologie a prostředky.¹¹⁷ Náklady zobrazují

¹¹¹ Srov. FINKLER, S., a WARD, D. M. *Accounting fundamentals for health care management*.

¹¹² Srov. DONNELLY, J. H., jr., GIBSON, J. L., a IVANCEVICH, J. M., Podnikání, *Management*, s. 777.

¹¹³ Srov. WAN, T. T. H., Koncepty a principy vyhodnocovacího výzkumu, *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče. Integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*, s. 169-179.

¹¹⁴ Srov. HOLČÍK, J., a KOUPILOVÁ, I., Plýtvání v systému péče o zdraví jako významný medicínský, etický, ekonomický a sociální problém, *Postgraduální medicína*, 2001, č. 5, s. 533-538.

¹¹⁵ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 68.

¹¹⁶ Srov. HEJDUKOVÁ, P., Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR, *Trendy v podnikání-Business Trends*, s. 115-123, <http://www.fek.zcu.cz/tvp/doc/akt/116_TVP_2011-2_Hejdukova.pdf>.

¹¹⁷ Srov. SUCHÝ, M., Nákladové analýzy a IT při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení,

hospodárnost: pořizovací, investiční a provozní, při efektivitě se zohledňují celkové a průměrné, je nutné počítat s jejich kalkulací, tzn. určit si minimální cenu za službu a stanovit si rozpočet.¹¹⁸ V manažerském účetnictví se pracuje ohledně nákladů s kalkulačními vzorci.¹¹⁹ U zdravotnických subjektů (více u soukromých) se do nákladů promítá více udržení hygienických a sanitačních předpisů oproti běžným provozům.¹²⁰ Úspory v nákladech představuje získání levných produktů, kde se řeší určování ceny produktu (např. lék, materiál, přístroj) v různých kombinacích: levné a kvalitní, či drahé a nekvalitní, levné a nekvalitní a drahé a kvalitní. Na tzv. elektronických aukcích (E-aukcích) zdravotnického spotřebního materiálu (nabídky prochází výběrovým řízením), je nižší cena přibližně o 15-23% oproti běžným dodavatelům, i zde mají negativní dopad turbulentní změny trhu na dodavatele (schopnost zajištění sjednaných podmínek).¹²¹ I přes úsporu na aukcích se nevyužívají z nedůvěry v kvalitu produktu, či nezájmu na aukci.¹²² V opozici vůči aukcím je nyní i Česká asociace dodavatelů zdravotnických prostředků kvůli nedosažení kvality produktu s nejnižší cenou, omezení variant produktu, možnost korupce a dodavatelského monopolu.¹²³ I přes původní malé využití elektronických aukcí jsou nemocnice nucené se zapojit k úspoře financí.¹²⁴

Výnosy mají pokrýt náklady, z provozních jsou sledované tržby za dané období (hrubé, čisté). Ekonomický předpoklad dosažení zisku za podmínek snižování nákladů, zvýšení úspor a růstu výnosů, nemá ve zdravotnictví uplatnění jako v ekonomice obecně. Lépe vychází subjekty postavené na zisku (např. akciové společnosti) než

Nákladové analýzy a informační technologie při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení, s. 11-12.

¹¹⁸ Náklady: osobní, na energii, vodné, stočné, odpady, léky a krev, materiál, laboratoř, diagnostiku, stravné, úklid, praní prádla, opravy, leasing apod. Náklady rostou inflací, technologiemi a nadbytkem vyšetření. Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 61.

¹¹⁹ Metoda bodu zlomu a Cooperova a Kaplanova metoda ABC (Activity Based Costing) zaměřená na náklady. BOROVSÝ, J., a DYNAROVÁ, V., *Ekonomika zdravotnických zařízení*, s. 25, 30, 46 – 48 a 56.

¹²⁰ Srov. SYNEK, M., a KISLINGEROVÁ, E., aj. *Podniková ekonomika*, s. 406.

¹²¹ Srov. DONASY, *Zdravotnické materiály. E-aukce na spotřební zdravotnické materiály*, <http://www.donasy.cz/html/zdravotnicke_materialy.html>.

¹²² Srov. APUEN, *Elektronické aukce jihočeské nemocnice moc nezajímají*, <<http://www.apuen.cz/elektronicke-aukce-jihoceske-nemocnice-moc-nezajimaji>>.

¹²³ Srov. SOUKUPOVÁ, I., *Elektronické aukce ano, či ne?*, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/elektronicke-aukce-ano-ci-ne-464155>>.

¹²⁴ Srov. ČTK, *Nemocnice díky elektronickým aukcím šetří*, <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/nemocnice-diky-elektronickym-aukcim-setri-461141>>.

příspěvkové organizace. Řízení finančních toků je pro svou specifickou obtížnost, proto je nutné stanovit finanční plánování, daňové řízení atd.,¹²⁵ sledovat pohyb finančních toků, vybrat pojištění k čelení rizikům, řádně vést účetnictví atd. Absenci finančního manažera nahradí pomoc finančních společností a daňových poradců.¹²⁶

Všechny běžné ukazatele u ekonomických subjektů se nemohou hodnotit pro svou specifickou u poskytovatele zdravotních služeb z pohledu legislativy a jeho ekonomického postavení, který má i vyšší nároky na ekonomické zdroje s ohledem na demografickou strukturu obyvatel a jejich sociální rozvrstvení.¹²⁷ Soukromí poskytovatelé zakládají často na dobře zpracovaném plánu.¹²⁸

Finanční flexibilita a riziko spjaté s finančními operacemi se liší u poskytovatelů oproti běžným subjektům finančního trhu kvůli specifickým zásahům, (např. státní regulace) a ovlivňuje rozhodování, např. mezi variantou reálnou, pesimistickou a optimistickou.¹²⁹ Navazuje problém finančního rizika, státní subjekty tvoří-li kladný hospodářský výsledek, pak o jeho vložení (provádění investic) a přerozdělování si nerozhodují bez zásahu zřizovatele,¹³⁰ tato nevýhoda (snižuje flexibilitu k okolí) se mírní výhodou doplnění financí při záporném hospodářském výsledku. Podobně i neplatí zcela působení finanční páky jako nástroje zvyšování výnosnosti majetku nebo investice pro vlastníky společnosti. Mezi finanční strategií společnosti: růst tržeb, potřeba nových aktiv, podíl vnitřních finančních zdrojů vzhledem k vnějším, není tak těsná vazba na vlastní konkurenční cíle (vliv regulace státem).¹³¹

V jaké formě ekonomického subjektu se nyní poskytovatelé zdravotních služeb a péče prezentují? Jsou buď pod patronací poskytovatele státního (MZČR, stát přesunul hlavně do finančních rukou kraje), či nestátního (zřízeny právnickou osobou krajem,

¹²⁵ Řízení zásob metodou ABC. Srov. KISLINGEROVÁ, E., aj., Řízení zásob, *Manažerské finance*, s. 524.

¹²⁶ Srov. GLADKIJ, I., aj., Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma; *Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení)*, *Management ve zdravotnictví*, s. 127-137 a 137-151.

¹²⁷ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 96.

¹²⁸ Srov. SYNEK, M., a KISLINGEROVÁ, E., aj. *Podniková ekonomika*, s. 405.

¹²⁹ Srov. HIGGINS, R. C., *Finanční rozhodování, Analýza pro finanční management*, s. 221.

¹³⁰ Srov. BUSINESSINFO.cz, *Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů*, v platném znění, <<http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/pravni-predpisy-sbirka-4-tyden-2010-4998.html>>.

¹³¹ Funkce pravidel ekonomie viz HIGGINS, R. C., *Finanční rozhodování, Analýza pro finanční management*, s. 206.

městem, obcí, církví nebo privátní,¹³² právnickou či fyzickou osobou (zubní laboratoř atd.), patřící do ziskového, či neziskového sektoru a existovat např. jako obchodní společnost zapsaná v obchodním rejstříku (stává legální subjekt vázaný platnou legislativou).

Z ekonomického prostředí je do zdravotnictví pro menší subjekty často aplikovaná obchodní, tzv. kapitálová společnost ve formě *společnosti s ručením omezeným* (spol. s r. o. či krátce s. r. o.) s výhodností relativně nízkého vkladu a založení jednou fyzickou osobou a perspektivnější pro větší subjekty je *akciová společnost* (a. s.).¹³³ Státní poskytovatelé se vedou jako příspěvkové organizace (vlastně ručitel za udržení spektra služeb a péče), někdy existenčně závislí na dotaci zřizovatele (často provozují-li více ekonomicky nevýnosné služby a péči). Většinou postrádají komerční atraktivitu, ale ne svůj význam v rámci zdravotní péče. Finanční prostředky čerpají ze státního rozpočtu, stejně i některá zařízení krajů, měst a obcí (oproti státním jsou zapsána v Obchodním rejstříku). Mají-li příspěvkové organizace při doplňkové činnosti (schvaluje zřizovatel) zisk, smí ho použít pro svůj prospěch, či ho odvést zřizovateli, který kontroluje hospodaření: stanoví vyrovnaný rozpočet ohledně hlavní činnosti, určuje příspěvky a dotace, hospodaření fondů (majetkové, finanční, peněžní), které kryjí prostředky organizace, oddělení nákladů a výnosů s ohledem na hlavní činnost, kterou popisuje zřizovací listina.¹³⁴ Peněžními prostředky kryjí svůj chod a základní potřeby. Hospodaření se řídí rozpočtem, který má být vyrovnaný a obsahovat jen náklady a výnosy související s hlavní činností.¹³⁵ Subjekty pod Ministerstvem zdravotnictví mají jednotnou účetní osnovu platnou pro podvojně účetnictví.¹³⁶ V příspěvkové organizaci funguje vedení v podobě manažera a

¹³² I tzv. neziskové organizace (např. hospic) podle *Zákona o sdružování občanů č. 83/1990 Sb.* Srov. KRAMER, J., 8904. Občanské sdružení podle zákona o sdružování občanů, *EPRAVO.CZ – Sbírka zákonů, judikatura, právo*, <<http://www.epravo.cz/top/clanky/obcanske-sdruzeni-podle-zakona-o-sdruzovani-obcanu-8904.html>>.

¹³³ Více o obchodních společnostech viz *Zákon č. 513/1991 S., obchodní zákoník, § 56-260*.

¹³⁴ Srov. VÁVROVÁ, H., Akciové společnosti a příspěvkové organizace ve zdravotnictví, *Ekonomika a management*, <<http://www.ekonomikaamangement.cz/cz/clanek-akciové-společnosti-a-prispevkove-organizace-ve-zdravotnictvi.html>>. Dále srov. GLADKIJ, I., aj. Zdravotnické systémy a jejich řízení, *Ekonomie zdravotnictví, Management ve zdravotnictví*, s.62-65 a s.123.

¹³⁵ Srov. MÁČE, M., Manažerské účetnictví státní organizace, *Finanční analýza obchodních a státních organizací*, s. 125.

¹³⁶ Srov. GLADKIJ, I., aj., *Ekonomika zdravotnictví, Management ve zdravotnictví*. s. 127-151. Dále srov. tamtéž, *Financování zdravotnictví v ČR*, s. 122-123

v obchodní více jako podnikatele odpovědného za své vlastnictví, správa organizace je ve vyváženém rozhodování mezi vlastníky a manažery.¹³⁷

Základní výhody a nevýhody pro nemocnici v případě akciové (příklad obchodní společnosti)¹³⁸ či příspěvkové organizace shrnuje Vávrová na oblast hospodaření (s majetkem, financemi) a tvorbu zisku. Lepší postavení při hospodaření s majetkem má akciová společnost (zodpovídá celým majetkem za závazky), která s ním nakládá podle svých potřeb. Akciová společnost hospodaří s financemi flexibilněji, ale i s větším rizikem (např. odměny zaměstnanců). U tvorby zisku příspěvková organizace může zisk z doplňkové činnosti vložit jen do činnosti hlavní a výhodou je dorovnání finanční ztráty zřizovatelem. Akciová s postavením na tvorbě zisku při ztrátě čerpá ze svých zdrojů, důležitá je pro ní finanční životaschopnost.¹³⁹

1.3 Finanční analýza

Obecně analýza je myšlenkovým postupem/procesem rozkládající poznávaný předmět nebo jev na části.¹⁴⁰ *Ekonomickou analýzu* popisuje Synek jako sledování určitého ekonomického jevu či procesu ke zlepšení dané situace zvýšením funkčnosti, při jeho rozdělení na dílčí složky, opětném sestavení, zkoumáním a hodnocení. Předmětem analýzy může být subjekt jako celek, či jen její některé činnosti a procesy.¹⁴¹

Jedním z nástrojů analýzy je *finanční analýza*, nemá jednotnou definici. Jedni ji vnímají úzce ve vztahu k účetním výkazům (Grünwald, Růčková, Nobes a Parker aj.),

¹³⁷ Srov. PIROŽEK, P., a STRÍTESKÝ, R., Manažerské rozhodování a správa nemocnice, *Nákladové analýzy a informační technologie při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení*, s. 27-28.

¹³⁸ Převara dána efektivním podnikáním s existencí bez ohledu na změny majitele akcií, lze použít rychlá a tvrdá rozhodnutí. Srov. SAMUELSON, Paul A., a NORDHAUS, Wiliam D., Výroba a organizace firmy, *Ekonomie*, s. 120. Ve zdravotnictví, sociálních službách a školství tvrdá rozhodnutí s nevratným dopadem (neflexibilita trhu). Viz BOROVSKEÝ, J., a DYNAROVÁ, V., Základní pojmy ekonomiky zdravotnictví, *Ekonomika zdravotnických zařízení*, s. 14.

¹³⁹ Srov. VÁVROVÁ, H., Akciové společnosti a příspěvkové organizace ve zdravotnictví, *Ekonomika a management*, <<http://www.ekonomikaamanagement.cz/cz/clanek-akciovce-spolecnosti-a-prispevkove-organizace-ve-zdravotnictvi.html>>.

¹⁴⁰ Srov. DVOŘÁČEK, P., aj., Slovník A-Ž, *Nový akademický slovník cizích slov, A-Ž*, s. 51-52.

¹⁴¹ Srov. SYNEK, M., *Ekonomická analýza*, s. 7.

druzí v širěji se vstupem neúčtních zdrojů z manažerského účetnictví (Sůvová, Kovanicová atd.).¹⁴² Sleduje vývoj finanční stability, pracuje s kvantitativními veličinami a konfrontuje je s doporučenými hodnotami. Dále určuje problémové oblasti se stanovením cílů a opatření ke zlepšení situace a poznáním slabých a silných stránek subjektu. Základní nástroj finanční analýzy je výpočet a interpretace finančních poměrových ukazatelů. K celkové představě o postavení subjektu se váže i obecnější popis jeho ekonomické situace,¹⁴³ hodnocení *finanční zdraví*, které vypovídá o jejich důvěryhodnosti a spolehlivosti.¹⁴⁴ Finanční analýza je jednou z kontrolovaných složek, kterou sleduje externí a interní audit.¹⁴⁵ Sůvová vymezila čtyři oblasti finanční analýzy na: *obsah* s rozбором a hodnocením dat z účetních výkazů, dále *časové hledisko* (analýza současné situace a odhad budoucí), *vypovídací hodnotu* pro různé uživatele (manažeri, obchodní partneři, zaměstnanci atd.) a *objekt* v podobě hospodaření subjektu.¹⁴⁶ Zpracování finanční analýzy ovlivňuje postoj uživatele, zda je interní (např. vlastník), či externí (navíc informace o společnosti jako takové, např. předmět zájmu, strategie). Výsledky vybraných položek finanční analýzy se porovnávají s jinými subjekty, nejčastěji v čase, nebo s určeným plánem a normou.¹⁴⁷ Brabec zdůrazňuje, že správně provedená finanční analýza má určitou kvalitu výpovědní hodnoty, kterou ovlivňuje: účel s požadavky uživatelů, výběr metody, sběr dat a jejich srovnatelnost, interpretace výsledků s ohledem na ekonomickou realitu.¹⁴⁸ Analýza je hlavním zájmem *finančního účetnictví*,¹⁴⁹ které poskytuje věrohodné informace o finanční situaci a hospodaření subjektu s cílem vytvořit reálné finanční výkazy pro uživatele. V Evropě oproti Spojeným státům se do něho promítá daňové účetnictví ovlivňující zisk tak, že při aplikaci daňových zákonů u ziskových subjektů je

¹⁴² Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 14-15.

¹⁴³ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 11-12 a 17.

¹⁴⁴ Srov. GRÜNWARD, R., a HOLEČKOVÁ, J., *Finanční analýza*, Finanční analýza a plánování podniku, s. 23.

¹⁴⁵ Srov. DVOŘÁČEK, J., Dvořáček, Moderní pojetí interního auditu, *Interní audit a kontrola*, s. 2.

¹⁴⁶ Srov. SŮVOVÁ, H., aj., *Finanční analýza v řízení podniku, v bance a na počítači*, s. 15.

¹⁴⁷ Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 59-63.

¹⁴⁸ Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 30.

¹⁴⁹ Srov. PETŘÍK, T., Úvod do manažerského účetnictví (MA) a firemního řízení, *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*, s. 27-29.

ve ztrátě. Informace z finančního účetnictví využívá *manažerské účetnictví* (cílené na informace o nákladech),¹⁵⁰ které je důležité pro vnitřní uživatele (k odhadu trhu, politická a celospolečenská rizika atd.).¹⁵¹

S rozvojem informační technologie souvisí ekonomická spolupráce, např. srovnatelnost dat, v Evropě např. podle Mezinárodních standardů účetního výkaznictví (IFRS, tzv. standardizace účetního výkaznictví). Legislativa České republiky komplikuje jejich zavedení. Tvoří se paralelní standardy české účetní legislativy (zákon o účetnictví č. 563/1991 Sb.). Paseková upozorňuje na odlišnost hodnoty ukazatelů finanční analýzy podle českých a mezinárodních standardů. Pro svou administrativní nákladnost se IFRS vyplatí jen velkým subjektům.¹⁵²

1.3.1 Metody finanční analýzy

Vývoj metod v oblasti finanční analýzy ovlivňuje pokrok v informačních technologiích. Nejčastěji se uvádí rozdělení finanční analýzy na fundamentální (hlavně z kvalitativních údajů) a technickou (kvantitativní data dle algoritmů s pomocí výpočetní techniky).¹⁵³ *Metody finanční analýzy* vychází z analýzy (stavových) absolutních, procentních, rozdílových a tokových, poměrových finančních ukazatelů a analýzou soustav ukazatelů,¹⁵⁴ souhrnných ukazatelů hospodaření, přístupy matematicko-statistických metod.¹⁵⁵ Jsou to metody indexové analýzy, analýzy trendů (horizontální a trendová), procentního rozboru společné báze (vertikální: celková aktiva, vlatní jmění, závazky či celkové náklady a výnosy), rozbor finančních fondů.¹⁵⁶

¹⁵⁰ Srov. KRÁL, B., aj., Základní pojmy a kritéria manažerského účetnictví, *Manažerské účetnictví Management Press*, s. 36.

¹⁵¹ Srov. PETŘÍK, T., Úvod do manažerského účetnictví (MA) a firemního řízení, *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*, s. 27-29.

¹⁵² IFRS, „International Financial Reporting Standards“ k porovnání účetních výkazů, např. rozvaha, výkaz zisku a ztráty. Srov. PASEKOVÁ, M., *Komparace metodologie účetních systémů a jejich praktických aplikací*, s. 3-7.

¹⁵³ Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypořádací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 20.

¹⁵⁴ Srov. PETŘÍK, T., Měření a hodnocení výkonnosti firmy (Performance appraisal), *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*, s. 261.

¹⁵⁵ Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 59.

¹⁵⁶ Srov. PETŘÍK, T., Měření a hodnocení výkonnosti firmy (Performance appraisal), *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*, s. 261.

Často se využívá při analýze stavových a tokových ukazatelů analýza trendů: *horizontální* (porovnání změn položek jednotlivých výkazů v časové posloupnosti, vypočte se absolutní výše změn a její procentuální vyjádření k výchozímu roku) a *vertikální* (procentní složení položek rozvahy, zvolí se jedna položka rovna 100%, k ní se hodnotí ostatní položky jako procentní podíl).¹⁵⁷ Z časového pohledu je finanční *analýza statická* (data k určitému časovému okamžiku) a *dynamická* (několik časových období za sebou). Dalším hlediskem je zaměření na jeden subjekt (individuální), či více (průřezová, skupina srovnatelných subjektů).¹⁵⁸

V souvislosti s horizontální a vertikální analýzou se uvádí i čtyři tzv. zlatá pravidla, doporučení k zajištění dlouhodobé finanční rovnováhy: zlaté bilanční pravidlo, pravidlo vyrovnání rizika, zlaté pari pravidlo a zlaté poměrové pravidlo.¹⁵⁹

Brabec připomíná, že názory uváděné odbornou literaturou nepřijímají univerzální metodu splňující všechny požadavky uživatelů pro rozhodování, proto je vhodnější kombinovat více metod orientovaných na klíčové oblasti.¹⁶⁰

1.3.2 Zdroje informací k tvorbě finanční analýzy

Odborná literatura se liší ve způsobech třídění zdrojů dat (podle charakteru finanční a nefinanční, podle možnosti kvantifikace kvantifikované a nekvantifikované atd). Převládá názor, že prvotní zdroj finanční analýzy pro analytika a investora jsou účetní výkazy ve formě tzv. výročních zpráv: rozvahy (balance) a výkazu zisků a ztrát (výsledovky), oba dva zdroje mají i své slabé stránky.¹⁶¹ Zohlednění inflace působí negativně na růst subjektu.¹⁶² Pokud chci hodnotit finanční zdraví společnosti,

¹⁵⁷ Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 59 a 66. Ekonomické ukazatele a indexními čísla viz STUTELY, R., Základní techniky, *Průvodce ekonomickými ukazateli: jak porozumět ekonomii*, s. 21-36.

¹⁵⁸ Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 20-21.

¹⁵⁹ Srov. VOCHOZKA, M., Finanční analýza, *Metody komplexního hodnocení podniku*, s. 21.

¹⁶⁰ Srov. BRABEC, Z., Klíčové aspekty finanční analýzy, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 20-22.

¹⁶¹ Srov. BRABEC, Z., Zdroje dat pro finanční analýzu, *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*, s. 36. Dále srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 11-28.

¹⁶² Srov. HIGGINS, R. C., Řízení růstu, *Analýza pro finanční management*, s. 153.

vycházím z rozvahy, výsledovky a výkazu cash flow (peněžního toku).¹⁶³

Výroční zpráva obsahuje i komentář se zprávou managementu akcionářům o předpovědi běžného roku atd. Blaha a Jindřichovská připomínají, že rozsah informací ve výročních zprávách u jednotlivých subjektů je odlišný,¹⁶⁴ trvá obecně u některých případů stále (obzvlášť ve zdravotnictví). Zpráva sestavená podle Mezinárodních standardů účetnictví (IFRS) má jiný účel než podle českých norem. Zaměřuje se prioritně na poskytování informací pro ekonomické rozhodování akcionářů a investorů, závěrky se liší výběrem a rozsahem uveřejněných informací.¹⁶⁵

Rozvaha (balance) znázorňuje finanční situaci (stav majetku, závazků k určitému datu, většinou k poslednímu dni finančního roku), kdy na levé straně jsou aktiva společnosti (jmění) a co dluží jiné ekonomické subjekty, pohledávky atd. Na pravé straně je rozpis způsobu financování aktiv: pasiva, dluhy k jiným ekonomickým subjektům ve formě závazků, bankovních půjček, dále vlastní jmění.¹⁶⁶ Platí, že vlastní jmění je rozdílem aktiv a pasiv společnosti, celková aktiva se rovnají součtu celkových pasiv a vlastního jmění. Rozvaha vykazuje stav majetku bez viditelnosti toku peněz v subjektu během určitého období (finanční rok) s účtem zisků a ztrát. Nezachytí přesně současnou hodnotu subjektu (aktiv a pasiv), určování realistické hodnoty některých položek se odhaduje (pohledávky, zásoby, stálá aktiva), nezobrazují se položky s potížemi určit jejich hodnotu (zkušenosti a kvalifikace¹⁶⁷ u lidských zdrojů).¹⁶⁸

Účet zisků a ztrát (výsledovka) dává představu o nákladech (kolik se vydalo za určité období na materiál, platy) a výnosech, kolik naopak je např. zisk ze služeb. *Rozdíl mezi výnosy a náklady* se označuje jako zisk nebo ztráta za běžné finanční období. Poslední část výkazu uvádí, zda byl čistý zisk rozdělen mezi společnost (nerozdělený zisk) a její akcionáře (dividendy). Čistý zisk se nerovná čisté hotovosti za dané účetní období a není to skutečný hotovostní příjem. *Náklady* v daném období jsou všechny výdaje, ale platy/mzdy. Některé náklady nejsou hotovostní výdaj (odpisy se při výpočtu čistého zisku odečítají). Pro studium vývoje situace financí jsou nutné

¹⁶³ Srov. tamtéž, Hodnocení finančního zdraví firmy, s. 20.

¹⁶⁴ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 18 a 26-27.

¹⁶⁵ Srov. PASEKOVÁ, M., *Komparace metodologie účetních systémů a jejich praktických aplikací*, s. 3 a 6-7.

¹⁶⁶ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 21.

¹⁶⁷ Klíčové oblasti v oborech pomáhajících profesí jako je např. zdravotnictví a školství, kde kvalita služby, péče i přes dané standardy se odvíjí od lidského faktoru (jeho schopnosti profesionality).

¹⁶⁸ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 11 a 19.

údaje alespoň ze dvou časových období. Výkazy se upravují pro poměrovou analýzu.¹⁶⁹ Jejich význam ocení investoři, management a finanční řízení, kteří sledují zisk (rozdíl výnosů a nákladů) i cash flow (stav reálných toků peněz a jejich množství), který závisí na příjmech a výdajích.¹⁷⁰ I přes ziskovost může být subjekt ve finančních potížích z nedostatku financí.¹⁷¹

1.3.3 Finanční a nefinanční ukazatele

Ukazatel je v odborné literatuře další nejednoznačný pojem, existují dvě pojetí: ukazatel a údaj jsou synonyma, či je to obecné označení určitého jevu, který má číselnou velikost, která tvoří jeho hodnotu (v měřících jednotkách: peněžní, fyzikální, naturální, časové), proto tyto údaje jsou srovnatelné.¹⁷² Ukazatelé jsou podstatné pro rozhodování v oblasti řízení a jsou často mezi nimi složité vazby.¹⁷³ Tvorba *ekonomických ukazatelů* (HDP,¹⁷⁴ fiskální ukazatele atp.) pomáhá při rozhodnutí o zhodnocení investic, porovnání subjektů a jejich výrobků, stavu ekonomiky dané země a srovnání s jinými zeměmi a vytvoření prognóz. Stutely připomíná, že při jejich čtení a interpretaci se musí zohlednit manipulace s čísly.¹⁷⁵ Ukazatele pro danou oblast mohou být *univerzální* (průběžná doba trvání procesu a jeho celkové náklady), či *speciální* (celková efektivnost, obrátkovost materiálu).¹⁷⁶ *Absolutní ukazatelé* vyjadřují samostatný nezávislý jev (vlastní kapitál), *relativní* (poměrové) ukazatele znázorňují korelaci dvou různých jevů (dvou absolutních ukazatelů primárních a z nich vypočtených sekundárních), kdy se měří velikost jednoho jevu vzhledem k jevu druhému, např. rentabilita kapitálu. Dalším tříděním je na ukazatele *naturální a peněžní; věcné, prostorové a časové; intervalové a okamžikové; kvalitativní a*

¹⁶⁹ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 19, s. 26 a 28-31.

¹⁷⁰ Srov. HIGGINS, R. C., *Hodnocení finančního zdraví firmy, Analýza pro finanční management*, s. 45.

¹⁷¹ Srov. SYNEK, M., aj., *Manažerská ekonomika*, s. 344.

¹⁷² Srov. SYNEK, M., *Ekonomická analýza*, s. 11-12 a 33.

¹⁷³ Srov. GLADKIJ, I. Gladkij, Ivan, aj., *Ukazatelé jako nositelé informace, Management ve zdravotnictví*, s. 251.

¹⁷⁴ Podrobněji viz ČSÚ, *Hrubý domácí produkt (HDP) – Metodika*,

<[¹⁷⁵ Srov. STUTELY, R., *Interpretujeme ekonomické ukazatele, Průvodce ekonomickými ukazateli: jak porozumět ekonomii*, s.11-12.](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produk_t_(hdp)>.</p></div><div data-bbox=)

¹⁷⁶ Srov. NENADÁL, J., VYKYDAL, D., a HALFAROVÁ, P., *Benchmarking Mýty a skutečnost. Model efektivního učení a zlepšování*, s. 95-98.

kvantitativní.¹⁷⁷ Hodnoty ukazatelů porovnávám v čase, prostoru, s daným plánem atd. Ekonomická analýza pracuje s celým systémem ukazatelů pro určení, zda subjekt směřuje k bankrotu.¹⁷⁸ Všechny ekonomické ukazatele nelze zcela aplikovat na poskytovatele zdravotních služeb s ovlivněním formou ekonomického subjektu (např. a. s., příspěvková organizace), proto se věnuji základním. Výkonnost se může měřit pomocí vybraných finančních a nefinančních ukazatelů (míra spokojenosti klientů, zaměstnanců apod.).¹⁷⁹

1.3.4 Vybrané ukazatele finanční analýzy

Většina ukazatelů finanční analýzy slouží k podrobnějšímu popisu soukromých než mnou uvedených státních subjektů. Hammer poznamenává, že finanční ukazatelé¹⁸⁰ jsou jen malá část z informací o ekonomickém subjektu. Ukazatel má mít vlastnosti jako je objektivita, přesnost, aktuálnost, snadná spočitatelnost atd.¹⁸¹ Ke zkreslení dochází i nelegálními účetními změnami, tzv. *kreativního účetnictví*.¹⁸² Finanční situace subjektu nemusí být v korelaci se zlepšováním poměrových ukazatelů.¹⁸³ Ukazatele se dělí na jednoduché a poměrové (poměrné).¹⁸⁴ Mezi *jednoduché ukazatele* patří např. *likvidita*, tj. schopnost krátkodobé solventnosti (splatit včas závazky), jejím kdy *pracovní kapitál se rovná rozdílu oběžných aktiv a krátkodobým závazkům*, měřítkem je pracovní kapitál, který zajistí finanční rezervu (část oběžných aktiv financovaných dlouhodobými zdroji financí vlastním či cizím zdrojem, „finanční polštář“). Vývoj zajímá management a krátkodobé věřitele (banky a

¹⁷⁷ Srov. SYNEK, M., *Ekonomická analýza*, s. 12.

¹⁷⁸ Změnu hodnoty ukazatele k např. časovému období tvoří *index* (poměr), bezrozměrné číslo: kolikrát/o kolik procent je větší/ menší hodnota oproti druhé. *Rozdil* (absolutní) ukazuje změnu. Indexy a rozdíly jsou používanými nástroji analýzy. Srov. SYNEK, M., *Ekonomická analýza*, s. 11-17.

¹⁷⁹ Srov. LUKÁŠOVÁ, R., *Organizační kultura a její změna*, s. 73.

¹⁸⁰ Ukazatelé se označují zkratkami anglických názvů, např. „ROS, return of sales“. Rentabilita tržeb. Jejich aplikace na poměry poskytovatelů zpracovává např. Mynář. Srov. MYNÁŘ, M., *Ekonomika ve zdravotnických zařízeních*.

¹⁸¹ Srov. HAMMER, M., *Agenda 21: co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*, s. 108 a 125.

¹⁸² Srov. PETŘÍK, T., Měření a hodnocení výkonnosti firmy (Performance appraisal), *Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*, s. 230.

¹⁸³ Srov. GRÜN WALD, R., a HOLEČKOVÁ, J., *Finanční analýza*, Finanční analýza a plánování podniku, s. 58.

¹⁸⁴ Srov. PAPEŠ, ZD., a ULRICH, M., Měření efektů a efektivnosti, *Zdravotnická ekonomika (úvod)*, s. 69-71.

dodavatele). Relativní velikost pracovního kapitálu v poměru k celkovým aktivům je ukazatel bezpečnosti (krátkodobé solventnosti).¹⁸⁵ Dalším ukazatelem je peněžní tok, tzv. „cash flow“, skutečný pohyb financí, ze strany investora očekávaný příjem z nějaké investice, z pohledu managementu plán budoucího pohybu peněžních fondů v čase, či rekapitulace minulého pohybu peněz. Čistý cash flow pomáhá řídit likviditu subjektu, časovanost vstupu kapitálu, investici nerozděleného zisku do expanze, řízení výplaty dividend a řízení struktury investovaného kapitálu.¹⁸⁶

K poměrovým, poměrným ukazatelům náleží: rentabilita, míra zisku se rovná podílu zisku ku kapitálu (násobeno stem u procentuálního vyjádření), lze v poměru vyjádřit jako rentabilitu celkového, vlastního, či dlouhodobého kapitálu, rentabilitu tržeb, nákladů,¹⁸⁷ nákladová rentabilita, podíl zisku a nákladů násobeno stem (v %).

Dále např. *produktivita práce* = výkon na jednoho pracovníka, rychlost obratu kapitálu = vztah výkonu k zásobám, *stupeň likvidity* = vztah pohotových oběžných prostředků ke krátkodobým dluhům, *efektivnost investic* = vztah zisku k investičním nákladům, *návratnost investic* = doba, za níž se vrátí investované prostředky atd.

Poměrové ukazatele ve skupině tvoří charakteristiku sledovaného ekonomického činitele, dělení do skupin podle toho, na jakou část hospodaření se vztahují a z jakých údajů vychází. Vypočtené hodnoty se mohou srovnávat s oborovým průměrem.¹⁸⁸

Mezinárodní standardy IFRS člení finanční poměrné ukazatele do tří oblastí:

1. *Provozní*: finanční výkonnost s tvorbou zisku, výnosnosti a obratu kapitálu, údaje důležité pro plánování.
2. *Finanční struktura a solventnost*: schopnost dostát krátkodobým a dlouhodobým závazkům (solventnost), výkonnost a efektivnost pracovního kapitálu se závislou provozní aktivitou a tvorbou hotovosti.
3. *Investiční*: ukazatelé měří a vypovídají o atraktivitě pro investory, např. poměr ceny akcie k výdělkům na akcii, čisté dividendy na akcii atd.¹⁸⁹

¹⁸⁵ Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 41-44.

¹⁸⁶ Srov. tamtéž, s. 44-45.

¹⁸⁷ Srov. DVOŘÁČEK, J., *Audit vlastní finanční situace, Interní audit a kontrola*, s. 156-157.

¹⁸⁸ Srov. Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 55-75. Dále srov. GLADKIJ, I. aj., *Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma a Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení), Management ve zdravotnictví*, s. 127-151.

¹⁸⁹ Srov. PETŘÍK, T., *Měření a hodnocení výkonnosti firmy (Performance appraisal), Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi*, s. 225.

Papeš a Ulrich¹⁹⁰ rozdělují ukazatele do čtyř oblastí ve vztahu k finančnímu zdraví (stabilita, likvidita, aktivita a rentabilita). Jindřichovská a Blaha je podrobněji rozlišují do pěti kategorií a při aplikaci dělení IFRS patří do provozní oblasti ukazatele první kategorie, do třetí investiční spadá kategorie pátá a ostatní náleží k druhé:

1. *Ukazatele ziskovosti, profitability, rentability: vliv likvidity, řízení aktiv, řízení dluhu na zisk subjektu, ukazuje zisk na korunu obratu v haléřích, hodnota pod oborovým průměrem znamená, že ceny výrobků jsou nízké, nebo náklady vysoké, či obojí. Pro frekventované použití náleží do této oblasti i ukazatele produktivity:*¹⁹¹ *např. podíl oběžných aktiv k celkovým tržbám.*
2. *Ukazatele likvidity: vztah mezi oběžnými aktivy a krátkodobými pasivy, schopnost splatit včas závazky, krátkodobá solventnost, tzn. když se promění aktiva v hotovost, vliv struktury zásob a pohledávek: ukazatel běžné likvidity, běžný test, podíl oběžných aktiv ke krátkodobým závazkům. Pro okamžitou schopnost dostat závazkům slouží rychlý test, kdy se rozdíl oběžných aktiv a zásob pokrátí krátkodobými závazky. Velký rozdíl je u sezónních zásob.*
3. *Ukazatele řízení aktiv: efektivnost s jakou jsou řízena aktiva, přiměřenost aktiv k hospodářským aktivitám. Slabiny ukazatele je uvádění tržeb v tržní hodnotě, zásoby v nákladových cenách, pak dochází k nadhodnocení obrátky, druhým problémem je časovost, tržby za celý rok a zásoby jsou k jednomu okamžiku. Např. obrátka zásob, podíl tržeb k zásobám. Pokud je průměrná doba splatnosti pohledávek delší než platební podmínka, pak neplatí obchodní partneři účty včas. Obrat celkových aktiv měří obrat, intenzitu použití celkových aktiv, má různou vypovídací schopnost, pokud je proti oborovému průměru nízký, je nutné zvýšit tržby či odprodat aktiva: obrat celkových aktiv, podíl tržeb k celkovým aktivům.*
4. *Ukazatele řízení dluhu: rozsah, v jakém je financování cizími zdroji, schopnost pokrýt dlužní závazky, finanční páku ovlivní riziko a i výnosnost společnosti. Uvádím např. ukazatel zadluženosti, podíl pasiv na celková aktiva, v %, měl by být nízký. Dále dluh na vlastní jmění, podíl pasiv k vlastnímu jmění.*
5. *Ukazatele tržní hodnoty: obraz reálného ocenění společnosti.*¹⁹²

¹⁹⁰ Srov. PAPEŠ, ZD., a ULRICH, M., Měření efektů a efektivnosti, *Zdravotnická ekonomika (úvod)*, s. 69-71.

¹⁹¹ Srov. GLADKIJ, I. aj., Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma a Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení), *Management ve zdravotnictví*, s. 127-151.

¹⁹² Srov. BLAHA, Z. S., a JINDŘICHOVSKÁ, I., *Jak posoudit finanční zdraví firmy*, s. 55-75.

1.3.5 Ukazatele poskytovatelů zdravotní péče

Pro analýzu provozně-ekonomické efektivity vyhovují nejlépe ukazatelé v časové řadě: např. průměrná délka ošetrovací doby ve dnech, počet obsazených lůžek na lékaře, přepočtené náklady a výnosy na určenou agregovanou jednotku atd,¹⁹³ jejich srovnatelnost je často obtížná.¹⁹⁴ Ukazatelé se srovnávají mezinárodně pro hledání podnětů ke změně.¹⁹⁵

Nejčastější objektivní ekonomicko-zdravotnické ukazatele zjistím ve statistických přehledech a výročních zprávách subjektů: např. celkový počet hospitalizací za rok, poměr nákladů a výnosů na jednu hospitalizaci (v tisících Kč), obloženost (v %), ošetrovací doba (na lůžko/den). *Kombinaci paralelních vlivů ekonomických* (náklady na hospitalizaci, lékaře, ostatní pracovníky) *a medicínských* (počet lékařů, lůžek, hospitalizovaných atd.) znázorňuje Papešův systém, tzv. „*Domorazský motýl*“.¹⁹⁶ Ostatní ukazatelé se sbírají např. zjišťováním spokojenosti pacientů¹⁹⁷ a mohou sloužit jako kritérium kvality péče.¹⁹⁸ Spokojenost klienta a možnost jeho volby je jednou z podmínek volného trhu zdravotních služeb¹⁹⁹ (systém akreditace).²⁰⁰ Důvod veřejného zájmu je etický, legislativní a ekonomický (nižší náklady, rychlejší léčba, kratší pracovní neschopnost).²⁰¹ Zmíním např. projekt MZ ČR s názvem Kvalita očima pacientů s výsledky, že nemocní preferují bezpečnost (např.

¹⁹³ Srov. GLADKIJ, I. aj., Ukazatele jako nositelé informace, *Management ve zdravotnictví*, s. 251-257.

¹⁹⁴ Srov. GLADKIJ, I. aj., Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma a Ekonomika zdravotnické instituce (zařízení), tamtéž, s. 127-151.

¹⁹⁵ Srov. PAPEŠ, Z., a ULRICH, M., Zdravotnické služby, *Zdravotnická ekonomika (Úvod)*, s. 40-41.

¹⁹⁶ Srov. Měření efektů a efektivnosti, tamtéž, s. 75.

¹⁹⁷ Srov. GLADKIJ, I., HEGER, L., a STRNAD, L., *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 127.

¹⁹⁸ Srov. WAN, T. T. H., Koncepty a principy vyhodnocovacího výzkumu, *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče: integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*, s. 182.

¹⁹⁹ Srov. EXNER, L., RAITER, T., a STEJSKALOVÁ, D., Kvalita zdravotní péče očima pacientů, *Strategický marketing zdravotnických zařízení*, s. 135.

²⁰⁰ Srov. BÁRTLOVÁ, S., a HNILICOVÁ, H., Zjišťování spokojenosti pacientů, Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů, s. 64.

²⁰¹ Srov. ŠNAJDR, M., *Spokojenost pacientů: nedílná součást informací o kvalitě zdravotních služeb, Spokojenost pacientů: nedílná součást informací o kvalitě zdravotních služeb*, http://www.hodnoceninemocnic.cz/download/01_Snajdr_MZ_Spokojenost_pacientu_soucast_informaci_o_kvalite.pdf.

prevence pádů), stravu a zájem personálu (komunikace). Spokojenost ovlivňuje subjektivita, která je větší než reálné hodnocení poskytnuté služby po medicínské stránce.²⁰²

Trh s lidskými zdroji ovlivní i spokojenost zaměstnanců. Z výzkumu spokojenosti zaměstnanců nemocnic vyplývá spokojenost s podporou školení a využití kvalifikace, postrádání benefitů, kritika hospodárnosti provozu, potřeba vyššího počtu pracovníků (nedostatek ohrozí kvalitu a bezpečnost péče)²⁰³ a požadavek redukce administrativy. Faktory spokojenosti, finančního zdraví a efektivity zkoumá nezisková organizace HealthCare Institute.²⁰⁴

²⁰² Srov. NEMOCNICE NA HOMOLCE, Kvalita a bezpečnost v roce 2010, *Výroční zpráva 2010*, s. 90, <http://www.homolka.cz/public/data/data/vz_2010_cz.pdf>.

²⁰³ Srov. PLEVOVÁ, I., Management v ošetrovatelství, *Management v ošetrovatelství*, 39.

²⁰⁴ Srov. HEALTHCARE INSTITUT, Žebříček českých nemocnic pro r. 2011.

<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2011/zebricek-ceskych-nemocnic_2011-TZ-final.pdf>.

II. APLIKAČNÍ ČÁST

2 CHARAKTERISTIKA A ČINNOST KARDIOCENTRA

V šedesátých letech minulého století se objevuje epidemiologie kardiovaskulárních chorob (hypertenze, ischemická choroba srdeční, atp.) a rozvíjí se jejich léčba (příl. 1) v oboru kardiochirurgie (zavedení mimotělního oběhu)²⁰⁵ a v sedmdesátých letech i koronární chirurgie. Vývoj medicíny a stoupající počet nemocných navodil potřebu vytvořit centrum se specializovanými službami na choroby srdce a cév. Koncentrace péče zkrátila čas u diagnostiky i léčby (dříve častá úmrtí) a umožnila návaznost péče od kardiologického zásahu ke kardiochirurgickému.²⁰⁶ Výsledky průzkumů potvrzují nižší úmrtnost v centrech na kardiovaskulární choroby. Rozdíl v ČR mezi centrem a nemocnicí je 11-16%.²⁰⁷ Koronární jednotky spolu s ostatními strategiemi léčby (farmaka, intervenční terapie, sekundární prevence) redukovaly mortalitu na akutní infarkt v sedmdesátých letech minulého století z dřívějších 25 % na přibližně 6-7 % v roce 2000.²⁰⁸

Pracoviště se základem spojení péče hlavně těchto dvou lékařských oborů (kardiologie a kardiochirurgie), se pojmenovalo na „*kardiocentrum*“.²⁰⁹ Od centralizace péče se očekává efektivní a účelné vynakládání finančních zdrojů.²¹⁰

²⁰⁵ Srov. CKCHT, 50. výročí první operace srdce za použití mimotělního krevního oběhu v Československu, <<http://www.ckcht.cz/index.php/tiskovy-servis/22-50-vyroci-prvni-operace-srdce-za-pouiti-mimotlniho-krevniho-obhu-v-sr-5-ii-1958->>.

²⁰⁶ Srov. NEMOCNICE NA HOMOLCE, Robotické operace srdce, <<http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/kardiocentrum/kardiochirurgie/co-lecime-jake-vykony-provadime/roboticke-operace-srdce.html>>.

²⁰⁷ Srov. SVOBODOVÁ, M., Do kardiocenter putují další stamiliony, *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN*, 2010, č. 15, s. 1, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/do-kardiocenter-putuji-dalsi-stamiliony-451010>>.

²⁰⁸ Kelly uvádí data ze studie Vilella, A., a Maggioniho AP. et al. Srov. KELLY, D. T., Cardiovascular medicine at the turn of the millenium, *Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium*, p. D 68 – 69.

²⁰⁹ Kardiocentrum, či Kardiocentrum (např. IKEM). Srov. ŠAMÁNEK, M., Vývoj a perspektivy dětské kardiologie u nás, *Sanquis*, 2010, č. 82, s. 64, <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art3220>>.

²¹⁰ Srov. MZ ČR, *Věstník*, č. 5., s. 2-10, <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>.

2.1 Kardiocentrum

Pojmem *kardiocentrum* (v anglickém jazyce existuje více pojmů: *heart (cardiac, cardiovascular) centre, center*, či institut, ústav *institute*)²¹¹ označíme poskytovatele specializované zdravotní péče a služby (dříve instituci/zařízení) s orientací na léčbu chorob srdce, cév a krevního oběhu,²¹² ale i výzkum, prevenci, diagnostiku a rehabilitaci.²¹³ V současné době je optimální propojení samostatných pracovišť kardiologie, kardiochirurgie, oddělení cévní chirurgie a kardioanesteziologického oddělení,²¹⁴ případně i preventivní kardiologie.²¹⁵ Kardiocentrum je akreditované pracoviště s kvalitními službami v daném oboru (v ČR komplexní kardiovaskulární centrum pro nákladné případy a kardiovaskulární centrum bez kardiochirurgie).²¹⁶ Ve Spojených státech se posuzuje navíc i nejvyšší kvalita poskytované kardiovaskulární péče nezávislou organizací složenou z odborníků, tzv. „Akreditace kardiovaskulární dokonalosti, Accreditation for Cardiovascular Excellence, ACE“.²¹⁷ V kardiocentrech se pravidelně hodnotí zvyšování kvality péče s ohledem na práva pacientů a jejich blízkých včetně snižování rizik a zajišťování bezpečnosti prostředí (nozokomiální infekce, pády, léková záměna).²¹⁸

Koncepce kardiocentra se ve světě mírně liší spektrem péče, velikostí, dostupností (vzdálenost²¹⁹, spádovost pro obyvatele, finanční dostupnost). Pro všechna je základem kardiologická péče včetně prevence, angiologie, intervenční radiologie, anesteziologie a resuscitace, perfúziologie, laboratoře s výzkumem aterosklerózy,²²⁰

²¹¹ Viz např. The Cardiac Centre, <<http://www.cardiac-centre.com.au/>>.

²¹² Srov. DVOŘÁČEK, P., aj., *Slovník A-Ž, Nový akademický slovník cizích slov, A-Ž*, s. 392.

²¹³ Srov. *Slovník-cizích-slov.info*, <<http://slovník-cizich-slov.info/kardiocentrum>>.

²¹⁴ Viz např. NEMOCNICE NA HOMOLCE, Profil Nemocnice Na Homolce, *Výroční zpráva 2010*, s. 9, <http://www.homolka.cz/public/data/data/vz_2010_cz.pdf>.

²¹⁵ Srov. IKEM, Výsledky činnosti Kardiocentra, *Výroční zpráva*, s. 14, <<http://www.ikem.cz/www?docid=1001077>>.

²¹⁶ Srov. MZČR, *Ministerstvo zdravotnictví zařadilo Pardubickou krajskou nemocnici do sítě komplexních center kardiovaskulární péče*, <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zaradilo-pardubickou-krajskou-nemocnici-do-site-kompl_6259_1.html>.

²¹⁷ Srov. ČKS, *Seznam akreditovaných zařízení*, <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&id=77>>.

Dále srov. ACE, *About Accreditation for Cardiovascular Excellence*, <<http://www.cvexcel.org/About.aspx>>.

²¹⁸ Srov. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 9.

²¹⁹ O čekacích dobách v ČR viz Portál čekací doby.cz, <<http://www.cekacidoby.cz/index.php?p=o-projektu>>.

²²⁰ Srov. IKEM, *Kdo jsme a co chceme*, <<http://www.ikem.cz/www?docid=3009>>.

případně doplněná kardiologickou a cévní chirurgií, a méně často i hrudní (výkony na dýchací a horní části zažívacího traktu), např. Kardiologické centrum v Liverpoolu. Při péči o nemocného je nutná spolupráce i dalších oborů jako je klinická biochemie, vnitřní lékařství, neurologie, mikrobiologie, rehabilitační a fyzikální lékařství, pediatrie atd.²²¹ V současné době je optimální propojení samostatných pracovišť kardiologie, kardiologie, oddělení cévní chirurgie a kardiologického oddělení,²²² případně i preventivní kardiologie.²²³

2.1.1 Charakteristika a náplň činnosti

Kardiologické centrum je akreditované pracoviště s kvalitními službami v daném oboru (v ČR komplexní kardiologické centrum pro nákladné případy a kardiologické centrum bez kardiologie).²²⁴ Ve Spojených státech se posuzuje navíc i nejvyšší kvalita poskytované kardiologické péče nezávislou organizací složenou z odborníků, tzv. „Akreditace kardiologické dokonalosti, Accreditation for Cardiovascular Excellence, ACE“.²²⁵ V kardiologických centrech se pravidelně hodnotí zvyšování kvality péče s ohledem na práva pacientů a jejich blízkých včetně snižování rizik a zajišťování bezpečnosti prostředí (nozokomiální infekce, pády, léková záměna).²²⁶

Koncepce kardiologického centra se ve světě mírně liší spektrem péče, velikostí, dostupností (vzdálenost²²⁷, spádovost pro obyvatele, finanční dostupnost). Pro všechna je základem kardiologická péče včetně prevence, angiologie, intervenční radiologie,

²²¹ Srov. MZČR, *Věstník*, 2009, č. 5., s. 2-10,

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>.

²²² Viz např. NEMOCNICE NA HOMOLCE, Profil Nemocnice Na Homolce, *Výroční zpráva 2010*, s. 9,

<http://www.homolka.cz/public/data/data/vz_2010_cz.pdf>.

²²³ Srov. IKEM, Výsledky činnosti Kardiologického centra, *Výroční zpráva*, s. 14,

<<http://www.ikem.cz/www?docid=1001077>>.

²²⁴ Srov. MZČR, *Ministerstvo zdravotnictví zařadilo Pardubickou krajskou nemocnici do sítě komplexních center kardiologické péče*, <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zaradilo-pardubickou-krajskou-nemocnici-do-site-kompl_6259_1.html>.

²²⁵ Srov. ČKS, *Seznam akreditovaných zařízení*, <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&id=77>>.

Dále srov. ACE, *About Accreditation for Cardiovascular Excellence*, <<http://www.cvexcel.org/About.aspx>>.

²²⁶ Srov. JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 9.

²²⁷ O čekacích dobách v ČR viz Portál čekací doby, <<http://www.cekacidoby.cz/index.php?p=o-projektu>>.

anesteziologie a resuscitace, perfúziologie, laboratoře s výzkumem aterosklerózy,²²⁸ případně doplněná kardiologickou a cévní chirurgií, a méně často i hrudní, např. Kardiohrudní centrum v Liverpoolu. Při péči o nemocného je nutná spolupráce i dalších oborů jako je klinická biochemie, vnitřní lékařství, neurologie, mikrobiologie, rehabilitační a fyzikální lékařství, pediatrie atd.²²⁹ V České republice zveřejňuje náležitosti pro získání statutu a seznam kardiocenter aktuální Věstník Ministerstva zdravotnictví²³⁰ inspirovaný Národním kardiiovaskulárním programem, který vychází ze standardů Evropské unie.²³¹ Na koncepci se podíleli členové zdravotních pojišťoven a odborných společností. Pracovní náplň kardiocenter v Evropě a ve Spojených státech je trochu odlišná. *Všechna jsou primárně závislá na dotaci z veřejných financí, podobně i základní dostupnost péče je daná podle státem podpořených činností* (např. státních zdravotních programů), jinak dle komerčního pojištění. Kardio (hrudní) centra stojí na třech pilířích: *prevenci* (s cílem ušetřit finance), *péči o nemocné a výzkumu* (např. provádí klinické a farmaceutické výzkumy), ve Spojených státech navíc i na roli ošetrovatelství v tomto oboru, v České republice spíše na počtu odborných výkonů, odborníků (více lékařů), prevence není tak protěžovaná.²³² Centra zvyšují podíl spolupráce (v rámci České republiky, Evropské unie, celosvětově) v oblasti vědy, výzkumu v rámci odborných společností, vzdělávání, např. Institut pro vzdělávání v kardiiovaskulární oblasti,²³³ Síť kardiiohrudní chirurgie, „the Cardiothoracic Surgery Network, The CTS Net“ za účelem propojení evropské a

²²⁸ Srov. IKEM, *Kdo jsme a co chceme*, <<http://www.ikem.cz/www?docid=3009>>.

²²⁹ Srov. MZČR, *Věstník*, 2009, č. 5., s. 2-10,

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>.

²³⁰ Viz např. MZČR, *Věstník*, č. 5., 2009, s. 2-10,

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>. Dále srov. MZČR, *Věstník*, 2012, č. 3, s. 23-24, <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c3/2012_6194_2510_11.html>.

²³¹ Srov. ČKS, *Národní kardiiovaskulární program*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

²³² Srov. DE OLIVIERA, C., aj., Economic analysis of Heart and Stroke Foundation of Ontario's Hypertension Management Initiative, *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 2012, b. č., s. 323-336, <<http://www.dovepress.com/economic-analysis-of-heart-and-stroke-foundation-of-ontario39s-hyperte-peer-reviewed-article-CEOR-recommendation1>>.

²³³ Cílem rychlá aplikace vědy do praxe, spolupracuje 10 center. Srov. SUBURBAN HOSPITAL, *Cardiac Care and the NIH Heart Center at Suburban Hospital*, <<https://www.suburbanhospital.org/documents/NIH-Heart-Center-FINAL.pdf>>, a dále viz Evropská kardiologická společnost atd., ERASMUS, MC, The Thoraxcenter, *The organization*, <<http://www.thoraxcentrum.nl/english/>>.

americké zkušenosti.²³⁴ Vytvoření společné databáze kardiovaskulárně nemocných v rámci EU,²³⁵ výměnných pracovních stáží,²³⁶ přesunu nemocných k adekvátní péči, propojení spolupráce zejména u transplantací, léčby vrozených srdečních vad atd. Zajímavým bodem strategického plánu montrealského institutu je preference partnerství vůči soukromému sektoru než konkurenční soupeření.²³⁷ Jedním z cílů kardiocenter je tvorba umělé náhrady srdce. Oficiální certifikaci na výkony spojené s umělým srdcem (tzv. umělé mechanické srdeční podpory)²³⁸ má jen několik center, např. Všeobecná nemocnice ve Vídni, německé kardiocentrum v Berlíně.²³⁹

2.2 Ekonomická problematika kardiocenter

Z perspektivy ekonomického odvětví náleží zdravotnictví do oblasti služeb, kde se přerozděluje soukromé a veřejné zdroje.²⁴⁰ Stále je nezodpovězená otázka míry podílu soukromých a veřejných zdrojů, podobně i mezi náklady a kvalitou péče (udržení nákladů na „dobré úrovni“ bez nepříznivého dopadu na kvalitu péče).²⁴¹

V současné době se provádí aplikace zdravotnických účtů pro mezinárodní srovnávání ekonomických výdajů v tomto odvětví.²⁴² Celkové výdaje v České republice na zdravotnictví v procentech hrubého domácího produktu byly v roce 2009

²³⁴ Srov. The Cardiothoracic Surgery Network, <<http://www.ctsnet.org/index.html>>.

²³⁵ Srov. The European Heart Network calls for a centralised CVC patients registry, <<http://www.ehnheart.org/publications/position-papers/publication/588-european-heart-network-calls-for-a-centralised-cvd-patients-registry.html>>.

²³⁶ Např. Společnost přátel německého berlínského kardiocentra. Srov. Society of friends of the DHZB e, V., <http://www.dhzb.de/about_us/society_of_friends_of_the_dhzb_ev/>.

²³⁷ Srov. INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL, *Plan stratégique 2010-2015*, <http://www.icm-mhi.org/files/pdf/Rapports_annuels/Plan_strategique_2010-2015.pdf>, s. 29.

²³⁸ Srov. Ocenění pro IKEM. *IKEM News – zpravodaj*, 2012, č. 6, s. 3.

²³⁹ Srov. SYNCARDIA SYSTEMS INC, *Syncardia Certified Centers*, <<http://www.syncardia.com/Medical-Professionals/syncardia-certified-centers.html>>

²⁴⁰ Srov. ČSÚ, Výdaje zdravotních pojišťoven, *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2000-2011*, <<http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13>>.

²⁴¹ Srov. FORSBERG, E., AXELSSON, R., a ARNETZ, B., Financial incentives in health care. The Impact of Performance-based reimbursement, *Health Policy*, 2001, č. 3, s. 246-252.

²⁴² Srov. ČSÚ, Úvod, <<http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13>>.

kolem 8 %, v roce 2011 pokles o necelé půl procenta (zhruba 289 miliard Kč), výdaje zdravotních pojišťoven mírně rostou (zhruba o 1 až 2 %), klesají výdaje veřejných rozpočtů.²⁴³

S výdaji na zdravotnictví na jednoho obyvatele patří naše republika v porovnání s ostatními zeměmi do spodní hranice průměru.²⁴⁴ Zdravotní pojišťovny hradí 75 % zdravotní péče, hlavní formou je veřejné zdravotní pojištění, z jejich údajů lze sestavit výdaje podle skupiny diagnóz MKN 10 na péči o nemocné, kde první místo zaujímají nemoci srdce a oběhového systému s rostoucím trendem (v meziročním srovnání se zvýšily o 21 %, problém rostoucích nákladů, kdy počet hospitalizovaných zhruba stagnuje), v roce 2010 zhruba 27 miliónů Kč (srov. tab. 1), následují novotvary (19 mil. Kč) a nemoci trávicí soustavy (13 mil. Kč). Od roku 2000 stoupají průměrné výdaje na jednoho pojištěnce o 93% u mužů a 77% u žen. V průměru jsou výdaje o 11% vyšší u žen (v roce 2010 21 738 Kč) než mužů (19 502 Kč).²⁴⁵ U plateb na regulační poplatky (recept, lékaře, pohotovost, hospitalizaci) v průměru platí více ženy (625 Kč na osobu za rok oproti 457 Kč u mužů).²⁴⁶

Tab. 1 Výdaje u nemocí srdce a oběhu v ČR v letech 2000-2011²⁴⁷

Období	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	Index 2010/ 2011 (%)	Průměr ročního růstu (%)
Nemoci srdce a oběhu	7 464	16 263	18 626	19 589	22 203	26 758	26 932	101	9

²⁴³ Srov. ČSÚ, Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví v zemích OECD, *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2000-2010*, <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012>, dále srov. POPOVIČ, I. , *Celkové výdaje na zdravotnictví 2007-2011*, <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>>.

²⁴⁴ Srov. ČSÚ, Zdravotnictví a sociální zabezpečení: vybrané ukazatele ze zdravotnictví, *Česká republika od roku 1989 v číslech*, <http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1301.pdf>.

²⁴⁵ Srov. ČSÚ, Výdaje zdravotních pojišťoven, *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2000-2011*, <<http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13>>.

²⁴⁶ Srov. tamtéž, Výdaje domácností na zdravotní péči, <[http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9981/\\$File/330612k4.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F9981/$File/330612k4.pdf)>.

²⁴⁷ Srov. ČSÚ, Výdaje zdravotních pojišťoven, *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2000-2011*, <<http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13>>.

Finanční náročnost poskytovaných úkonů v oboru nemoci srdce a cév jsou v nemalém procentu opakovány (např. reoperace), se zvyšuje s ohledem na používané technologie a vývoj medicíny. Rozdíly jsou celosvětové: patří do nich různé ohodnocení pracovníků, cena materiálu, komplexní služba nabízená nemocným v dalších činnostech jako jsou hotelové služby: pobyt a strava. Dalším faktorem je přesun zásahů od věkově mladší skupiny. Při celkovém populačním stárnutí stoupá procento populace starší 65 let²⁴⁸ a narůstá polymorbidita. Zvyšuje se počet zásahů do lidského zdraví do staršího věku, prodlužuje věku odchodu do důchodu, udržuj delší produktivita obyvatel v ČR zhruba směrem k sedmdesáti letům.²⁴⁹ Výkony se stávají u těchto jedinců komplikovanější, riskantnější (úmrtí po výkonech nad sedmdesát let věku exponenciálně stoupá)²⁵⁰ a návrat do předchozího života po nich je delší, i větší invalidita. Následkem je zvýšení nákladů na vynaloženou péči, která se snaží celosvětově uregulovat na přijatelnou dohodnutou míru. Věk sám o sobě není kontraindikací chirurgickým úkonům, svou roli hraje včasnost zásahu, kdy větší mortalitu způsobila pokročilost stádia nemoci.²⁵¹ Stoupají rovněž náklady na farmakoterapii, rehabilitaci a specifické intervence např. konzultace se sociálními službami a domácí péčí k usnadnění plánování propuštění a péče po propuštění z nemocnice. Kliniky srdečního selhání ve Spojených státech, které se věnují léčbě všech stádií srdečního selhání včetně transplantace, vykazují větší nákladovou efektivnost. Průměrná cena za pacienta sledovaného touto klinikou je zhruba 6000 dolarů oproti 7000 s péčí svého praktického lékaře. Mortalita je 10 % oproti 19 % mortalitě v rutinní péči. *Kalkulace, která zahrnuje např. primární a sekundární diagnózy srdečního selhání se odhadne lépe než celkový dopad přijatých pacientů s touto diagnózou.*²⁵² Operaci srdce (lze i srdeční retransplantace) lze kombinovat: srdce a plíce, srdce a ledviny, srdce a játra, srdce plíce, játra.²⁵³ Ze studií devadesátých

²⁴⁸ Srov. MARTIN, A., a CAMM, A., J., *Heart disease in the elderly*, s. 236.

²⁴⁹ Např. při naději na dožití pro ženy 80,7 let a pro muže 74,7 let za rok 2011 Srov. ČSÚ, Obyvatelstvo, *Česká republika v číslech 2012*, <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1409-12-r_2012>.

²⁵⁰ Srov. KIRKLIN, J. W., aj., Research related to surgery treatment of coronary artery disease, *Circulation*, č.7, s. 1613-1618.

²⁵¹ Srov. MARTIN, A., a CAMM, A., J., *Heart disease in the elderly*, s. 261.

²⁵² Srov. ROSE, E. A., a STEVENSON, L. W., *Management of End-Stage Heart Disease*, s. 10-11

²⁵³ Srov. KIRKLIN J. K., YOUNG, J. B., a MCGIFFIN, J. C., Survival after heart transplantation, *Heart transplantation. Medicine. Surgery. Immunology. Research*, s. 590.

let minulého století se pohybuje transplantace srdce zhruba kolem 40 tisíc dolarů (drahé jsou imunosupresivní léky po transplantaci), operace bypassu mezi deseti tisíci až 36 tisíci dolarů za případ. Operace srdce je léčba, kterou komerční společnost považuje za velmi drahou v poměru k počtu nemocných, kteří z toho mají užitek.²⁵⁴ *Některé státní programy Medicaid ve Spojených státech odmítají zaplatit transplantaci srdce s argumentem, že je v nejlepším zájmu veřejného zdraví nepoužít vzácné zdroje k zaplacení nákladných služeb zaměřených na transplantaci jen několika jedinců.* Naopak podporují programy s větším dopadem (např. preventivní programy pro matky a děti).²⁵⁵ Srdeční selhání postihuje více než 4 milióny obyvatel Spojených států a každý rok přibývá 400 000 nových případů,²⁵⁶ je hlavní příčinou hospitalizací, které jsou jednou z nejdražších složek zdravotní péče,²⁵⁷ transplantace srdce prokazatelně zvyšují kvalitu a trvání průběhu života u pokročilého srdečního selhání a to je také všeobecně nákladově efektivní oproti lékařské terapii.²⁵⁸ Přirozené limity dárce orgánu drží srdeční operace nákladově pod kontrolou, zatímco použití chronické mechanické podpory je daleko více problematická z perspektivy nákladů.²⁵⁹ Ve vyspělých zemích podstoupí implantaci finančně nákladné umělé srdeční podpory²⁶⁰ (2 mil. Kč) i lidé nesplňující limitace transplantace.²⁶¹

²⁵⁴ Srov. DRUMMOND, M. F. , Economic evaluation and rational diffusion and use of health technology, *Health Policy*, č. 3., s. 309-324, dále srov. EVANS, R. W., MANNINEN, D. L., a DONG, F. B., Costs, insurance coverage and reimbursement for heart transplantation, Final Report, 1991 In KIRKLIN J. K., YOUNG, J. B. , a MCGIFFIN, J. C., Resource allocation in heart transplantation, *Heart transplantation. Medicine. Surgery. Immunology. Research*, s. 846-858.

²⁵⁵ Srov. GOLDSMITH, M. F. Oregon pioneers „more ethical“ Medicaid coverage with priority setting project, *JAMA*, 1989, č. 2, s. 176-177, dále srov. KITZHABER, J., The Oregon health initiative, *The Lancet*, 1989, č. 8654, s. 106, dále srov. WELCH, H. G, a LARSON, E. B., Dealing with limited resources: The Oregon decision to curtail funding for organ transplantation, *N Engl J Med*, 1988, č. 3, s. 171-173.

²⁵⁶ Srov. American Heart Association: Heart and Stroke Facts, 1995. In KIRKLIN J. K., YOUNG, J. B. , a MCGIFFIN, J. C., Resource allocation in heart transplantation, *Heart transplantation. Medicine. Surgery. Immunology. Research*, s. 846-858.

²⁵⁷ Srov. DEAN, M., Is your treatment economic, effective, efficient?, *The Lancet*, 1991, č. 8739, s. 480-481.

²⁵⁸ Srov. KIRKLIN, J. K., aj., Refining the criteria for heart transplantation listing and status: a multi-institutional risk factor analysis for rehospitalization following listing, *J Heart Lung transplantant*, 1999, č. 1, s. 47 .

²⁵⁹ Srov. KIRKLIN J. K., YOUNG, J. B. , a MCGIFFIN, J. C., Resource allocation in heart transplantation, *Heart transplantation. Medicine. Surgery. Immunology. Research*, s. 846-858.

²⁶⁰ Srov. TŘEŠŇÁK, P., Cesta za umělým srdcem, *Belmondo*, 2013, č. 2, s. 32.

²⁶¹ Srov. IKEM, *Klinika anesteziologie a resuscitace IKEM, Sanquis*, 2008, č. 55, s. 8, <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art24>>.

V tržním prostředí poskytovatelů zdravotní péče je trendem inovace, např. v oblasti práce (efektivní: rychlá a levná, bezpečná: pro personál a pacienta/klienta, poskytování kompletních služeb).²⁶² *Česká republika bude mít a má stále vysoký počet osob s chorobami srdce a cév.* Prevence optimálně nefunguje se současně působícími vlivy genetiky a prostředí, způsobu života: stres, návykové látky. Pokud je veřejná politika nucena řešit situaci ve zdravotnictví, musí vycházet ze čtyř klíčových oblastí: *1. stát, 2. zdravotní pojišťovny, 3. poskytovatelé služeb a 4. pacienti/klienti.*

Ve zdravotnictví se počítá se stránkou finanční (běžné výkony, ojedinělé, experimentální - nákladné, které posunují hranice medicíny jako vědy), ale i etickou: komu, kým, kdy, za jakých podmínek a jakou péči poskytnout.

Podmínky ze strany státu: aktuálně je péče dostupná pro každého občana.²⁶³ U center je nutné zvážit počet a jejich nabízenou péči. V Praze je zbytečně koncentrované množství poskytovatelů: nemocnice Na Homolce, IKEM, atd. Dle mého názoru redukce subjektů na IKEM, nemocnice Motol (jedinečnost: děti), Vinohradská nemocnice. Pokud je snaha rozšířit služby a péči stávajících kardiocenter o dětské pacienty, bude pro ně efektem?: investice do personálu a techniky, nyní spíš zátěží. Ze začátku centra obtížně získávala státní dotace na svůj provoz,²⁶⁴ dnes se jejich situace díky dotacím např. i z Evropské unie zlepšila. Otázkou je, zda budou finanční prostředky i dál na udržení úrovně dosažené v západních zemích. Stát si ponechává pod dozorem vybraná střediska (měl by i do budoucna aspoň většinový podíl u vybraných center) pro kontrolu v oblasti nabízených služeb, financování a s cílem poskytovat danou kvalitu péče a spektrum výkonů s finančně úměrnou zátěží pro občana. Dozor ze strany státu má i svá negativa v omezeních, co se týče možnosti subjektu si vydělávat, rozdělovat finance, manipulace s majetkem atd. Podle mého názoru má stát ponechat volnost poskytovateli manipulovat se ziskem, zůstala by kontrola, zda zde není konflikt zájmů, obhajoba vhodnosti investic. Ve vedení managementu poskytovatele mají být profesionálové s adekvátní praxí, vzděláním a odpovědností za svou činnost s vytvořenou koncepcí a strategií.

²⁶² Srov. PAMĚTICKÁ, R., Lepší péče díky inovacím, <<http://www.hc-institute.org/cz/projekty/nemocnice-ceske-republiky/celostatni-projekt-nemocnice-cr-2011.html?hledat=linet>>.

²⁶³ Srov. IHNED.CZ, *Počtem srdečních operací patří Česko ke špičce v kardiologii*, <<http://tech.ihned.cz/c1-47702320-poctem-srdecnich-operaci-patri-cesko-ke-spicke-v-kardiologii>>.

²⁶⁴ Srov. BUREŠOVÁ, D., *Odpověď na interpelaci, Česká národní rada*, <<http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0747b00.htm>>.

Druhým ohniskem jsou pojišťovny: ve zdravotnictví funguje regulovaný systém pojišťovnami, tržně reaguje v oblastech finančně zajímavých. Při zavádění tržního mechanismu do zdravotnictví se počítá se vznikem soukromých subjektů orientujících se na výhodně zaplacené výkony v atraktivních oborech, kam patří např. kardiologie, kardiochirurgie. Pojišťovny regulují přísun peněz pro ty, kteří provádí pouze finančně zúročené výkony a přebírají tak úkony jiným zařízením, které by tím vyrovnaly ztráty z méně finančně náročných výkonů (např. zánik kardiologie na Bulovce).²⁶⁵ Pojišťovna s velkým procentem vysoce nákladných nemocných (v ČR se jedná o VZP) oproti jiným pojišťovnám je pro centra v jistém směru nevýhodná. Dle pozice pojišťovny se hodnotí klient. Vzniká pak situace, že klienti dané pojišťovny vůbec nevyužijí např. toho, že pojišťovna může zaplatit transplantaci srdce, kdy druhá již finanční možnosti na transplantaci již využila (VZP). Řešení může být v tzv. plovoucích financích „balíčku na diagnózu“: podstoupení úhrady výkonu pojišťovně s nevyužitým výkonem, případně přesunutí klienta, který ji využije pro daný výkon. Pacienti spotřebovávají nejen služby, ale i farmakologické přípravky, které tvoří nemalou položku rozpočtu poskytovatelů. Management má dohlížet dle prováděných průzkumů u dodavatelů na objednání přípravků s danou účinnou látkou v přijatelné cenové relaci (nepředražené s přidanými maržemi). Lékaři by měli účelně a rozvážně předepisovat přípravky (problém: všechny požadavky na léčivé přípravky končí u praktického lékaře, který o nich nemá všeobecný přehled). Dalším paradoxem je odmítání pojišťovny cenově výhodných tzv. balíčků ze strany zařízení (na druhou stranu tím snižují cenovou hladinu ostatním). Negativním jevem je mediální prezentace komunikace mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb, která je často vnímaná veřejností jako jednostranná a direktivní (více ze strany pojišťoven).

Jeden je pohled finanční a druhý je etický, může vzniknout situace, kdy pojišťovna proplatí díky vysokým nákladům pouze jeden specializovaný finančně náročný výkon (umělá srdeční podpora), v případě stejně nákladného výkonu již ne (transplantace srdce), výkon zaplatí subjekt (podobně při překročení předem domluveného počtu výkonů mezi pojišťovnou a poskytovatelem). Tyto etické

²⁶⁵ Srov. ČTK, Kardiologie na Bulovce chce dál jednat o svých akutních lůžkách, *Zdravotnické noviny, ZDN. CZ*, 2012,

<<http://zdрави.e15.cz/clanek/sestra-priloha/kardiologie-na-bulovce-chce-dal-jednat-o-svych-akutnich-luzkach-467390?category=z-domova>>.

paradoxy musí řešit dohadovacím řízením.

Třetí oblastí jsou poskytovatelé: se státní podporou, či bez, vyrovnává se z obtížemi plynoucími se zaměřením služeb, prostředím hospodářsko-ekonomicko-politicko-legislativním. I přes dostatečné krytí zdroji se často nevyhne postupnému úpadku. Poskytovatelům se zřizovatelem ze strany státu hrozí slučování do velkých zdravotnických komplexů s nestejnorodou skladbou bez ohledu na jejich zaměření péče a ekonomickou situaci, z čehož většinou plyne jen přesun financí z efektivních subjektů do ztrátových (ve formě „saprofytismu“, či „parazitismu“) a někdy to způsobí i likvidaci právě ekonomicky životaschopného poskytovatele. Slučování nelze brát jako momentální řešení pro zábrany likvidace subjektu, např. změna jeho koncepce a státní dotace mohou být vhodnějším podnětem. Objevuje se i problém nastavení vhodné firemní kultury a její akceptování zaměstnanci. Co se týče soukromých poskytovatelů služeb jsou někdy problémem finanční zdroje a důvěryhodnost vlastníků. Poskytovatel je v současné době postaven do situace, kdy musí především zajistit potřebný počet odborného personálu (adekvátní vzdělání, finanční ohodnocení) a odpovídající materiálně technické vybavení využitě v provozu a zároveň poskytovat zdravotní péči a další služby (např. hotelové) ve standardní kvalitě s cílem léčit a uspokojit potřeb klientů (individuality klienta). Problémem pro management je přístup u výběrových řízení dodavatelů subjektů nejen u dodání zdravotnického materiálu, přístrojů a léčiv, ale i při nákupu energie, potravin, telekomunikačních služeb (transparentnost, bez korupce, objednání přímo u výrobce, ne přes dodavatele s vysokými maržemi, např. společnost Kardio Port, a. s. v případě dodání zdravotnického materiálu pro IKEM).²⁶⁶ Kardiocentra také spolupracují se zahraničními výrobci přes dodavatele velmi specializovaných výrobků jako jsou umělé srdeční náhrady, např. americká společnost Thoratec (v rámci svého programu Naděje pro srdce oslovuje kardiocentra na světě a nabízí jim své produkty)²⁶⁷ přes dodavatele Omnimedics.²⁶⁸ S určitými rozpaky nahlížím na některé nedotažené představy manažerů na využití dotací z Evropské unie. Dotaci využít hospodárně a efektivně,

²⁶⁶ Srov. APUEN, *Elektronické aukce jihočeské nemocnice moc nezajímají*,

<<http://www.apuen.cz/elektronicke-aukce-jihoceske-nemocnice-moc-nezajimaji>>.

²⁶⁷ Srov. THORATEC CORPORATION, Financial information, Annual report, 2010,

<<http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=95989&p=irol-reports>>.

²⁶⁸ Lichtenštejnsko-švýcarská společnost se zaměřením na východoevropské země s nabízenými zdravotnickými produkty. Srov. OMNIMEDICS, <<http://www.omnimedics.ch/about.php>>.

např. dokoupit přístroje, s nimiž personál má erudici, jsou moderní a komponenty jsou v přijatelné cenové relaci, jsou v provozu využívány. Pokud vznikne situace, kdy se na oddělení přivezou přístroje, které mají drahý provoz (komponenty, nevyužití personálem), tento dar je budoucí finanční zátěž. Rozpočet subjektu má počítat i s finanční stimulací personálních zdrojů. V současné době je hlavní hmotné zajištění zaměstnanců: tj. adekvátní ohodnocení (vyhnutí se tak odlivu „mozků“), ale i brát v úvahu a počítat s výdaji na stav budovy samotné (nezanedbávat potřebné rekonstrukce) na úkor jiné oblasti. DRG systém má být úsporný pro daného poskytovatele péče. Využijí pro model využití zdravotnických služeb klienty odhadovou premisu *třetinového pravidla*.²⁶⁹ třetina pacientů bude vždy finančně náročná za předpokladu multimorbiditu u stárnoucí populace (dlouhodobá, např. specializovaná péče - dialýza, nemocní s roztroušenou sklerózou atp., bude financovat pojišťovna pod záštitou státu, pro ryze komerční pojišťovny jsou tito klienti ztrátoví), třetina bude využívat nárazově služby většího finančního rázu spíše krátkodobě, třetina využije běžné služby ve zdravotnictví (nejatraktivnější z uvedených pacientů pro zdravotní pojišťovny). Potřebné je odbourat nadbytečné požadavky (problém ve zdravotnictví, ne však v běžném trhu), které zvyšují finanční zátěž pojišťoven (např. klient si službu zaplatí ze svého, či ji doplatí, přinese odborné vyjádření, že výkon podstupuje oprávněně atp.).

Posledním bodem je klient v roli pacienta, dnes pacient jako klienta-zákazníka (od paternalismu směr k partnerskému vztahu s ošetřujícím personálem, vstup placených služeb za původně bezplatnou péči). Pro klienta neznalého právního povědomí, se může např. opomenutí zaplacení poplatku stát finančně osudným. Situace v oblasti zdravotnictví je často nepřehledná a obtížně pochopitelná, vznikají pak konfliktní situace především v oblasti komunikace. Nyní spíše poučený laik dostává specializované informace, podepisuje souhlasy a postupně stále více platí za péči a služby, a tak vyžaduje kvalitnější služby a naopak společnost nutí občany k zodpovědnosti za své zdraví (rizikové chování). Přes moderní léčbu nelze zvrátit vývoj nemoci, pokud člověk udržuje nevhodný životní styl. Ze studie Hyánkové-Svobodové, Klémy a Hačkajla o kvalitě života po kardiochirurgickém výkonu vyplývá, že se

²⁶⁹ Přebírám z analogie k tzv. třetinovému pravidlu úzdravy nemocných se schizofrenií. Srov. DYREHAUGE, L., 13 mýtů o schizofrenii, *Psychologie.cz*, <<http://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>>.

nemocní po operaci vrací ke svému dřívějšímu způsobu života.²⁷⁰ Zdravotnických služeb využívá klient oproti běžným tržním v obtížné životní situaci při ztrátě své autonomie (např. téma transplantací, darování orgánu, eutanázie). Ve zdravotnictví nejde jen o provedení úkonu, ale i o jeho předání (chování personálu). Klient má svá práva a i povinnosti. Pokud absolvuje náročný výkon a nedodrží doporučený postup, nevyhne se komplikacím a znovu pak podstupuje náročnou léčbu etc. Klientovo finanční podílení na léčbě stále stoupá. Často je péče poskytovatele hrazená pojišťovnou možná jen díky solidaritě ostatních pojištěnců, jinak by byla neuhraditelná (řeší veřejnou sbírkou).

Vrátím-li se zpět k problematice nákladnosti péče u kardiovaskulárních nemocí, probíhá nyní diskuse mezi odborníky a plátcí péče (pojišťovny) o standardnosti služeb a do jaké míry tyto služby lze regulovat (omezení počtu výkonů, tím se pojišťovny chrání před vysokými výdaji na specializovanou péči).²⁷¹ jedná se o materiál běžný či jiný (např. lékové stenty, implantace přístrojů: kardiostimulátor, typ chlopní: mechanické, biologické, nový typ katetrizační implantace aortální chlopně, tzv. TAVI), odborníka či přeneseně s pomocí přístroje (např. robot) provádějící úkon: konkrétní osoba, lékař s menší či větší erudiicí? Rozvoji nového trendu v podobě robotické chirurgie v kardiologii a cévní chirurgii (např. systém da Vinci) brání především jeho finanční nákladnost.²⁷² Z pohledu ošetrovatelské péče u běžných operací a výkonů je vhodný k úsporám nákladů systém skupinové ošetrovatelské péče (případně s kombinací primární). U chronických případů (nemocní s podporami atd.) je optimální péče case managementu.²⁷³

V seznamu zdravotních výkonů s platnými bodovými hodnotami od 1. ledna 2013, zjistím, že jsou stanoveny tak, aby nepřeklenuly finanční hranici veřejného

²⁷⁰ Srov. HYÁNKOVÁ-SVOBODOVÁ, J., KLÉMA, J., a HAČKAJLO, D., Dvouleté sledování pacientů po kardiologických výkonech, *Kardiologická revue*, 2004, č. 1, s. 23-27,

<http://www.prolekare.cz/pdf?id=kr_04_01_05.pdf>.

²⁷¹ Srov. VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR, *Způsob úhrady zdravotní péče v ambulantních segmentech*, *Infoservis*, 2011, č. 2, <<https://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-05-2012/zpusob-uh rady-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-v-roce-2012>>.

²⁷² Srov. ŠTÁDLER, P., Robotika je zlomem i v laparoskopické cévní chirurgii, *Nemocniční speciál*, č. 6, 2010, s. 6, <www.jnjcz.cz/file/doc/mdd/tisk/NS-2010-06-1-8.pdf>, dále srov. ČERNÝ, Š., Roboticky asistovaná kardiologie, *Postgraduální medicína*, 2009, č. 9, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/roboticky-asistovana-kardiologie-447972>>.

²⁷³ Srov. VENGLÁŘOVÁ, M., a BABIAKOVÁ, M., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 52-53.

zdravotního pojištění a zreálnily se ceny za výkony. Z oblasti srdečně-cévní jsou zařazeny do podpory zdravotního pojištění výkon TAVI při nemožnosti obdobného výkonu a transplantace.²⁷⁴ Odborné společnosti řeší otázku, které výkony v Seznamu zdravotních výkonů mají být hrazeny plně, částečně, či vůbec z veřejného zdravotního pojištění, zatím všechny výkony v Sazebníku mají jít na vrub pojištění, podobně jako i metody, technologie a materiály (doplácení rozdílu při použití kvalitnějšího materiálu u srdečních chlopní a cévních náhrad).²⁷⁵

Poskytování specializované péče je drahé (vybavení, personál, udržení modernizace). V oblasti kardiologie to platí vždy, proto je těžké rozhodnout mezi různými typy výkonů, implantací přístroje, když nemocnému jde o život a lékař má za poskytnutou péči zodpovědnost. Bude docházet k podfinancování této péče (zvláště v oblasti superspecializovaných výkonů), subjekty budou muset čerpat ze svých rezerv, lidé se budou muset při poskytování této péče komerčně připojistit u zdravotních pojišťoven (problémem je zájem pojišťoven o tzv. „bohaté a zdravé“), měli by především ti, kteří svým způsobem života (strava, pohyb, návyky) dospěli k invazivnímu řešení svého zdravotního stavu, zde ovšem nastává otázka, zda jsou schopni, či ochotni za své rizikové chování finančně zaplatit, či účastnit preventivních programů. *Koncentrování péče do kardiocenter má přispět k efektivnímu vynaložení zvyšujících se nákladů na péči.*²⁷⁶ Linií strategie hospodaření kardiocenter, *není snadné a možné udržet finančně přijatelnou do budoucna bez občanské solidarity ve formě veřejných dotací.*²⁷⁷ Ze statistiky pro rok 2011 o hospitalizovaných nemocných podle DRG diagnóz zůstávají nejnákladnější a nejzávažnější případy z důvodu nemoci či poruchy oběhového systému v péči zařízení přímo řízených MZ, což jsou hlavně velké fakultní nemocnice a specializovaná pracoviště.²⁷⁸ Zrušení, či ustanovení nového

²⁷⁴ Srov. MZČR, *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami od 1. 1. 2013*,

<http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-zdravotnich-vykonu-s-bodovymi-hodnotami-od-112013_7003_1.html>.

S vyjádřením odborné veřejnosti viz Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami od 1. 1. 2013, *Practicus*, 2012, č. 8, s. 30-34.

²⁷⁵ Srov. ČSKV, *Zápis z jednání výboru ČSKVCH*, <<http://www.cskvch.cz/PDFs/Vybor-19-1-2011.pdf>>.

²⁷⁶ Srov. MZČR, *Věstník MZ ČR*, 2009, částka 5, s. 2,

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>.

²⁷⁷ Viz např. nadaci Kardiocentrum pro oblast jižních Čech. KARDIOCENTRUM, *Nadace Kardiocentrum České Budějovice*, <<http://www.kardiocentrumcb.cz/>>.

²⁷⁸ Srov. ÚZIS, *Hospitalizování podle klasifikace DRG pro rok 2011*, s. 11, <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>>.

kardiocentra je velmi nákladnou záležitostí. Kardiocentra mohou čerpat během let 2007-2013 dotace překračující miliardu korun českých z evropských fondů, využívají je na technické vybavení.²⁷⁹ IKEM obnovil vybavení kardiocentra v hodnotě zhruba 32 milionů Kč (ze 64% z evropských fondů, zbytek doplatila sama instituce).²⁸⁰ Hospodaření ovlivňuje forma uspořádání kardiocenter v podobě akciové společnosti, příspěvkové, dále nabízené služby (spádovost, klienti) a lidské zdroje (personální politika). Do roku 2013 se počítá s podfinancováním transplantačního programu (nenaplnění kroků od MZ a VZP). Návrh úhradové vyhlášky pro financování zdravotní péče nepřináší nové finance, spíše se jedná o jejich přerozdělení mezi subjekty, které budou muset čerpat ze svých rezervních fondů.²⁸¹ Průběžně se vede diskusem mezi odborníky s Národním referenčním centrem²⁸² o proplácení určitých výkonů u nemocí srdce a oběhového systému v DRG systému²⁸³ a snaha o kulatý stůl odborných společností, kterých se týká téma kardiovaskulárních nemocí s cílem zlepšit jejich komplexní léčbu.²⁸⁴

Položím-li si na závěr otázku, zda kardiocentra v České republice přežijí bez podpory Ministerstva zdravotnictví a externích dotací, odpověď je negativní, pokud poskytují a budou nabízet služby a péči v daném rozsahu, jinak by zůstaly služby, které jsou finančně perspektivní (větší měrou proplacené pojišťovnou).

Pro oblast kardiocenter načrtnu obecnou *SWOT analýzu*. Konkrétní subjekt si k ní připojí své vize (motto), poslání a cíle. SWOT analýza spíše slouží k hrubému náčrtu současné situace subjektu pro management, případně pro možnost změny

²⁷⁹ Srov. Svobodová, M., Do kardiocenter putují další stamilióny, *Zdravotnické noviny*, 2010, č. 15, s. 1-2, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/do-kardiocenter-putuji-dalsi-stamiliony-451010>>. Viz IKEM, *Ceny vybavení*, <<http://kardiochirurgie.ikem.cz/cs/mohlo-by-vas-zajimat/naklady/125-naklady.html>>. Dále Srov. MONTREAL INTERNATIONAL, *Montreal Heart Institute expands its training centre*, <<http://www.montrealinternational.com/the-montreal-heart-institute-expands-its-training-centre/>>.

²⁸⁰ Srov. ZDN. CZ, IKEM obnovil vybavení kardiocentra 31,7 milionu korun, *Zdravotnické noviny. ZDN. CZ*, <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/ikem-obnovil-vybaveni-kardiocentra-za-31-7-milionu-korun-465497>>.

²⁸¹ Srov. HERMAN, A., Úvodník. *IKEM News - zpravodaj pro zaměstnance*, č. 6, s. 1.

²⁸² Srov. ČSKVCH, *Zápis z jednání výboru ČSKVCH*, <<http://www.cskvch.cz/PDFs/Vybor-19-1-2011.pdf>>.

²⁸³ Funkčnost DRG systému v rámci kardiocentra: uplatnění tzv. „balíčkových plateb“ u transplantace srdce, umělých srdečních podpor. Problém proplácení, když pacient využije oba zákroky, zaplatí se však jen jeden úkon, druhý dohradí poskytovatel ze svých zdrojů. V současné době se řeší postup.

²⁸⁴ Srov. CSIR, *Zápis ze schůze CSIR, 31. 5. 2012 Poděbrady*, <<http://www.csir.cz/zapis-ze-schuze-csir-3152012-podebrady>>.

koncepce a strategie.²⁸⁵

V rámci vnitřních faktorů (silné a slabé stránky).

Silné stránky (strengths): informativní mediální propagace centra občanům, dobrá pověst poskytovatele, poskytování dostupných (časově, místně, finančně) speciálních služeb klientům akreditovaným subjektem s využitím v provozu adekvátního technického a materiálového vybavení a vyškoleného odborného personálu.

Slabé stránky (weaknesses): specializované služby klientům jsou finálně náročné a působí zde určité „podfinancování“ z hlediska MZ a zdravotních pojišťoven, nejasná či neexistující finanční definice hodnocených výkonů, neúčelně vynaložené finanční prostředky, např. nadpočetná a drahá vyšetření z obavy právního postižení, nevhodná firemní kultura, např. neloajalita mezi zaměstnavatelem a zaměstnanci, nekomunikace, či jednosměrná komunikace odshora (odtržení propojenosti top, středního a vedení na nejnižší úrovni), nezájem personálu o ekonomickou situaci zaměstnavatele, možná deficitní finanční analýza (vyčerpání zdrojů: minimální, či žádné zdroje finančních rezerv), šetření s dopadem na omezení investic, neekonomické přesuny finančních zdrojů v rámci subjektu, snižování benefitů a jiných podpor pro zaměstnance (např. příspěvků na pojištění, na vzdělávání).

A z pohledu vnějších faktorů (příležitostí a hrozeb).

Příležitosti (opportunities): spolupráce s ostatními podobně zaměřenými centry v oblasti služeb a zdravotní péče (nejen s Evropskou unií, ale i celosvětově) a se zahraničními dodavateli, příjem dotací z Evropské unie na svůj rozvoj, hledání nových možností k financování služeb (např. přes formy komerčního připojištění, vytváření finanční spolupráce mezi kardiocentry v rámci určitých programů), včasné návrhy na způsob financování od pojišťoven a státu (MZ) centřům odbornými společnostmi a poskytovateli zdravotní péče: např. podnět z IKEMu na zavedení tzv. balíčkových cen (platba za transplantaci daného orgánu, další úkony a půlroční péči, u transplantace srdce zhruba 1 milion 714 tisíc Kč apod.).²⁸⁶ Je zřejmé, že bez externích dotací bude poskytovatel ve finančním skluzu. K nabídce péče v souladu s pokrokem v medicíně

²⁸⁵ Metoda pro strategické řízení (60. léta 20. stol., A. Humprey). Srov. MANAGEMENTMANIA, *SWOT analýza*, <<https://managementmania.com/cs/swot-analyza>>.

²⁸⁶ Srov. ČT24, ČTK, *IKEMu může chybět na transplantace až 160 milionů korun*,

<<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/213668-ikemu-muze-chybet-na-transplantace-az-160-milionu-korun/>>.

může být finančně optimistický ve službách, které poskytuje pravidelně a jsou mu včas propláceny (či má dostatečné rezervy na krytí výdajů).

Hrozby (threats): jsou četné, mnohé lze využít jako příležitost ke změně strategie poskytovatele, politická, ekonomická a legislativní krize a nejistota, nestabilita, výrazná úsporná řešení, z toho vyplývá rychlý sled protikladných kroků v důsledku s negativním dopadem na chod subjektu, otázka nastoletí míry ekonomické solidarity v rámci zdravotnictví v ČR, udržení spektra služeb za podmínek podfinancování: přežití na dluh, udržení jen takových služeb, které finančně pokryjí své náklady, vysoká konkurence ve finančně výhodných službách, možný rozpor v otázce v jakých službách lze spolupracovat a konkurovat (převaha konkurence nad spoluprací)?, přílišná centralizace specializovaných služeb (tím snížení dostupnosti), možná ztráta návaznosti a zastoupení určité péče (pacient, praktický lékař, poskytovatel a její služby), nefungování systému obchodních veřejných soutěží (veřejné zakázky), nesplnění očekávání od MZ a zdravotních pojišťoven (snižování úhrady za poskytnutou péči, nestanovení dohod o proplácení služeb, hrozba „komerčního parazitismu“ pojišťoven na sjednáváných připojištění občanů v případě nemoci), např. platba za výkony vyvolávající provádění výkonů manufaktorovým způsobem se ztrátou individuality pacienta (provedení výkonu bez ohledu na dopad kvality života po výkonu, uplatnění ryze komerčního způsobu bez ohledu na skutečnou potřebu pacienta: nevhodné načasování léčebného zásahu, poskytování služeb, které jsou zbytečné, či zdravotní stav nezlepší, či zhorší), neodpovídající odhad vyúčtování provedených výkonů odbornými společnostmi pro platby od pojišťoven,²⁸⁷ hrazení výkonů a léků jinými zdroji než od pojišťoven, personální fluktuace a odchod erudovaného personálu (např. větší investice do přístrojů pro jejich „zastaralost“ a jejich obnovu), nejasné přesunování kompetencí u personálu, snížení jeho počtu v běžném provozu a ztráta motivace a morálního kreditu, udržování adekvátního finančního ohodnocení personálu: dopad na zvýšení osobních nákladů, zpomalení zavedení nových trendů v léčbě (nedostatek financí na vybavení a zaučení personálu), zpomalení či zastavení výzkumů v této oblasti, ztráta účasti na preventivních programech či jiných celosvětových aktivitách (např. v oblasti transplantace) z důvodu

²⁸⁷ Např. problém chybějících financí na období 2013 pro transplantační program. Srov. ČT24, ČTK, *IKEMu může chybět na transplantace až 160 milionů korun*, <<http://www.ceskatelevize.cz:8001/ct24/domaci/213668-ikemu-muze-chybet-na-transplantace-az-160-milionu-korun/>>.

absence finančních zdrojů, odmítání převzetí do péče finančně nevýhodných DRG skupin nemocných, vysoké dodavatelské marže a nedůvěryhodní dodavatelé, zvyšující se ceny (léčiva, úkony, materiál) i za běžné služby: teplo, elektřina, plyn, odvoz odpadu a jeho likvidace atp., tím se zvýší cena hospitalizace pro klienta, útlum služeb v oblasti prevence, rehabilitace a lázeňské péče. Negativní propagace v médiích ohledně nevýhodných smluv s dodavateli, preference určitých skupin nemocných, možné vysoké finanční náhrady za poškození nemocných léčebnou intervencí, neposkytnutí vhodné či dostupné léčebné metody, atp.

2.3 Kardiocentra v České republice

V České republice poskytovatel péče splňuje personální, materiálně technické a organizační (odborné vedení, lůžkový fond, spádovost) podmínky určené aktuálním Věstníkem MZ a stanovené týmem odborníků ze zástupců odborných společností, zdravotních pojišťoven a MZČR. Charakteristiku a popis činnosti specializovaných kardiocenter uvádí Věstník MZČR, který vychází z Národního kardiovaskulárního programu České kardiologické společnosti s koncepcí péče u nemocí oběhového systému, v jehož přílohách ve formě metodického návrhu je detailní popis kardiocenter. Jejich kontrolu kromě ministerstva provádí i odborné společnosti a zdravotní pojišťovny, statut kardiocentra se uznává po podání přihlášky Komise pro specializovanou péči v oboru kardiologie.²⁸⁸

Česká verze čerpá inspiraci od světových kardiocenter, jejich náplní je předoperační, peroperační a pooperační péče po kardiochirurgických a cévních operacích. Odborníci zdůrazňují požadavek na právní subjektivitu (či dozor MZ) a samostatnost hospodaření s ohledem na rychlý rozvoj a drahý provozu ve srovnání s ostatními chirurgickými obory. Pro kardiocentrum je *nejvhodnější formou samostatnost právního subjektu* (řídí ho přednosta nebo ředitel) *se dvěma pracovišti s kardiologickým a kardiochirurgickým zaměřením*. Při druhé formě jako součást velké

²⁸⁸ První, který zmiňuje kardiocentra je z roku 2009. Srov. MZČR, *Věstník*, 2009, č. 5, s. 2. Dále *Věstník*, 2012, č. 8, s. 9, <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html> a *Věstník*, 2012, č. 3, s. 23-24, <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c3/2012_6194_2510_11.html>. <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>.

nemocnice se dvěma odděleními (kliniky): kardiologickým a kardiochirurgickým se svými přednosty. Třetí variantou je kardiochirurgické pracoviště (oddělení, klinika) jako samostatná jednotka, nebo součást nemocnice s kooperací jednoho či více kardiologických pracovišť. Kardiocentra se orientují hlavně na péči o dospělé, u dětí se zaměřují na diagnostiku a léčbu vrozených a získaných onemocnění srdce a velkých cév. Pro efektivní kardiocentrum se stanoví roční limit výkonů: např. alespoň pět set srdečních operací, léčba sto nemocných s infarktem myokardu.²⁸⁹ Česká kardiologická společnost uvádí přesnou evidenci lékařů, počet nelékařského zdravotnického personálu považuje dostatečný. Základní kardiovaskulární péče je dostupná rovnoměrně pro všechny občany, je limitovaná u specializovaných a nákladných výkonů (např. stenty, defibrilátory). Vyrůstá nepoměr mezi jejich rostoucím počtem (vysoká morbidita u nemocí srdce a cév), potřebami moderní péče v této oblasti a omezeným rozpočtem zdravotnické péče (možností ekonomiky ČR).²⁹⁰

Specializovaná kardiocentra jsou charakteristická specializovanými službami (IKEM a CKTCH), dostupností pro nemocné z příslušné oblasti (jedno centrum se spádovou oblastí milión obyvatel). Zabývají se kardiologickým výzkumem a podílí se na postgraduálním vzdělávání odborníků. Rozvoj kardiochirurgie má probíhat s ohledem na vývoj invazivní kardiologie, aby se neúnosně nezvýšil počet čekatelů na srdeční operaci. Ministerstvo zdravotnictví upravuje síť kardiocenter v rámci dostupnosti občanům (národní síť kardiocenter, horizontální linie) a rozlišuje tři stupně úrovně jejich péče (vertikální linie).²⁹¹ Kardiocentra vzájemně spolupracují v rámci doplnění péče (např. Pardubické kardiocentrum, Fakultní nemocnice Hradec Králové a IKEM v oblasti kardiochirurgie).²⁹² I přes svou spolupráci si spíše konkurují. Plánuje se vytvoření dvanácti kardiochirurgických pracovišť²⁹³ (v metodickém návrhu se

²⁸⁹ Srov. ČKS, *Národní kardiovaskulární program*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

²⁹⁰ Srov. ČKS, *Delivery of Health Care for Cardiovascular Diseases in Europe*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=111>>.

²⁹¹ Srov. ČKS, *Delivery of Health Care for Cardiovascular Diseases in Europe*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=111>>.

²⁹² Srov. Kardiologické centrum Agel, *Informace pro lékaře*, <<http://www.kc-angel.cz/obsah/pro-lekare/zakladni-informace.aspx>>.

²⁹³ Srov. TOUS, P., *Anesteziologické oddělení KARIM při II. chirurgické klinice kardiovaskulární chirurgie, KARIM*, <<http://www.karim-vfn.cz/cz/nase-klinika/resusc-a-intenzivni-pece/res-i-kardiocentrum.html>>.

hovoří o deseti až jedenácti),²⁹⁴ nejlépe s rovnoměrným regionálním rozložením v průměru jedno centrum na jeden milión dospělých obyvatel.²⁹⁵ Představa o počtu kardiocenter stále není docela zřetelná a liší se mezi Ministerstvem zdravotnictví a odbornými společnostmi. V roce 2009 fungovalo v České republice celkem dvacet dva kardiocenter, v roce 2012 sedmnáct, každé s regionálním dosahem pro občana zhruba osmdesát kilometrů.²⁹⁶ Vlivem nerovnoměrného rozmístění kardiocenter je asymetrická dostupnost a koncentrace pokročilejší kardiologické péče (např. srdeční podpory, operace komplikovaných stavů) mezi velkými městy (Prahou, Brnem a Ostravou) v porovnání s ostatními regiony (nepoměr se eliminuje otevřením kardiocenter v Plzni, Olomouci a Českých Budějovicích).²⁹⁷ Ministerstvo zdravotnictví upravuje počet kardiocenter se specializovanou péčí a složitými zákroky.²⁹⁸ Územně blízká kardiocentra spolupracují i v rámci výzkumu:

a) v rámci města: v Praze – Fakultní nemocnice Motol a sousední Nemocnice Na Homolce, Brně tři subjektů, Ostravě dvou;

b) kraje: komplexní kardiovaskulární centrum Fakultní nemocnice Hradec Králové ve spolupráci s Pardubickou krajskou nemocnicí, a. s. a ve spolupráci s Kardiologickým centrem Agel, s. r. o.,²⁹⁹ zde je příklad i propojení státního subjektu s krajskou (a. s.) a soukromou sférou (s. r. o.), úspěšně využívají finanční podporu z Evropské unie.³⁰⁰

Odborníci veřejnosti vyzdvihují pět zástupců kardiocenter v čele s IKEMem a

²⁹⁴ Srov. ČKS, *Metodický list rozvoje a organizace kardiochirurgie v ČR - příloha 2*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=67>>.

²⁹⁵ Srov. tamtéž. Dále srov. BEZDĚKOVÁ, M., Česká kardiocentra čeká audit a některá i zrušení, *Týden.cz*,

<http://m.tyden.cz/rubriky/domaci/ceska-kardiocentra-ceka-audit-a-nektera-i-zruseni_101708.html>.

²⁹⁶ Srov. KRATOCHVÍL, L., a PETRÁŠKOVÁ, L., S infarktem jedte do některého z 11 kardiocenter. Vybralo je ministerstvo, *iDNES. Cz*, <http://zpravy.idnes.cz/s-infarktem-jedte-do-nektereho-z-11-kardiocenter-vybralo-je-ministerstvo-1aq-/domaci.aspx?c=A091217_121251_domaci_klu>.

²⁹⁷ Srov. ČKS, *Delivery of Health Care for Cardiovascular Diseases in Europe*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=111>>.

²⁹⁸ Srov. ČKS, *Seznam akreditovaných zařízení pro obor kardiologie*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&id=77>>.

²⁹⁹ Srov. AGEL, *O skupině AGEL*, <<http://www.agel.cz/o-skupine.html>>.

³⁰⁰ Srov. MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ V ČR, *Strukturální fondy*, Vyhlášení 13. výzvy v oblasti intervence 3.2 IOP, <[http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Jak-na-projekt/Vyzvy-a-akce-\(1\)/Vyhlaseeni-13-vyzvy-v-oblasti-intervence-3-2-IOP](http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Jak-na-projekt/Vyzvy-a-akce-(1)/Vyhlaseeni-13-vyzvy-v-oblasti-intervence-3-2-IOP)>.

CKTCH.³⁰¹ Komplexní diagnostiku, intervenční srdeční katetrizaci a chirurgickou léčbu dětí s onemocněním srdce a velkých cév v České republice zabezpečují dvě akreditovaná kardiocentra: Dětské kardiocentrum motolské nemocnice v Praze s Centrem výzkumu chorob srdce a cév,³⁰² a CKTCH v Brně.³⁰³

Pro svou komparaci vybírám dvě kardiocentra poskytující vysoce specializovanou péči ve svém oboru s nadregionálním dosahem, celostátně působí i např. Nemocnice Na Homolce. Přímo jsou zřízena a pod dozorem Ministerstva zdravotnictví ČR. CKTCH má statut komplexního kardiiovaskulárního centra Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Centrem kardiiovaskulární a transplantační chirurgie a Fakultní nemocnice Brno (od roku 2010),³⁰⁴ IKEM je komplexním kardiiovaskulárním centrem od roku 2009.³⁰⁵ Obě centra ve formě příspěvkových organizací mohou vykonávat kromě hlavní činnosti i jiné dané zřizovací listinou (hostinská činnost, vyrábět zdravotnické prostředky dle živnostenského oprávnění atp.). Zřizovací listina IKEMu více rozepisuje provozování jiné činnosti kromě hlavní (např. společnost IKEM - služby spol s. r. o., ale výroční zprávy se o jejím hospodaření nezmiňují).³⁰⁶ O vedlejších činnostech nepíše statut CKTCH, poznamenává, že lze provádět jinou činnost stanovenou MZ ČR,³⁰⁷ CKTCH nevykonává hospodářskou ani jinou činnost.³⁰⁸ IKEM v současnosti protěžuje výzkum (je i v názvu) oproti CKTCH, v pozici konkurenta je v otázce stěžejního pracoviště pro klinický výzkum v České republice s mezinárodní kooperací např. Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (především výzkum ovlivňuje alokace investic státu a případně zahraničních subjektů).³⁰⁹ Klinické zaměření IKEMu je širší, navíc se zabývá diabetologií rovněž

³⁰¹ Srov. MAŠEK, P., a MACHÁLKOVÁ, J., Víme, které nemocnice jsou ve svém oboru nejlepší. *iHNED. Cz.*, 2010, <<http://zpravy.ihned.cz/cesko-zdravotnictvi/c1-46805530-vime-ktere-nemocnice-jsou-ve-svem-oboru-nejlepsi-podivejte-se-na-viteze>>.

³⁰² Srov. FN MOTOL, *Dětské kardiocentrum*, <<http://www.fnmotol.cz/detske-kardiocentrum/>>.

³⁰³ Srov. ČKS, *Národní kardiiovaskulární program*, <<http://www.kardioc.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

³⁰⁴ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocní-zpravy>>.

³⁰⁵ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2009*, s. 14, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocní-zpravy>>.

³⁰⁶ Srov. IKEM. MFČR, *Výpis z Registru ekonomických subjektů ČSÚ v ARES*, <http://www.info.mfcr.cz/cgi-bin/ares/darv_res.cgi?ico=00023001&jazyk=cz&xml=1>.

³⁰⁷ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocní-zpravy>>. Dále Srov. MFČR, *ARES – ekonomické subjekty*, <http://www.info.mfcr.cz/ares/ares_es.html.cz>.

³⁰⁸ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocní-zpravy>>.

³⁰⁹ Úsilí o spolupráci především se Spojenými státy. Srov. FN U SVATÉ ANNY V BRNĚ, *Mezinárodní centrum*

ekonomicky nákladnou. Srovnávají se ohledně provedených kardiooperací, transplantací srdce³¹⁰ (v Praze od roku 1984, v Brně od roku 1992),³¹¹ obě centra provádí mechanické náhrady srdce.³¹²

2.3.1 Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie

Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně, CKTCH je státní příspěvková organizace pod přímým působem Ministerstva zdravotnictví, oproti IKEMu nemá další plynoucí tržby z jiných aktivit kromě hlavní činnosti. Pracoviště se orientuje na diagnostikování a chirurgickou léčbu kardiovaskulárních onemocnění, transplantaci srdce u dětí a dospělých, transplantaci jater a ledvin, dále na pooperační péči, odběr orgánů pro transplantaci. Působí jako akreditované³¹³ výukové středisko pro Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity a ve výzkumu.³¹⁴

Charakteristika a zaměření:

Základní data:

Obchodní jméno: Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno

Sídlo: Pekařská 664/53, Brno 656 91

IČ:³¹⁵ 00209775 (ARES)³¹⁶ DIČ: CZ 00209775³¹⁷

ID datové schránky: g4d3fvd

Právní formou je příspěvková organizace (331).

Kontakt: telefon +420 543 181 111, fax 543 211 118, email: cktch@cktch.cz,

klinického výzkumu Brno, <<http://www.lf2.cuni.cz/Aktuality/nove/icrefaq.pdf>>.

³¹⁰ Srov. ČKS, *Národní kardiovaskulární program*,

<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

³¹¹ Srov. CKTCH, <<http://www.cktch.cz/>>.

³¹² Srov. CKTCH, *Mechanická srdeční podpora HeartWare - poprvé v ČR*, <<http://www.cktch.cz/>>.

³¹³ Certifikát kvality Spojené akreditační komise (SAK) z 26. – 27. 3. 2012. Srov. CKTCH,

<<http://www.cktch.cz/>>.

³¹⁴ Srov. CKTCH, <<http://www.cktch.cz/>>.

³¹⁵ Identifikační číslo. Srov. ČSÚ, *Databáze nejčastěji kladených otázek*,

<<http://www.czso.cz/csu/faq.nsf/hlasodpoved?openform&parentunid=3C22F328CAAE7E13C1256D870035AE43>>

³¹⁶ Srov. MFČR, *Administrativní registr ekonomických subjektů (ARES). ARES – ekonomické subjekty*,

<http://www.info.mfcr.cz/ares/ares_es.html.cz>.

³¹⁷ Srov. BUSSINESS CENTER. CZ, *Daňové identifikační číslo, Zákon č. 337/1992, o správě daní a poplatků*, v platém znění, § 33 odst. 11,

<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/spravadani/cast2.aspx#par33>>.

adresa webových stránek: <http://.cktch.cz>.

Předmět činnosti: 86100 – ústavní zdravotní péče,³¹⁸ 72200: výzkum a vývoj v oblasti společenských a humanitních věd, spektrum prováděných výkonů uvádí na svých internetových stránkách, stěžejní výkony jsou v oblasti nemocí srdce a cév.³¹⁹ Mimo svou hlavní činnost může vykonávat jinou, když plní úkoly od zřizovatele a prostředky získanými vedlejší činností zkvalitní služby pro hlavní činnost.³²⁰

Vznik: 1. 1. 1991, patří do kategorie nefinančních veřejných institucí s velikostí podle počtu zaměstnanců 250-499 (středně velká instituce).

Společnosti ve vztahu s IKEM: současně je v evidenci ekonomických subjektů i později vzniklá *Základní organizace Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče*, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie. IČ 65269527, s právní formou 731 - Organizační jednotka sdružení, s ekonomickou činností 94200 - Činnosti odborových svazů a jako nezisková instituce sloužící domácnostem. *Genetická laboratoř* je vedena v podobě detašovaného pracoviště (od 1. 1. 1999, IČ 00209775).³²¹

*Statut CKTCH:*³²² centrum je samostatnou příspěvkovou organizací v přímé působnosti MZ ČR, zřízeno rozhodnutím ze dne 7. 9. 1990, je jednotným funkčním a hospodářským celkem,³²³ v právních vztazích vystupuje svým jménem a nese za to odpovědnost. Hospodaří majetkem podle zřizovací listiny (IČ je 00209775). Je to vysoce specializované zdravotnické zařízení s nadregionální působností, má statut komplexního kardiovaskulárního centra Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie a Fakultní nemocnice Brno.

³¹⁸ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.

³¹⁹ Srov. CKTCH, *Kardiovaskulární chirurgie, přehled*, <<http://www.cktch.cz/index.php/co-umime/kardiovaskularni-chirurgie/kardiovaskularni-chirurgie-prehled>>.

³²⁰ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.

³²¹ Srov. MFČR, *CKTCH. Výpis z Registru ekonomických subjektů ČSÚ v ARES*, <http://www.info.mfcr.cz/cgi-bin/ares/darv_res.cgi?ico=00209775&jazyk=cz&xml=1>.

³²² Zřizovací listina příspěvkových organizací viz *Zákon o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů*, č. 250/2000 Sb., § 27 odst. 2, v platném znění, <http://cds.mfcr.cz/cps/rde/xchg/cds/xsl/182_4026.html>. O statutu viz TUROŇOVÁ, J., 54933. Ustanovení § 22 a § 26 Obchodního zákoníku a jeho soulad s právem EU, <<http://www.epravo.cz/top/clanky/ustanoveni-22-a-26-obchodniho-zakoniku-a-jeho-soulad-s-pravem-eu-54993.html>>.

³²³ Hodnotím CKTCH jako celek i po stránce ekonomické, kromě hlavního zaměření na kardiovaskulární péči (a její chirurgické řešení) má i další, např. transplantace jater a ledvin (podobně IKEM, který má širší rozpětí péče).

Centrum provádí i výzkum. Případný zisk z výzkumu, vědecké činnosti či jiné související činnosti se reinvestuje recipročně zpět (nelze převést do jiné oblasti). Dalšími úkoly je např. rozvíjení spolupráce a odborné činnosti s dalšími kardiiovaskulárními centry v České republice. Za vyjmenovaných podmínek může vykonávat kromě hlavní činnosti i vedlejší.³²⁴

Krátce z historie: kardiochirurgie v polovině 50-tých let 20. stol. vzniká na 1. a 2. kardiochirurgické klinice nemocnice sv. Anny v Brně. Vůdčí osobností rozvoje oboru byl profesor MUDr. Jan Navrátil, DrSc. uplatňující nové metody v kardiochirurgii. Zprvu nastaly problémy s technickým a materiálovým vybavením. Stěžejní náplní se stala chirurgie srdečních chlopní a operace vrozených srdečních vad. V roce 1978 se dostavělo nové Kardiochirurgické oddělení, základ centra, jehož rozvoj omezovala závislost na 1. a 2. klinice, kterou ukončil nástup současného ředitele. Poté se zvýšil počet srdečních operací (v 80-tých letech nejvíce v Československu), obnovilo se vybavení oddělení a aktivity na výzkumu, přidala se transplantace jater a ledvin, změnil se název na Kardiochirurgické a transplantační oddělení. V roce 1988 spolu s vybranými specializovanými ústavami (např. Výzkumný ústav onkologický, dnes Masarykův onkologický ústav) vytvořilo Institut medicínského výzkumu v Brně a po rozpadu (1990) vznikl od 1. 1. 1991 současný subjekt *Centra kardiiovaskulární a transplantační chirurgie* přímo řízený MZ ČR. Budova prošla v roce 1994 kompletní rekonstrukcí s moderním materiálně-technickým vybavením. Náplň výkonů se rozšiřuje (jádem zůstávají operace chlopní), o invazivní kardiologické výkony, transplantace srdce a jater, četnost výkonů celkově stoupá i u pacientů nad 70 let.³²⁵

Poslání, logo, cíle: oficiálně na webových stránkách poslání neurčeno (což je škoda, určení poslání přibližuje veřejnosti podstatu subjektu). Logem je kresba se znakem srdce. Cíle se odvíjí od důrazu na kvalitní péči v souladu s pokroky v medicíně spojené s akreditací (zveřejnění certifikátů).³²⁶

Organizační struktura, péče o zaměstnance: centrum se člení organizačně na sedm útvarů: léčebná, preventivní péče, pro vědu a výzkum, ošetrovatelské péče,

³²⁴ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.

³²⁵ Srov. CKTCH, *Tradice a současnost. Historie CKTCH*, <<http://www.cktch.cz/index.php/tradice-a-souasnost/historie-cktch>>.

³²⁶ Srov. CKTCH, CKTCH, <<http://www.cktch.cz/>>.

personální a mzdový, ekonomický a provozní, kvality informačních technologií.³²⁷ V současnosti je ředitelem (odpovědným zástupcem) kardiochirurg a transplantolog doc. MUDr. Petr Němec, CSc., MBA, FETS.³²⁸ Organizační struktura³²⁹ je následující: hlavní funkcí je ředitel, na jeho funkci paralelně navazuje sekretariát, právník, vnitřní finanční auditor a vedoucí knihovny. Druhou část organizace tvoří útvary: informačních technologií, personální a mzdový, kvality, ekonomický a provozní, pro vědu a výzkum, ošetrovatelské péče a léčebně preventivní péče (dělí na úsek kardiiovaskulární chirurgie, kardiologie, anesteziologie a resuscitace, transplantace a laboratoře: genetickou a hematologickou).³³⁰

Odborná spolupráce/konkurence: není člen mezinárodních organizací, což je nevýhodná odborná izolace, v rámci České republiky spolupracuje s ostatními poskytovateli zdravotní péče, úzce spolupracuje s Nemocnicí u sv. Anny v Brně a Fakultní nemocnicí Brno. U transplantací dáno regionálně, v oblasti kardiiovaskulární plánované intervence např. České Budějovice, Hradec Králové, Praha. *Výzkum:* v roce 2009 řeší 6 grantů, spoluřešitel 4, v roce 2010 řešilo 5 grantů, spoluřešitel 5 grantů,³³¹ v roce 2011 řešilo 3 granty, spoluřešitel 4 grantů.³³²

Ekonomické údaje o CKTCH:

CKTCH jako příspěvková organizace pod státním dozorem nemá žádné výnosy kromě své hlavní činnosti oproti IKEMu. V prvních letech své existence se potýká s finanční ztrátou a požaduje po MZ finanční dotace na svou činnost (materiál, přístroje, personál).³³³ V posledních letech vyrovnaně hospodaří (vysoký počet výkonů, snížení administrativních pracovníků) a investuje do obnovení přístrojů a finančního ohodnocení zaměstnanců. Pro rok 2014 se plánuje sloučení CKTCH s nemocnicí sv. Anny a Fakultní nemocnicí Brno. Pro CKTCH tak nastává hrozba přesunu uspořené finanční prostředků CKTCH do finančně ztrátové nemocnice sv. Anny, což by mohlo ohrozit jeho existenci, ale i vysokou odbornou úroveň

³²⁷ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.

³²⁸ Srov. CKTCH, *Pro pacienty. Kontakty*, <<http://www.cktch.cz/index.php/pro-pacienty/kontakty/35>>.

³²⁹ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2010*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.

³³⁰ Srov. CKTCH, *O nás. Organizační schéma*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/organizani-schema>>.

³³¹ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2010*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.

³³² Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.

³³³ Srov. ČNR, *Odpověď na interpelaci*, <<http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0747b00.htm>>.

srovnatelnou s IKEMem.³³⁴ Před sloučením je třeba změnit koncepci nejslabšího subjektu. Komplex nesterilně ekonomicky postavených součástí s přežitím neprosperujících na úkor prosperujících je kontraproduktivní krok, pokud je důsledkem spojení likvidace dosud efektivních služeb. Podobné slučování a dopad hrozilo i IKEMu a Thomayerově nemocnici a není vyloučeno, že tento pokus bude i v budoucnu.³³⁵ Pro CKTCH a IKEM jsou zásadní státní a EU dotace na vybavení a materiál. CKTCH obdrželo od státu za dobu existence celkem zhruba 62 miliónů Kč, od Evropské unie 68 miliónů Kč,³³⁶ IKEM zhruba tři miliardy Kč od státu, od Evropské unie obdobně jako CKTCH.³³⁷ Hlavním zdrojem financí a příjemci služeb jsou zdravotní pojišťovny.³³⁸ Objem služeb je největší u VZP a Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra (v průměru 82 %, v letech 2009-2011 se snižující trendem v řádu 3 %), u ostatních pojišťoven s rostoucím z 16 % na 19 %.³³⁹ Obě centra si nakupují energii (elektřina, zemní plyn) s tržními cenami, což se promítá v ekonomice při nepřetržitém provozu. U služeb využívají outsourcing (doprava, praní prádla atd.). Dodavatelsko-odběratelské vztahy na zdravotnickém trhu má CKTCH podobné s IKEMem. U IKEMu se medializuje předraženost produktů od dodavatelů materiálu a při výstavbě, např. Kardio Port, a. s.³⁴⁰ *Veřejné zakázky CKTCH* jsou financované z dotací a vlastních zdrojů: nákupu přístrojů a spotřebního materiálu, obnova budovy, od roku 2011 do 2013 jich zveřejnilo 38.³⁴¹ V ceníku služeb pro klienty zveřejňuje

³³⁴ Srov. ČT, ČTK, *Lékaři z CKTCH jsou ve stávkové pohotovosti, pacientů se to nedotkne*, <<http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/zpravy/224038-lekari-z-cktch-jsou-ve-stavkove-pohotovosti-pacientu-se-to-nedotkne/>>.

³³⁵ Srov. LOK-SČL, *Aktuality. Tisková zpráva o stávkové pohotovosti a analýza situace v CKTCH Brno*, <<http://www.lok-scl.cz/clanky.php?typ=0&id=501&detail=1>>.

³³⁶ Srov. CKTCH, *Nové přístroje a vybavení*, <<http://www.cktch.cz/index.php/tiskovy-servis/108-nove-pistroje-a-vybaveni>>.

³³⁷ Srov. MF ČR, *Finanční správa IS CEDR III*, <<http://cedr.mfcr.cz>>. Dále srov. IKEM, *Základní informace*, <<http://www.ikem.cz/www/cz?docid=1003626>>.

³³⁸ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.

³³⁹ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2009*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>. Dále srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2010*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>. Dále srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.

³⁴⁰ IKEM, *Negativní medializace dodávek materiálu od firmy Kardio Port, a. s. , a výstavby hybridního sálu*, <<http://www.ikem.cz/www?docid=1010372>>.

³⁴¹ Srov. CKTCH, *Přehled veřejných zakázek*, <<https://ezak.cktch.cz/>>.

proplácení administrativních úkonů,³⁴² IKEM i komfortnějších hotelových služeb.³⁴³
Ze strany spokojenosti klientů se hodnotí kladně jako IKEM.³⁴⁴

2.3.2 Institut klinické a experimentální medicíny

Institut klinické a experimentální medicíny, IKEM v Praze je jedním z center zaměřených na léčbu kardiovaskulárních nemocí, diabetologii, poruchy metabolismu a transplantace orgánů včetně srdce. Smysl činnosti IKEMu je v pomoci hledat účinné způsoby prevence chorob, zvyšovat kvalitu let života, přibližovat poznatky z klinické praxe do lékařské vědy.³⁴⁵ Je státní příspěvkovou organizací s přímou řídicí působností MZ ČR (zřizovatel ze dne 28. 10. 1970 na dobu neurčitou) a samostatným právním subjektem.³⁴⁶

Charakteristika a zaměření:

Základní data:

Obchodní jméno: Institut klinické a experimentální medicíny, IKEM

Sídlo: Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4

IČ: 00023001 DIČ: CZ00023001 ID datové schránky: btgjvm.

IKEM zřídil i svou profilovou stránku s cílem přiblížit se veřejnosti a zaměstnancům na sociální síti Facebook a LinkedIn.

Právní formou je příspěvková organizace (331).

Kontakt: telefon +420 236 051 111, fax 236 052 272, email: ikem@ikem.cz,
adresa webových stránek: <http://www.ikem.cz/www?docid=2000>.

Předmět činnosti: 86100 – ústavní zdravotní péče, 72200 – výzkum a vývoj v oblasti společenských a humanitních věd.

Vznik: 1. 1. 1974. Zařazení do institucionálního sektoru jako nefinanční podnik

³⁴² Srov. CKTCH, *Ceník služeb*, <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/informatorium/cenik-slueb-nahlednuti>>.

³⁴³ Srov. IKEM, *Ceník služeb*, <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005977>>.

³⁴⁴ Srov. HEALTHCARE INSTITUT, *Žebříček českých nemocnic pro r. 2011*. Mezinárodní konference „Efektivní nemocnice 2011“. Tisková zpráva <http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2011/zebricek-ceskych-nemocnic_2011-TZ-final.pdf>. Dále srov. IKEM, *Kvalita poskytované péče*, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=1005028>>.

³⁴⁵ Srov. IKEM, *Kdo jsme a co chceme*, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=3009>>.

³⁴⁶ Srov. IKEM, *Zřizovací listina IKEM*.

veřejný s velikostní kategorií podle počtu zaměstnanců 1500-1999.³⁴⁷

Společnosti ve vztahu s IKEM: IKEM – služby, spol. s r. o. a nezisková instituce Svaz diabetiků ČR (od 6. 3. 1998). Společnost IKEM služby vzniká 1. 4. 1993, se sídlem na stejné adrese jako IKEM, spisová značka u Městského soudu v Praze C 189 94, IČ 485 355 91 s předmětem podnikání výroba a obchod neuvedených v přílohách 1 až 3 živnostenského zákona, hostinská činnost (širší spektrum služeb bylo zrušeno současně s dozorčí radou v roce 2011, např. organizační a ekonomické poradenství, úklidové služby. Jméni: základní kapitál z původních 100 tisíc Kč vzrostl na vklad 600 tisíc Kč.³⁴⁸ Jako společník s úplným obchodním vkladem je IKEM.³⁴⁹ Současným jednatelem je JUDr. Milan Masák (od roku 2006). Původní obchodní firma ŽOFIE, s r. o., od 4. 6. 1998 zrušena a změněna na IKEM – služby, spol. s r. o.³⁵⁰

Zřizovací listina: centrum je samostatnou příspěvkovou organizací v přímé působnosti MZ ČR, zřízeno rozhodnutím ze dne 29. 10. 1970³⁵¹ na dobu neurčitou. Zdravotní služby jsou lůžkové: akutní, intenzivní a standardní; ambulantní: primární a specializované, dále léčebně rehabilitační péče, ošetrovatelská, lékárenská a klinickofarmaceutická péče. Poskytuje vysoce specializovaná péče u kardiovaskulárních nemocí, ale i ledvin, jater, slinivky břišní, tenkého střeva Langerhansových ostrůvků, zabývá se i diabetologií, endokrinologií a poruchami metabolismu. Úzce spolupracuje s vedlejší Thomayerovou nemocnicí,³⁵² vede Český registr dárců krevetvorných buněk, podílí se na vzdělávání a výzkumu v medicíně. Funguje v rozsahu pro naplnění účelu svého zřízení, provozuje lékárnu s odbornými pracovišti.³⁵³ Jinou činnost než hlavní určují podmínky vymezené příl. 1 zřizovací

³⁴⁷ Srov. MFČR, *IKEM. Výpis z Registru ekonomických subjektů ČSÚ v ARES*,

<http://www.info.mfcr.cz/cgi-bin/ares/darv_res.cgi?ico=00023001&jazyk=cz&xml=1>.

³⁴⁸ Srov. JUSTICE. CZ, *Obchodní rejstřík a sbírka listin*,

<<https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-vypis?subjektId=isor%3a41364&typ=full&klic=4png3q>>.

³⁴⁹ Srov. MFČR, *Administrativní registr ekonomických subjektů (ARES). ARES – ekonomické subjekty*,

<http://www.info.mfcr.cz/ares/ares_es.html.cz>.

³⁵⁰ Srov. JUSTICE. CZ, *Obchodní rejstřík a sbírka listin*,

<<https://or.justice.cz/ias/ui/vypis-vypis?subjektId=isor%3a41364&typ=full&klic=4png3q>>.

³⁵¹ Ve výpisu od 1. 1. 1974. MFČR, *IKEM. Výpis z Registru ekonomických subjektů ČSÚ v ARES*,

<http://www.info.mfcr.cz/cgi-bin/ares/darv_res.cgi?ico=00023001&jazyk=cz&xml=1>.

³⁵² Srov. ROUS, V., *Strategie ICT pro dvě nemocnice, 16. ročník konference Systémová integrace 2008*, s. 217-221,

<<http://si.vse.cz/archive/index.asp?volume=2008>>.

³⁵³ Srov. IKEM, *Zřizovací listina IKEM*.

listiny, např. hostinská činnost, fotografické služby, poradenská činnost, tato činnost se sleduje odděleně od hlavní, *hospodářský výsledek nesmí být ztrátový, neboť se počítá s tím, že náklady na tuto činnost musí pokrýt výnosy z této činnosti a k vykonávání jiné činnosti se smí využít majetek pouze ve vlastnictví státu*. Schvalování právních úkonů zřizovatelem podléhá zákonu o majetku ČR (zákon č. 219/2000 Sb., v platném znění, poslední změna zákonem 503/2012 Sb.).³⁵⁴

Historie: prvním ředitelem byl prof. MUDr. Jaroslav Málek, DrSc. IKEM vznikl v roce 1971 spojením do té doby samostatných výzkumných ústavů: klinické a experimentální chirurgie, pro choroby oběhu krevního, pro výzkum výživy lidu, Výzkumného ústavu pro elektroniku a modelování v lékařství.³⁵⁵ Jejich integrací vzniká největší vědeckovýzkumný ústav se třemi specializovanými centry v čele se svými přednosty: *Kardiocentrum, Transplantcentrum, a Centrum diabetologie*.³⁵⁶ Komplement těchto tří center tvoří úseky: ambulantní péče, pracoviště zobrazovacích metod, pracoviště radiodiagnostiky a intervenční radiologie, radioizotopové pracoviště, pracoviště experimentální medicíny, pracoviště klinické rehabilitace, patologicko-anatomické pracoviště, ústavní lékárna.³⁵⁷ Od roku 2011 se nově zřídila další část tzv. *Centrum experimentální medicíny*.³⁵⁸ Po roce 1989 začala růst novostavba IKEM, dokončená v roce 2005.³⁵⁹

Kardiocentrum IKEM: po vzniku IKEM v roce 1971 se kardiocentrum označovalo za *Centrum výzkumu kardiovaskulárních chorob* (začíná zde selektivní koronarografie, chirurgická a katetrizační léčba kardiovaskulárních chorob). V roce 1984 se zahájily transplantační programy s první transplantací srdce, jedním z úspěchů je i transplantace srdce a plic ženě v roce 2007, dále v roce 2008 první implantace perkutánní aortální chlopně v Čechách. Koronární jednotka v nové budově se přeměnila na oddělení akutní kardiologie (oddělení akutního příjmu, intenzivní péče a

³⁵⁴ Srov. Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=49516&nr=219~2F2000&rpp=15#local-content>>.

³⁵⁵ Ústavy vytvářely pokrok ve vědě, např. v roce 1962 první implantace kardiostimulátoru v Československu.

³⁵⁶ Srov. IKEM, *Kdo jsme a co chceme*, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=3009>>.

³⁵⁷ Srov. IKEM, *Základní informace. Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM)*, <<http://www.ikem.cz/www/cz?docid=1003626>>.

³⁵⁸ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2011*, s. 13, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=1005591>>.

³⁵⁹ Srov. PIRK, J., Kardiocentrum IKEM, *Sanquis*, č. 55, s. 8, <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art23>>.

intermediární péče). Klinika kardiovaskulární chirurgie a anesteziologie a resuscitace je i přes nižší počet výkonů největší od roku 2005 v České republice a kardiocentrum samotné je největším pracovištěm pro dospělé.³⁶⁰ Nárůst výkonů v chirurgické oblasti ovlivnil oddělení kardiochirurgické části pod kardiocentrum a cévní problematiku pod transplantcentrum.³⁶¹ Kardiocentrum tvoří čtyři oddělení: *klinika kardiologie* (centrum pro arytmiologii a srdeční selhání), *klinika kardiovaskulární a transplanační chirurgie* (školicí centrum pro mechanické srdeční podpory), *klinika anestezie a resuscitace*, *pracoviště preventivní kardiologie*. Vlastní dva katetrizační a elektrofyziologické sály, jeden implantační, čtyři operační a jeden hybridní sál.³⁶² V současné době je jeho čtvrtým přednostou prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc. (prvním byl profesor Libor Hejhal).³⁶³

Poslání, logo, cíle: IKEM se uvádí sloganem „*Věda pro medicínu, medicína pro pacienty*.“³⁶⁴ Posláním je služba ve prospěch zdraví v souladu s potřebami občanů a se zájmem společnosti v oblasti prevence, diagnostiky a léčby onemocnění, v duchu Hippokratovy přísahy a humanistických ideálů s hodnotami v podobě profesionality a invence, zodpovědnosti a kompetentnosti, lidské solidarity a kolegiality. Logem je zkratka IK+EM. Hlavní úkoly se váží na specializovanou klinickou a vědeckovýzkumnou činnost.³⁶⁵ V poskytování zdravotní péče IKEM zachovává ustanovení a požadavky související s manipulací s dokumentací. Elektronickou bázi zajišťuje intranetový portál Zlatokop, dalšími jsou speciální programy pro dané pracoviště, např. Pharmax, informační systém lékárny. IKEM je hodnocený na předních místech za spokojenost s ošetřujícím personálem, v roce 2011 dostal ocenění tzv. Spokojený pacient za rok 2010.³⁶⁶ Poskytování zdravotní péče je v souladu s legislativou a právními požadavky ČR, tzv. politika jakosti: např. informované souhlasy, Listina práv pacientů, dodržování etiky (Etická komise), sledování chyb a omylů v péči.³⁶⁷ Modely a metody řízení IKEM se řídí podle platných certifikačních

³⁶⁰ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2006*, s. 22.

³⁶¹ Srov. IKEM, *Klinika anesteziologie a resuscitace IKEM, Sanquis*, č. 55, s. 9, <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art24>>.

³⁶² Srov. HOŘEJŠÍ, J., Hlavní dějství – IKEM 1971-2011, *IKEM 40. 1971-2011*, s. 54-60.

³⁶³ Srov. JÍLKOVÁ, J., IKEM – čtyřicátník v plné síle, *Zdravotnické noviny*, 2011, č. 5, <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/ikem-ctyricatnik-v-plne-sile-458697>>.

³⁶⁴ Srov. IKEM, *Věda pro medicínu, medicína pro pacienty*, <<http://www.ikem.cz/www?docid=2000>>.

³⁶⁵ Srov. IKEM, *Kdo jsme a co chceme*, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=3009>>.

³⁶⁶ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2011*, s. 90.

³⁶⁷ Srov. BĚLOHLÁVEK, F., Vedení, Řízení jakosti v organizacích, *Organizační chování*, s. 203-230 a s. 255-276.

norem ISO, v rámci kontroly jakosti funguje Rada kvality.³⁶⁸

Organizační strukturu IKEMu tvoří 8 klinik, 15 odborných pracovišť, základna a laboratoří a zhruba 1450 pracovníků. Péče o zaměstnance se člení na tři úseky: ředitele, ekonomický a provozní, odborná centra: kardiocentrum, transplantcentrum, centrum diabetologie, nově od roku 2011 Centrum experimentální medicíny, komplement: úseky ambulantní péče, laboratorních metod a zobrazovacích metod, patologicko-anatomické pracoviště, dále klinické rehabilitace, experimentální medicíny a ústavní lékárna. Podrobné členění organizační struktury, poslání, působnost a členění útvarů Institutu upravuje organizační řád.³⁶⁹ V čele vedení je ředitel (nyní MUDr. Aleš Herman, PhD.), kterého jmenuje a odvolává ministr zdravotnictví. IKEM uzavřel kolektivní smlouvu o zajištění rovného zacházení s pracovníky³⁷⁰ v oblasti pracovněprávních vztahů s Radou odborů IKEM. Sociální program pro zaměstnance se kryje z fondu kulturních a sociálních potřeb (FKSP) dle vyhlášky č. 365/2010 Sb.,³⁷¹ dotační objem peněžních prostředků se snižuje.

Odborná spolupráce: se všemi centry v ČR, dále s Koordinačním střediskem transplantací ČR), lázněmi Poděbrady (rehabilitace). Kooperace se zahraničím (účast na mezinárodních studiích).³⁷² Není členem mezinárodních organizací, někteří zaměstnanci členové odborných. Výzkum: IKEM je (spolu)řešitelem mnoha grantů.³⁷³

Ekonomické údaje o IKEMu:

Hlavním zdrojem jsou platby za diagnostické a léčebné výkony od zdravotních pojišťoven. Výzkumná činnost se hradí formou grantů od českých a zahraničních grantových agentur a ze státního výzkumného záměru. Část financí plyne ze služeb, např. ze spolupráce na vývoji léků.³⁷⁴ V IKEMu se kontroluje ekonomická struktura nákladových středisek (celkem 113), dvacet tři pro Kardiocentrum.³⁷⁵ Nasmlouvaná

³⁶⁸ Srov. IKEM, *Kvalita poskytované péče*, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=1005028>>.

³⁶⁹ Srov. IKEM, *Kdo jsme a co chceme*, <<http://www.ikem.cz/www/?docid=3009>>.

³⁷⁰ Srov. IKEM, *Zřizovací listina IKEM*.

³⁷¹ Srov. Vyhláška č. 365/2010 Sb., <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-6-prosince-2010-ktou-se-meni-vyhlaska-ministerstva-financi-c-1142002-sb-o-fondu-kulturnich-a-socialnich-potreb-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-18050.html>>.

³⁷² Studie post-MONICA o rizikových kardiovaskulárních faktorech, Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2006*, s. 22.

³⁷³ Viz výroční zprávy IKEM.

³⁷⁴ Srov. Zřizovací listina IKEM.

³⁷⁵ Srov. IKEM, *Ekonomická struktura nákladových středisek IKEM od 1. 4. 2013, tisková zpráva*.

úhrada s pojišťovnami je analogická s CKTCH, základem je VZP a Vojenská zdravotní pojišťovna. Cílem u DRG systému je sběr případů spadajících do tzv. skupiny DRG alfa (finančně výhodná skupina, běžné skupiny případů). Paušálem se financuje mimořádně nákladná péče, za tzv. „balíčkové ceny“ sjednané s pojišťovnou. Pro rok 2013 platí úhradová vyhláška č. 475/2012 Sb.³⁷⁶ Limity úhradové vyhlášky je úskalím, v rámci svých rozpočtů musí centrum zpětně flexibilně reagovat zvýšením či snížením objemu produkce péče a služeb. Ambulantní péče je od roku 2009 placena mimo paušál.³⁷⁷ Negativem je časté spadání nemocných pod nákladnou skupinu beta s překročením limitů proplácených pojišťovnou a vysoký podíl pojištěnců u VZP s již proplacenými limity (proplácí zhruba 92 % péče) oproti jiným pojišťovnám. VZP snižuje zálohy a stále není uzavřená dohoda ohledně proplácení skupiny beta (neovlivnitelná s nepředvídatelnými výkyvy: transplantace,³⁷⁸ mechanické srdeční podpory. Tzv. balíčkové úhrady jsou dohodnuté s malými oborovými pojišťovnami, např. Vojenská. Medializovaná ztráta 160 miliónů Kč na krytí transplantací se řeší obtížně, proto zvyšování nekrytého dluhu za poskytnutou péči a služby roste. Dochází k omezení programů: transplantačního, kardiologického a diabetologického, jejich existence je však žádoucí. Úskalím je i zvyšování sazby daně z přidané hodnoty (DPH) a přemístování položek z různých typů plateb DPH, např. převod zdravotnických prostředků do základní sazby DPH. Objem zásob se snižuje, např. léků (zvláště specifických, např. pro transplantované), do budoucna porostou i náklady. Pokud se šetří, je pokles nákladů, ale i výnosů. Za menší objem financí se vykoná více práce (operací), dostojí závazkům k dodavatelům, je solventní, účetně však je ve ztrátě. IKEM snižuje osobní náklady: propouští se zaměstnanci technického směru, v administrativě, zmrazuje či snižuje finanční ohodnocení. Výzkum nese pozitivní finanční situaci, rezervy se uplatní při stavbě budovy pro výzkum.³⁷⁹ *Veřejné zakázky* (během let 2005-2012 kolem čtyřiceti) hrazené z vlastních a externích dotací se týkají informačního systému, přístrojů a servisu, léčiv, úklidu, ostražky, praní prádla.³⁸⁰

³⁷⁶ Srov. MZ ČR, *Vyhláška č. 475/2012 Sb.*,

http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c475/2012-sb_7260_3.html.

³⁷⁷ Srov. RYBAŘÍK, M., *Oddělení zdravotních pojišťoven ÚEP*.

³⁷⁸ V prvním čtvrtletí 2013 již překročen limit pojišťovny. IKEM, *Výsledky hospodaření 2013*, Zpráva.

³⁷⁹ Srov. IKEM, *Výsledky hospodaření 2013*, Zpráva.

³⁸⁰ IKEM, *Veřejné zakázky*, <http://www.ikem.cz/www?docid=1006309>.

3 VYBRANÉ EKONOMICKÉ UKAZATELE CENTER

Dostupných informací o ekonomické stránce je u světových kardiocenter méně než u českých.³⁸¹ Personál se často nezajímá o ekonomickou situaci svého zaměstnavatele.³⁸² Srovnávám ekonomické ukazatele (základní, stavové, tokové, rozdílové a poměrové) během sedmi (pěti) let 2005 (2007)-2011, které jsem zjistila z dat výročních zpráv center.³⁸³ Používám metody horizontální a vertikální analýzy pro vybrané položky (viz příloha 3 na přiloženém datovém nosiči CD-R). Předpokládám, že IKEM bude vykazovat stabilnější a vyšší úroveň v ekonomických ukazatelích než CKTCH.

3.1 Srovnání vybraných ekonomických ukazatelů center

Vybírám hlavní stavové ukazatele v majetkové struktuře (aktiva) a kapitálové (pasiva). Základem je rovnost aktiv a pasiv. Pokračuji tokovými ukazateli: náklady a výnosy, jejich rozdílem v podobě hospodářského výsledku (pozitivní zisk/ negativní ztráta). Aplikuji základní metody finanční analýzy (analýza absolutních, tokových a poměrových ukazatelů). Pro přehlednost srovnávaných ukazatelů mezi centry volím relativní vyjádření, jinak pracuji s absolutními hodnotami.³⁸⁴ Na závěr zpracovávám stručnou analýzu finančního zdraví, která obsahuje vybrané ukazatele aktivity, likvidity, rentability a stability.³⁸⁵

³⁸¹ Např. viz kanadský Montrealský kardiologický institut, Clevelandská a Mayo klinika ve Spojených státech, Centrum hrudní chirurgie v Holandsku, v Německu kardiocentrum V Berlíně a Mnichově, ve Velké Británii Srdeční a plicní centrum Královský bromptonský a harefieldský kartel Národní zdravotní služby, ve Francii Centrum univerzitní nemocnice v Rennes, Nemocnice Pitié-Salpetriere v Paříži (centrum zrodu transplantace srdce v Evropě).

³⁸² Srov. HEKELOVÁ, Z., Co manažer dělá a koho řídí, *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*, s. 37.

³⁸³ Některé údaje IKEMu neuvedeny, osnovu zpráv upravuji minimálně. Pro data (např. majetek a kapitál) využívám časové rozmezí 2005-2011, pro jiné období 2007-2011 (poměrové ukazatele). Srov. v příloze 3 tab. 19 a tab. 20.

³⁸⁴ Zaokrouhluji na jedno desetinné, či na celé číslo, analogicky dle Sedláčka, Knápkové, Pavelkové, Landy a Růčkové. Data ve výročních zprávách jsou uváděna k 31. 12. uvedeného roku. Srov. SEDLÁČEK, J., *Účetní data v rukou manažera*. Dále srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*. Dále srov. RŮČKOVÁ, P., *Finanční analýza*. Zde jsou i podrobnější odkazy.

³⁸⁵ Srov. tamtéž, *Hodnocení finančního zdraví firmy*, s. 20.

První oblastí, které se budu věnovat je majetková struktura (aktiva) a rozložení kapitálu (pasiv):

Podle rozdělení Knápkové a Pavelkové jsem se inspirovala pro osnovu analýzy ukazatelů (horizontální a vertikální v relativních hodnotách).³⁸⁶

Aktiva:³⁸⁷ vytváří hospodářskou aktivitu subjektu, rozdělují se na tři části: *stálá* (dlouhodobý: nehmotný, hmotný a finanční majetek), *oběžná* (zásoby, dlouhodobé a krátkodobé pohledávky, finanční majetek a peněžní prostředky) a *časové rozlišení* s přechodnými aktivy.³⁸⁸ Změna aktiv v peníze jsou tržby. Z oběžných aktiv jsou směnitelné za peníze jen peníze a některé cenné papíry. Pohledávky obsahují nejistotu uhrazení, přeměna zásob na peníze je problematická. Stálá aktiva jsou základem pro budoucí zisk a jsou nejméně převoditelná na peníze převažují u IKEMu než CKTCH, kde jde o současný rychlý zisk. Dle zákona č. 477/2008 Sb. příspěvková organizace může vlastnit majetek a nabýt svého majetku darem se souhlasem zřizovatele (CKTCH nelze).³⁸⁹ U obou center postupně roste bilanční hodnota aktiv (u IKEMu mírně v posledním roce klesne), jejich podíl je jiný. Strukturu aktiv CKTCH uvádí tab. 3, u IKEMu tab. 7 přílohy 3. Obrázek č. 1, na s. 75 zobrazuje u center vývoj relativního poměru stálých aktiv a oběžných v rámci celkových aktiv (v poměru tyto složky tvoří intenzitu aktiv).³⁹⁰

Podíl stálých aktiv CKTCH soupeří s oběžnými aktivy o rovnováhu (v roce 2007 a 2011), aby se nakonec snížil na vrub oběžného, přes prvotní negativní hospodaření v roce 2005 se tento obrat projevil pozitivně. U IKEMu konstantně tři čtvrtiny zabírají stálá aktiva a jejich podíl se snižuje. Z vertikální struktury aktiv center (meziroční změny) vyplývá nárůst u dlouhodobého majetku center. Pro obě centra největší složkou odpisů je dlouhodobý hmotný majetek: stavby a movité věci. Z horizontální analýzy struktury aktiv CKTCH vyplývá, že se podíl dlouhodobého nehmotného

³⁸⁶ Viz Příloha 3. Zde je i blíže popis ekonomických pojmů. Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., *Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 67 (aktiva), s. 69 (pasiva). Dále srov. KISLINGEROVÁ, E., a HNILICIA, J., *Finanční analýza krok za krokem*.

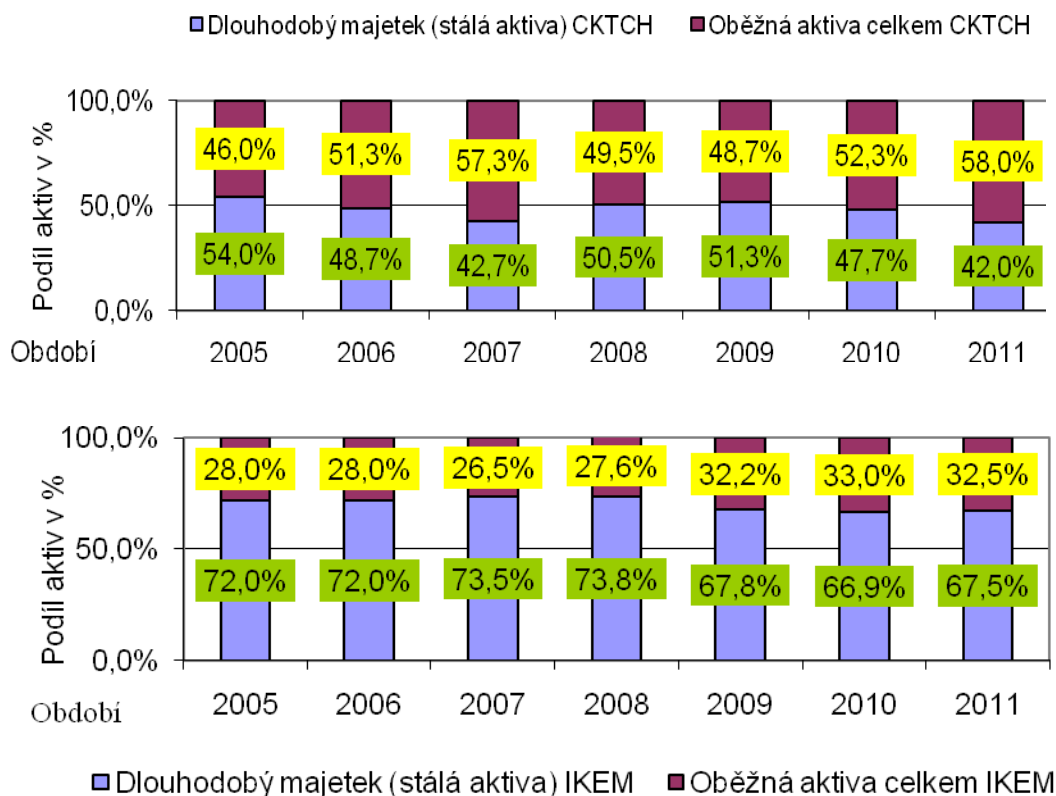
³⁸⁷ Srov. SEDLÁČEK, J., *Účetnictví pro manažery*.

³⁸⁸ Srov. SEDLÁČEK, J. *Finanční analýza podniku*, s. 21-23.

³⁸⁹ Příspěvková organizace může Srov. MF ČR, Zprávy MF ČR pro finanční orgány obcí a krajů, Deník veřejné správy, 2010, č. 3, s. 4-5, <<http://www.alis.cz/keo/download/zpravMF/zpr310.pdf>>.

³⁹⁰ V roce 2011 je absolutní hodnota intenzity aktiv u IKEMu 2,1, CKTCH 0,7, vyšší je pro dlouhodobou situaci výhodnější.

majetku snižuje. Dlouhodobý hmotný majetek se pohybuje v průměru kolem 48 %, celkově z jedné třetiny odepsán, z toho největší část jako samostatné movité věci a jejich soubory (odepsány více než ze dvou třetin, odpisy sniží hodnotu majetku v opravkách), jejich procentuální složení se od roku 2005 navýšilo o 7,4 %.



Obr. 1 Vývoj položek aktiv center (relativně) v období 2005-2011 ³⁹¹

Druhou položkou jsou stavby s navýšením o trojnásobek oproti roku 2005: čili opotřebení tohoto majetku narůstá, zvláště u staveb (žádá investice do oprav, obnovení). Rovněž u IKEMu je dlouhodobý nehmotný majetek již skoro odepsán, hmotný je zhruba ze dvou třetin.³⁹² Zásoby CKTCH kromě roku 2007 jsou stále v malé výši, v posledním roce již jen 0,3 %. Intenzita zásob (poměr zásob) k aktivům u center

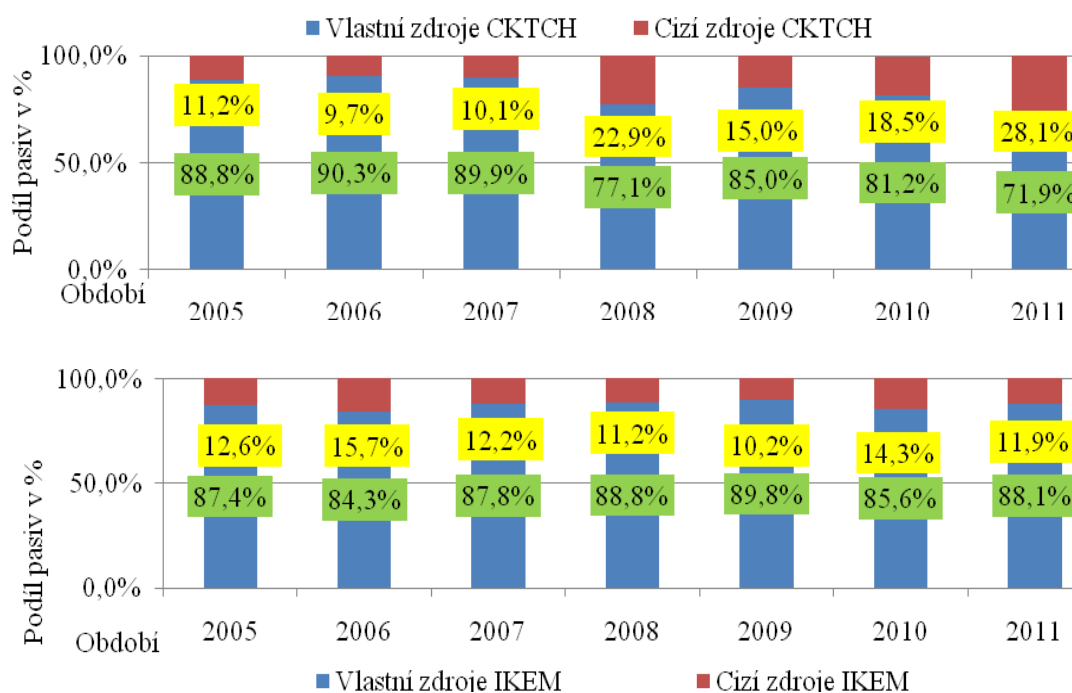
³⁹¹ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

³⁹² CKTCH nehospodář s nemovitým majetkem. Obě centra odepisují lineárně podle zákona o účetnictví 410/2010, v platném znění a současně se řídí svou vnitřní směrnici. Srov. BUSINESS CENTER.CZ, *Zákon o účetnictví 410/2010*, <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.

Srov. BOROVSKEJ, J., a DYNAROVA, V., *Ekonomika zdravotnických zařízení*. s. 25 a 30.

klesá, redukuje se zásoby. Obrátka zásob (ukazatel intenzity využití zásob) se snižuje, nemají zbytečné nelikvidní zásoby s nadbytečným financováním. Celkové (i dlouhodobé) pohledávky ke zdravotním pojišťovnám se během let u obou center snižují, včetně jejich krácení doby splatnosti faktur. Pozitivem u CKTCH je zvýšení finančního majetku ze 12,5 % na 42,7 %, u IKEMu zhruba o 15 %.

Pasiva obsahují: vlastní kapitál (základní, kapitálové fondy, *fondy z případného zisku* (rezervní fond na pokrytí ztrát, u CKTCH nulový), *výsledek hospodaření* (minulých let a běžného účetního období)³⁹³ a *cizí kapitál* (rezervy, dlouhodobé a krátkodobé závazky, bankovní úvěry, poslední je časové rozlišení.³⁹⁴ Strukturu pasiv CKTCH viz tab. 4, IKEM tab. 8 přílohy 3. Vývoj relativního podílu vlastních a cizích zdrojů na celkových pasivech znázorňuje obr. 2.³⁹⁵



Obr. 2 Vývoj položek pasiv center (relativně) v období 2005-2011³⁹⁶

Struktura pasiv center obsahuje třičtvrtiny vlastního kapitálu z celkových pasiv. Cizí kapitál během let kolísá, v současné době se zvyšuje (více u CKTCH) a i vlastní

³⁹³ CKTCH neuvádí, IKEM jen pro běžné účetní období, ve výpočtech vycházím z osnovy center.

³⁹⁴ Srov. SEDLÁČEK, J. Finanční analýza podniku, s. 24-25.

³⁹⁵ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

³⁹⁶ Srov. tamtéž.

kapitál mírně roste. Centra nemají rezervy, na rozdíl od IKEMu CKTCH neudává dlouhodobé závazky. IKEMu se celkové závazky snižují (polovina k dodavatelům a druhá k zaměstnancům). Velikost objemu investic a jejich plánování pro rok 2007-2011 center závisí na dotacích státu a Evropské unie (řádově desítky miliónů Kč, více dostává IKEM), především na výzkum a vývoj, až v posledním roce se centra podílejí z třetiny až poloviny vlastních zdrojů na obnovu přístrojů, budov atd.

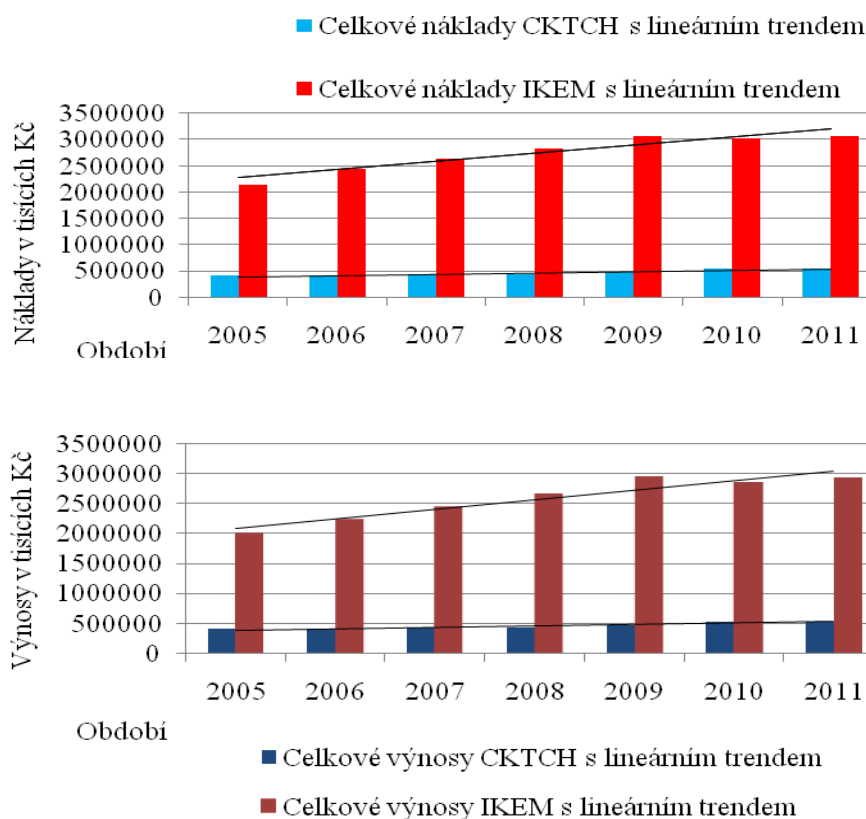
Pokud uvažují, zda platí u center tzv. zlatá bilanční pravidla³⁹⁷ pro orientaci o dlouhodobé finanční stabilitě subjektu pro rok 2011, (srov. tab. 17 přílohy 3), vychází mi, že většinou ano:

- 1) Zlaté pravidlo vyrovnaní rizika (vlastní kapitál větší/roven dluhům): u CKTCH vlastní zdroje převyšují zhruba třikrát závazky, které se zvyšují, obdobně u IKEMu, kde je vlastní kapitál vyšší sedmkrát. Platí pro obě centra, lépe se jeví IKEM.
- 2) Zlaté bilanční pravidlo o financování dlouhodobého majetku (DM) z vlastních dlouhodobých či cizích zdrojů: u CKTCH platí, že dlouhodobý majetek je roven součtu vlastního kapitálu a dlouhodobým dluhům/závazkům, u IKEMu je majetek vyšší na úkor oběžných aktiv. U CKTCH platí, u IKEMu ne.
- 3) Zlaté pari pravidlo, aby DM byl financován hlavně z vlastních zdrojů (není časté): u CKTCH a IKEMu neplatí, IKEM se více snaží financovat z vlastních zdrojů.
- 4) Zlaté poměrové pravidlo, kdy tempo růstu investic nebýt vyšší než růst tržeb: u obou center se tržby zvyšují, u IKEMu i CKTCH. CKTCH má tržby jen z prodeje služeb, IKEM z prodeje lékárny a zdravotnických potřeb, bufetu. Platí pro obě centra, růst tržeb je vyšší.

Druhou oblastí, které se věnují, je *struktura nákladů a výnosů* (tokové ukazatele), hospodářský výsledek, cash flow, lze opět analyzovat horizontálně a vertikálně.³⁹⁸ *Náklady* (nákladnost kardiovaskulárního výkonu viz tab. 15 přílohy 3) a i *výnosy* center postupně rostou (srov. obr. 3, s. 78, dále v příloze 3 tab. 5 a 6 pro CKTCH, tab. 9-12 u IKEMu).

³⁹⁷ Srov. MÁČE, M., *Ukazatelé finanční analýzy*, Finanční analýza obchodních a státních organizací, s. 29-33.

³⁹⁸ Podrobnější analýzou se nezabývám. Srov. LANDA, M., *Jak číst finanční výkazy*.



Obr. 3 Celkové náklady a výnosy center v období 2005-2011³⁹⁹

IKEM využívá navíc obrat lékárny, v porovnání s ostatními položkami není tak výrazný vliv.⁴⁰⁰ Z nákladů je nejobemnější položkou materiál, nákup materiálu tvoří 30-40% podíl, (např. kardiostimulátory, katétrů, sondy, krev a krevní deriváty),⁴⁰¹ následují osobní náklady⁴⁰² a odpisy dlouhodobého majetku. Rozdíl mezi centry je výrazný (vyšší hodnoty u IKEMu). Centra neudávají dary a rezervy. Výnosy plynou především z tržeb od zdravotních pojišťoven (paušálních plateb, u center specifikum

³⁹⁹ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

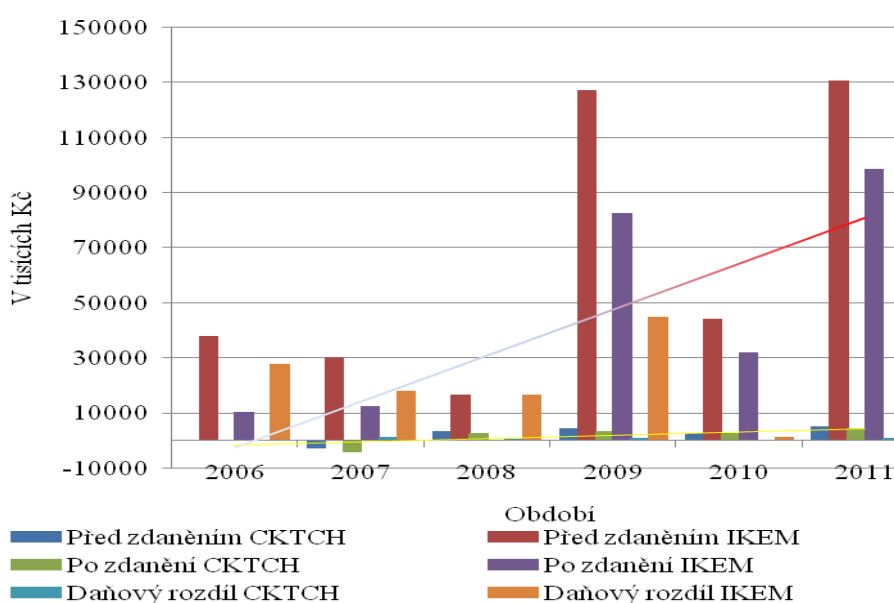
⁴⁰⁰ Náklady poklesly vlivem outsourcingových služeb (např. údržba, doprava, ostraha, úklid), u energie pozitivní klimatické podmínky a kvalitnější smlouvy s dodavateli. Zvýšení nákladů vzniká zaváděním nových léčebných a laboratorních metod, zvyšováním DPH, opravami a údržbou budov, i odpisem nedobytných pohledávek. Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*. Zvýšení nákladů na zahraniční cesty u center je za účelem jejich propagace a získání nových poznatků aplikovatelných do praxe. Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴⁰¹ Započtení léků do nákladů za materiál je zvyšuje zhruba o 6%. Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴⁰² Jejich růst pod vlivem státních zásahů do odměn (zvláště u všeobecných sester navýšení platů), případně se vyplácí mimořádné roční odměny při dobrém hospodářském výsledku, naopak se snižují např. díky poklesu daně z příjmů.

kumulace mimořádně nákladných případů), u IKEMu se mírně snížily,⁴⁰³ U CKTCH se uvádí celkové tržby, které se zvýšily.

Hospodářský výsledek (rozdíl výnosů a nákladů v podobě zisku, či ztráty)⁴⁰⁴ u center dosti kolísá, CKTCH zpočátku vykazuje i záporný, IKEM v roce 2008 rovnou nule (obr. 4, s lineárním trendem hospodářského zisku po zdanění, dále tab. 13 přílohy 3). U center velmi nestabilní ukazatel, v posledních letech s tendencí růst. Obecně ve zdravotnictví se prosazuje dlouhodobý neztrátový výsledek hospodaření než maximalizace zisku.⁴⁰⁵ Hospodářský výsledek se tvoří celý rok, celková aktiva se hodnotí na konci roku, jeho výsledek ovlivňuje pořízení zdrojů (např. materiál, suroviny, energie, pracovní síly).⁴⁰⁶



Obr. 4 Hospodářský výsledek (zisk/ztráta) center v období 2005-2011⁴⁰⁷

Centra nemají přímé údaje o cashflow, shledávají ho obě bezproblémovým.⁴⁰⁸

⁴⁰³ U IKEMu tržby i z pronájmu pozemků, nebytových prostor, nemovitých věcí, platby od občanů jiných zemí, prodej lékárny, bufetu, grantů, ale i banovní vklady a zúčtování fondů např. reprodukce majetku. Provozní dotace se dávají např. na transplantační program. Od roku 2008 se evidují tržby za regulační poplatky. Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴⁰⁴ Srov. BOROVSKÝ, J., a DYNTAROVÁ, V., *Ekonomika zdravotnických zařízení*, s. 25 a 30.

⁴⁰⁵ Srov. DLOUHÝ, M., a ULÍČNÁ, Š., Finanční analýza hospodaření nemocnic, *Acta Oeconomica Pragensia*, č. 1, s. 391-403.

⁴⁰⁶ Srov. BOROVSKÝ, J., a DYNTAROVÁ, V., *Ekonomika zdravotnických zařízení*, s. 59-60.

⁴⁰⁷ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴⁰⁸ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

Jeho nepřímé stanovení se vypočítává např. rozdílem příjmů a výdajů, či součtem odpisů a zisku. Celkový cashflow obsahuje složku provozní (z hospodářské činnosti), dále investiční (nákup a prodej fixních aktiv) a finanční (přírůstek/úbytek dlouhodobých zdrojů).⁴⁰⁹ Pokud si stanovím dle Sedláčka⁴¹⁰ cashflow jako součet čistého zisku a odpisů dlouhodobého majetku snížený odečtením přechodných účtů aktivních pro období 2007-2011, vychází u obou center záporný, u CKTCH se snižuje (lépe), u se IKEMu naopak zvyšuje (problém do budoucna). Běžný vývoj ukazatelů udává, že největším je index cashflow, následuje index výnosů a nejmenším je index nákladů. U center platí opačný trend s tím, že indexy nákladů a výnosů se rovnají, index casfhlow je nejmenší (u CKTCH je ojedinele roven ostatním indexům), na cashflow působí pozitivně snižující se závazky a zvyšující se tržby, což platí více u IKEMu, viz tab. 18 přílohy 3.

Posledním bodem, kterým se zabývám, je *finanční zdraví*, hodnocené čtyřmi oblastmi, každá se svými ukazateli (srov. tab. 16 přílohy 3). K němu se zohledňuje i efektivnost procesů, motivace zaměstnanců a spokojenost klientů. Vybírám některé pro rok 2011 u center, pro jejich hodnocení vycházím z doporučení podle Zlámala.⁴¹¹ ukazatel čistého pracovního kapitálu (*rozdíl* oběžných aktiv a krátkodobých závazků) se u center zvyšuje, rychleji u CKTCH (je pružnější) než IKEMu.⁴¹²

1) *Stabilita*: představuje, jaká je zadluženost (působí zatížení cizími zdroji).

Zadluženost vlastního kapitálu (poměr cizího a vlastního) se mírně zvýšila na třetinu u obou center, rychleji u CKTCH. U IKEMu narůstá podíl závazků po lhůtě splatnosti.

Ukazatel věřitelského rizika, podíl celkových dluhů a aktiv v %, je vyšší u CKTCH.

Ukazatel krytí aktiv vlastními zdroji, podíl celkových dluhů (krátkodobé a dlouhodobé závazky) krácené celkovými aktivy, je konstantní u CKTCH, nestabilnější u IKEMu, centra jsou spíše podkapitalizována.

Ukazatel poměru vlastních a cizích zdrojů, podíl celkových dluhů a vlastních

⁴⁰⁹ Srov. BOROVSÝ, J., a DYNTAROVÁ, V., *Ekonomika zdravotnických zařízení*, s. 25 a 30.

⁴¹⁰ Data cashlow poskytovatelů mohou být jiná. Srov. SEDLÁČEK, J. Finanční analýza podniku, s. 31-32 a 53.

⁴¹¹ Srov. ZLÁMAL, J., Poměrové ukazatele, *Podnikové finance*, s. 5. Dále srov. BELLOVÁ, J., a ZLÁMAL, J., *Využití účetních výkazů*, Základy účetnictví pro management zdravotnictví, s. 169-196.

⁴¹² Srov. PAPEŠ, Z., a ULRICH, M., Měření efektů a efektivnosti, *Zdravotnická ekonomika (úvod)*, s. 69-71. Dále srov. HEALTHCARE INSTITUT, Žebříček českých nemocnic pro r. 2011.

<http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2011/zebricek-ceskych-nemocnic_2011-TZ-final.pdf>.

zdrojů, se se u obou center blíží spíše k nule.

- 2) *Likvidita 1. – 4. stupně* je schopnost pokrytí závazků směnitelností majetku za peníze, solventnost je přímo peněžní hotovost.

Likvidita 1. stupně, okamžitá: podíl peněz a krátkodobých závazků, u center se zvyšuje, více u IKEMu (2,8).⁴¹³

Likvidita 2. stupně: rozdíl oběžných aktiv a celkových zásob krácený krátkodobými závazky (rychlý test, pohotová likvidita), platí totéž.

Likvidita 3. stupně: podíl oběžných aktiv a krátkodobých závazků (běžný test, běžná likvidita) se zvyšuje, více IKEMu.

Likvidita 4. stupně, dlouhodobá: je součtem peněz, pohledávek, celkových zásob a stálých aktiv dělený součtem celkových závazků (krátkodobé a dlouhodobé), u CKTCH se snižuje, u IKEMu zvyšuje.

- 3) *Aktivita*: rychlost změny aktiv, zda je přiměřená s tržbami atd.

Obrátka zásob, podíl tržeb a celkových zásob se radikálně zvýšila CKTCH (tržby ze služeb jsou skoro celé výnosy), mírně snížila IKEMu. Doba obrátky pohledávek, pohledávky násobené 360 a pokrácené tržbami, se u obou center zkracují, více u IKEMu. Obrat stálých aktiv, podíl tržeb a stálých aktiv spíše klesá, stabilnější je IKEM, totéž platí pro obrat celkových aktiv, podíl tržeb a celkových aktiv.

- 4) *Rentabilita* (ziskovost nákladů a výkonů):

Ukazatel rentability nákladů, podíl celkových nákladů a čistých tržeb, je konstantní u CKTCH, u IKEMu mírně nižší, klesá.

Ukazatel čistého zisku, podíl čistého zisku a tržeb je u CKTCH nulový, IKEM má minimální, kdy náklady se rovnají tržbám.

Ukazatel výnosu na aktiva, poměr čistého zisku k celkovým aktivům je u obou center nulový.

V souvislosti s rentabilitou se udává i tzv. finanční páka, podíl objemu zdrojů: aktiva celkem vůči vlastnímu jmění,⁴¹⁴ u obou center se snižuje (otázkou je, zda to bude pozitivní do budoucna) a je zhruba stejně velká (v rámci dané hodnoty ukazatele).

⁴¹³ Ideální rozmezí je 1,5-2,5. Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., *Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 90.

⁴¹⁴ Srov. PAPEŠ, Z., a ULRICH, M., *Měření efektů a efektivnosti, Zdravotnická ekonomika (úvod)*, s. 69-71.

3.2 Jiné vybrané ukazatele

Z ostatních ukazatelů jmenuji např. počet výkonů, lůžek, zaměstnanců, lůžkodnů,⁴¹⁵ ošetrovacích dnů.⁴¹⁶ Více informací jsem získala o IKEMu.

Spektrum a počet výkonů u obou center je analogické (viz tab. 1 a 2 přílohy 3 a obr. 5, s. 83), z nich nejčetnější jsou operace srdce (IKEM průměrně 1200,9 a CKTCH 1140,4). CKTCH jako první operuje na hybridním sále, druhým je IKEM.⁴¹⁷ Speciálních výkonů (transplantace srdce, ledvin, jater) provádí více IKEM. IKEM si udržuje přední místo u transplantací,⁴¹⁸ v roce 2011 provedl 63, 2 % transplantací z celkově provedených v ČR.⁴¹⁹ Kardiologie IKEM provádí nejvíce kardiovaskulárních výkonů (vliv přestěhování do nové budovy a větší úspěšnost intervenční kardiologie na úkor kardiologie). U pacientů se objevují často vyšší věkové skupiny (70-80 let).⁴²⁰ CKTCH vlastní údajně 78⁴²¹ a IKEM celkově 308 lůžek. Kardiocentrum drží nyní celkem 167 lůžek, (88 standardních, 79 intenzivních), kardiologie 85 lůžek, klinika kardiovaskulární chirurgie (66 lůžek), klinika anesteziologie a resuscitace (16 lůžek).⁴²²

⁴¹⁵ Jeden lůžkoden, k němuž lze pak přidat vyčíslení nákladů poskytovatelem a podle toho následně určit spoluúčast klienta. Srov. PAPEŠ, Z., Zdravotnické instituce, *Zdravotnické instituce*, s. 25. Dále srov. Masarykova městská nemocnice v Jilmenici, *Výroční zpráva*, <http://www.nemjil.cz/data/jil_files/105-148/vz2011.pdf>.

⁴¹⁶ K tzv. ošetrovacímu dni (OD) se váže úhrada nákladů pojišťovny určené dle Seznamu zdravotních výkonů v rámci DRG systému. Srov. MZ ČR, *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami od 1. 1. 2013*, <http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-zdravotnich-vykonu-s-bodovymi-hodnotami-od-1-1-2013_7003_1.html>.

⁴¹⁷ Srov. CKTCH, Tisková zpráva. První operace na hybridním sále v ČR, <<http://www.cktch.cz/index.php/tiskovy-servis/64-tiskova-zprava>>.

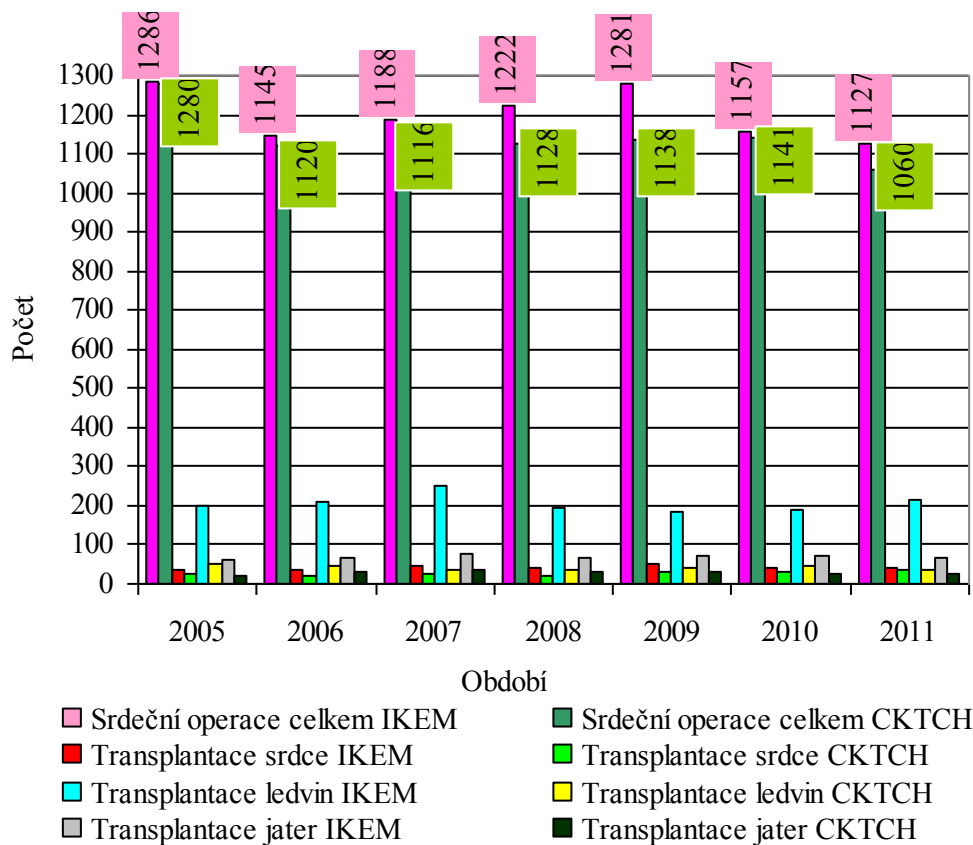
⁴¹⁸ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2007*, s. 18 a 24. Dále srov. IKEM, *Výroční zpráva 2011*, s. 29.

⁴¹⁹ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2011*, s. 26

⁴²⁰ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2005*, s. 10, 12 – 14.

⁴²¹ Srov. FN U SVATÉ ANNY V BRNĚ, *Mezinárodní centrum klinického výzkumu Brno*, <<http://www.lf2.cuni.cz/Aktuality/nove/icrcfaq.pdf>>.

⁴²² Srov. IKEM, *Využití lůžkového fondu*. Viz tab 15 v příloze 3.



Obr. 5 Porovnání objemu vybraných výkonů center v období 2005-2011⁴²³

V oblasti lidských zdrojů CKTCH ve výročních zprávách rozepisuje personální složení jen podle pohlaví, věku a vzdělání. Údaje o hlavním základu personálu chybí, tj. lékaři a nelékařský zdravotnický personál. Během let 2005 až 2010⁴²⁴ si udržuje počet kolem 306 zaměstnanců (63 mužů, 243 žen), kdy se věkové složení a vzdělání procentuálně nemění. Rozhodující skupinou jsou zaměstnanci ve věku 21 – 40 let (62 %).⁴²⁵ Fluktuace⁴²⁶ pracovníků CKTCH (do roku 2010 zvyšuje ve prospěch

⁴²³ Data výročních zpráv center a ročenkách ÚZIS u IKEMu se mírně liší. Zde Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴²⁴ Rok 2011 se personálnímu složení nevěnuje.

⁴²⁵ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴²⁶ Fluktuace je rozvázání pracovního poměru a nastoupení do jiného. Mobilita je širší pojem, obsahuje např. odchod do důchodu, na mateřskou. U výroční zprávy mobilitou se uvažuje vstup a výstup. Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2008*, s. 72. Dále srov. STÝBLO, J., *Smysl a strategie personálního řízení*, <[http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d435v411-poslani-obsah-a-informacni-zabezpeceni-personalniho-rizeni/?search_query=\\$index=511](http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d435v411-poslani-obsah-a-informacni-zabezpeceni-personalniho-rizeni/?search_query=$index=511)>.

nástupu).⁴²⁷ IKEMu od roku 2005 rostl počet zaměstnanců z 1475 na 1714 v roce 2011 (ženy tvoří zhruba 2/3). Kardiocentrum samotné v roce 2012 zaměstnává 101 lékařů a 294 NZP (nelékařští zdravotničtí pracovníci).⁴²⁸ Stoupá počet lékařů, všeobecných sester a sanitářů, snížil se počet osob v administrativě.⁴²⁹ Průměrný věk zaměstnanců se pohybuje kolem 40 let, podstatná část personálu patří k věkovému rozmezí 21- 40 let.⁴³⁰ Fluktuace zaměstnanců kolísá mezi 14-17 % a mobilita je 30-34 %.⁴³¹ Absolutní poměr počtu personálu Kardiocentra IKEMu k lůžkovému fondu je stabilní. Rozdíly jsou mezi jednotlivými pracovišti (celkově poměr lékař/ lůžko je nižší: 0,3) než celkem v IKEMu (poměr 1, vliv ambulantních pracovišť). Poměr nelékařský zdravotnický pracovník na lékaře u Kardiocentra je větší (3) než u IKEMu celkově (2) a poměr NZP na lůžko je nižší u Kardiocentra (0,9) než u IKEMu (2). Finanční hodnocení mezi kategoriemi pracovníků se ve výročních zprávách nerozlišuje jako u IKEMu (srov. tab. 10 a 11 přílohy 3). Náklady na platy personálu IKEMu od roku 2005 narostly přibližně z 38 na 58 miliónů Kč v roce 2011, srov. tab. 10 a 11 přílohy 3. Výše platového ohodnocení státních zaměstnanců se řídí podle platného nařízení vlády (tarify podle tabulek, vykazování přesčasů atd.).⁴³² Od roku 2009 hodnotí více IKEM, CKTCH se trendu IKEMu blíží. Nelékařským zdravotnickým pracovníkům Kardiocentra IKEMu se navyšuje plat v poměru k lékařům mají poloviční.

Údaje o hospitalizacích, ambulantních pacientech zpracovává jen IKEM. Hospitalizace se během let snižují (pro rok 2012 bylo 15413,0 pro IKEM, Kardiocentrum 8473,0 oproti roku 2009: 15866, 0 a 9121, 0). Celkově počet hospitalizací u kardiocentra značně kolísá meziročně, celkově spíše klesá. Počet hospitalizovaných pacientů se na klinice kardiologie a anesteziologie mírně zvyšuje, v roce 2008 byl jejich průměrný věk 64 let, pobyt delší než 30 dnů mělo 13 nemocných.⁴³³ Průměrná ošetrovací doba je 5,5 dne (což je oproti průměru v ČR

⁴²⁷ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2007*. Dále srov. *Výroční zpráva 2008*.

⁴²⁸ Srov. IKEM, *Využití lůžkového fondu 2005-2011*.

⁴²⁹ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2006*, s. 17, s. 18

⁴³⁰ Srov. Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2010*, IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴³¹ Podle Ertla v ČR běžná, obecně doporučovaná je 5-7 %. Srov. ERTL, Jan. *Fluktuace – diagnóza a léčba*, <http://www.personall.cz/Fluktuace_clanek.html>.

⁴³² Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2007*, s. 65.

⁴³³ IKEM, *Výroční zpráva 2008*, s. 16

nižší),⁴³⁴ v Kardiocentru je nejdelší u kardiovaskulární chirurgie 6,2 dne, následuje kardiologie 4, 2 dne a nejkratší má pracoviště anesteziologie a resuscitace 3,2 dne. Počet ambulantních vyšetření Kardiocentra se nedá z neúplných dat zaznamenat. Z pracovišť Kardiocentra má kardiologie zhruba 30 tisíc vyšetření, stejně i pracoviště preventivní kardiologie, klinika kardiovaskulární chirurgie 3,5 tisíc vyšetření. Zvyšuje se počet vyšetření v ambulancích akutního příjmu a srdečního selhání a⁴³⁵ výkonů kardiologických ambulancí ohledně srdečních arytmií.⁴³⁶ Počet ošetrovacích dnů udržují kliniky od roku 2007 konstantní, u Kardiocentra tvoří polovinu (41 596 dnů) z celkových v IKEMu (84 110 dnů).⁴³⁷ IKEM má průměrně 106 104 lůžkodnů a Kardiocentrum 56 841. Obložnost se pohybuje mezi 80-86% u IKEMu a pracovišť Kardiocentra 78-100 % a celkově klesá.⁴³⁸ Co se týká výkonnosti u lékařů: v případě počtu lůžkodnů/počet lékařů se od roku 2006 drží stabilní trend v poměru 3,5 krát vyšší u lékařů Kardiocentra oproti IKEMu. Pokud si vezmu poměr počtu vybraných stěžejních výkonů IKEMu na lékaře a jejich platové ohodnocení, vyplývá, že klesl výkon, zvýšilo ohodnocení. Nepromítá se však zde např. zkrácení inflací, dopad zvýšené obtížnosti výkonů: komplikované a náročné, které „zatěžují“ personál a ekonomiku centra více než běžné. Při srovnáních výkonnosti poskytovatelů nepřeceňujme data (méně výkonů, ale komplikované versus více běžných).

⁴³⁴ Srov. TYPITOVÁ, J. *Nemocnice v České republice v roce 2011, 2012*, č. 5, s. 1 a 7, <<http://www.uzis.cz/novinky?page=1>>.

⁴³⁵ IKEM, *Výroční zpráva 2009*, s. 14.

⁴³⁶ IKEM, *Výroční zpráva 2008*, s. 12-13, IKEM, *Výroční zpráva 2011*, s. 22

⁴³⁷ IKEM, *Využití lůžkového fondu*.

⁴³⁸ Srov. tamtéž.

DISKUSE

Přijetí jednotné trvalejší koncepce zdravotnictví v rámci politické strategie České republiky omezí negativní změny některých zásadních rozhodnutí s „efektem motýlích křídel.“⁴³⁹ Světová kardiocentra řeší spíše otázku financí na technologické vybavení, personální obsazení, v Čechách zase více limitační smluvní vztahy se zdravotními pojišťovny.⁴⁴⁰ Předpokládám, že obě centra jsou nyní finančně stabilní, s výhodnější perspektivou IKEM jako prioritní medializovaný poskytovatel v ČR, kdy při vyšších externích dotacích od státu a Evropské unie, dokáže podat vyšší efektivitu s dvakrát více lůžky a skoro šestinásobkem personálu než CKTCH. Kardiocentrum je základem pro obě centra díky převažujícímu vysokému počtu výkonů, lůžek, personálu, majetku atd. IKEM se obecně více orientuje na nákladné specializované případy v kardiovaskulární oblasti, diabetologii atd. Obě centra jsou závislá na velikosti, včasnosti proplácení péče pojišťovny a také na dotacích své činnosti. Právě ty během času dosahují vysokých částek a jsou velkou státní investicí, proto je nezbytné určit počet center se specifickou činností.⁴⁴¹ Centra řeší stejné problémy, např.: rostoucí náklady na materiál, osobní náklady, opravy budov, které z vlastních zdrojů není možné pokrýt.

Péče v kardiovaskulární oblasti je velmi finančně náročná, bez státních dotací a dotací z Evropské unie těžko udržitelná co se týká rozvoje pokroku v medicíně. Dotace EU směřují na obnovu přístrojů, vědu a výzkum. Personální zdroje si centra hradí ze svých zdrojů. Stále platí do budoucna optimalizace lůžkového fondu (akutní a chronická lůžka), snižování průměrné délky ošetrovací doby s poskytnutím vhodné péče, dostupnost péče, spoluúčast na hrazení péče.⁴⁴² Ukazatele jsem probírala ve třech oblastech: *struktura majetku (aktiva a pasiva), dále nákladů a výnosů*

⁴³⁹ Edward Lorenz (americký matematik a meteorolog) v 60-tých letech minulého století při tvorbě počítačového zpracování matematické modelové předpovědi počasí, zjistil, že existuje nerovnoměrnost vztahu mezi počátečními podmínkami a jejich dopadem (teorie chaosu) - např. malé změny mají velký následek. BRADLEY, L., *The Butterfly Effect, Chaos & Fractals*, Baltimore, Maryland, 2010, <<http://www.stsci.edu/~lbradley/seminar/butterfly.html>>.

⁴⁴⁰ Srov. např. INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL, *Plan stratégique 2010-2015*, <http://www.icm-mhi.org/files//pdf/Rapports_annuels/Plan_strategique_2010-2015.pdf>, s. 32-33.

⁴⁴¹ Srov. MF ČR, *Finanční správa IS CEDR III*, <<http://cedr.mfcr.cz>>.

⁴⁴² Srov. STRNAD, L., *Úloha nemocnic v systému zdravotní péče*.

(*vyplývající hospodářský výsledek*) a *finančního zdraví v kontextu poměrových ukazatelů*. U center neplatí úplně předpoklad, že obdobně zaměřené subjekty mají podobnou majetkovou a finanční strukturu.⁴⁴³

První popisovanou oblastí jsou aktiva, které srovnávám procentuálně u center pro lepší přehlednost. IKEM vlastní dvanáct krát více celkových aktiv než CKTCH, staví na převaze stálých aktiv, CKTCH se snaží o převahu oběžných, krátkodobých aktiv k dosažení vyššího zisku, likvidita je mírně nižší než u IKEMu. Objem odepsaného hmotného a nehmotného majetku se u obou center nese v obdobném trendu, IKEM převyšuje CKTCH v DHM zhruba desetinásobně, u DNM zhruba čtyřicetkrát, u těchto položek volím procentuální vyjádření pro vhodnější demonstraci ukazatelů obou center. Výhodou IKEMu je jeho navyšující se dlouhodobý finanční majetek bez odpisů, např. může jít o umístění volných financí, CKTCH nemá žádný, ale čtyřnásobně navýšil krátkodobý finanční majetek od roku 2005, podobně i IKEMu narůstá jeho výše k umožnění rychlé likvidity, má ji vyšší, např. 1st. o 0,1 v roce 2011 a během let ukazatele likvidity stabilnější, než u CKTCH, kde více podléhá skokovým změnám. Zastávám tvrzení Knápkové a Pavelkové, že předpoklad manažerů o vysokých aktivech plodících úspěch nemusí být pravdivá, záleží na jejich využití (u center v zásadě obdobné). IKEM oproti CKTCH má tržby plynoucí ještě mimo zdravotní pojišťovny, které zvyšují zisk, tržbami od zdravotních pojišťoven získá čtyřikrát více než CKTCH, které např. vzhledem ke své velikosti je schopné dotáhnout počtem výkonů v určité oblasti IKEM. Časové rozlišení zůstatků nákladů/příjmů příštích období se CKTCH zhruba od roku 2005 čtyřnásobně vzrostlo, IKEMu mnohonásobně více. Závazky vůči dodavatelům dlouhodobé CKTCH nemá oproti IKEM, což je výhoda, objem krátkodobých se u obou spíše zvyšuje. CKTCH a IKEM neudává žádné bankovní půjčky a úvěry.⁴⁴⁴

Struktura pasiv u center je také rozdílná, poměr vlastních a cizích zdrojů je u CKTCH dvaapůlkrát vyšší ve prospěch vlastních, u IKEMu skoro sedmapůlkrát více. Podíl cizích zdrojů u brněnského centra stoupá od roku 2005 zhruba na čtyřnásobek původních hodnot, IKEM naopak o třetinu klesl (zřejmě důsledek uhrazování ztrát, které nešlo vzít z jiné oblasti). V rezervách z cizích zdrojů nemají centra uloženy

⁴⁴³ Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., *Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 34.

⁴⁴⁴ Srov. tamtéž, s. 28.

žádné finance (což je dobře, protože zde snižují zisk),⁴⁴⁵ v rezervních fondech (tvorba ze zisku) se objem financí oproti roku 2005 snižuje, IKEM přechodně klesající výkyvy je dorovnáva zhruba k původním v roce 2005. Časové rozlišení (zůstatky výdajů/výnosů příštích období se IKEM mírně zvyšuje, CKTCH snižuje).

U příspěvkové organizace náklady a výnosy mají vyústit do vyrovnaného výsledku hospodaření.⁴⁴⁶ Struktura nákladů⁴⁴⁷ patří do druhé mnou sledované oblasti, u center je srovnatelná v poměru k tržbám. Z nákladů nejobjemnější položkou jsou náklady na materiál (více u CKTCH). Druhou jsou osobními náklady (rychlejší tempo růstu u CKTCH), nižší zhruba o 5-10 % proti nemocnicím v ČR, kde dominují kolem 46 %, u odborných léčebných ústavů dokonce až 65 % z procentuální struktury nákladů. Náklady na léky jsou u center vyšší a podobně i odpisy (třikrát). V nemocnicích převažují náklady nad výnosy, což platí i u center, nákladová rentabilita je kolem 0,3, u center trojnásobná, platí zde, čím nižší hodnota, lépe, čili centra jsou v horší pozici.⁴⁴⁸ O nákladových položkách mohou říci, že se zvyšují, více za materiál s následnými osobními náklady, jejich procentuální zastoupení u center je srovnatelné. U výnosů jsou tržby IKEMu vzhledem k CKTCH navýšené o obrat lékárny, zdravotnických služeb a bufetu. Primárním zdrojem center jsou zdravotní pojišťovny, proto dohoda o úhradě speciálních výkonů je klíčová. IKEM využívá např. outsourcingových služeb ke zlepšení své výkonnosti, CKTCH data neudává. Snižování nákladů lze zapojením center do veřejných zakázek a elektronických aukcí, kontrolou vynaložených nákladů (vyrušit zbytečné/nadbytečné jevy): využití materiálu, přístrojů, lůžek, zaměstnanců (ve spojení s platovým ohodnocením), zásob na skladu, evidováním pohledávek, závazků. Na udržování vyrovnaného hospodaření působí: sjednávání smluv s dodavateli s adekvátními cenami zdravotnického materiálu, neúměrné přelévání nákladných nemocných atd. Do jisté míry se může projevit sezónnost zhoršení onemocnění a demografický stav obyvatel spádové oblasti

⁴⁴⁵ Srov. Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 32.

⁴⁴⁶ Srov. BUSINESS CENTER.CZ, *Zákon č. 482/2004 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla)*, v platném znění, <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.

⁴⁴⁷ Náklady na výkony, které se provádí nejčastěji v IKEM viz Tab. 15, přílohy 3.

⁴⁴⁸ Srov. ÚZIS, *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011*, s. 96 a 100. Dále srov. ÚZIS, *Ekonomické výsledky nemocnic 2011*.

poskytovatele. Náklady na léky IKEM se snaží snižovat tím, že u ambulantních nemocných se snaží předepisovat speciální. Hospodářský zisk vykazoval stabilnější IKEM, CKTCH dokonce záporný, nyní obě centra vykazují zisk, jeho hodnota je sporná, více vypovídá jeho průběh, který je kolísavý a díky tomu je nutné se příliš nezadlužovat.⁴⁴⁹

Poslední oblast je finanční zdraví u center následně viz tab. 2, z níž vychází lépe IKEM.

Tab. 2 Hodnocení ukazatelů finančního zdraví center⁴⁵⁰

<i>Oblasti</i>	<i>CKTCH/IKEM: pozitivní/negativní vývoj</i>
<i>Stabilita</i>	U CKTCH se zvyšuje více podíl cizích zdrojů a závazků, méně stabilní.
<i>Likvidita</i>	Objem likvidních aktiv je mírně vyšší u IKEMu (v ukazatelích o 0,1), u CKTCH narůstají krátkodobé závazky, IKEMu se mírně snižují. Likvidita 1. st. je vyšší než doporučený limit o 1,0-1,1, více u IKEMu, její vysoké navyšování může být i neefektivním využitím financí. Likvidita 2. st. je opět u center více než doporučená 1,0-1,1, centra lehce překračují limity pro likviditu 3. stupně, pokud trend bude pokračovat, je nadbytečně vysoká hodnota čistého pracovního kapitálu a drahé financování, vysoká likvidita snižuje rentabilitu.
<i>Rentabilita</i>	Doba obratu oběžných aktiv se zkracuje u obou center, lépe vychází IKEM. Zvýšení podílu cizích zdrojů ovlivňuje pozitivně rentabilitu kapitálu.
<i>Aktivita</i>	U CKTCH lépe, u IKEMu klesá poměr tržeb na aktiva pod doporučenou hodnotu 1. Doba obratu zásob je delší u IKEMu, ale dobu pohledávek má kratší.

Cash flow u center (tab. 27, příl. 3), je negativní podle výpočtů ze zpráv, u nefinančních společností se jedná o nepříznivou známku, je nutná kontrola peněžních toků pravidelně podle platebních kalendářů, negativita u investičního cashlow je známkou investic.⁴⁵¹

Diskuse k ostatním údajům center s vlivem na jejich ekonomiku. Srovnávám oblast aktivity center (výkony atp.) a lidských zdrojů. Při odhadu vývoje počtu

⁴⁴⁹ Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., *Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 34.

⁴⁵⁰ Srov. tamtéž, s. 90-91. Dále srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁴⁵¹ Srov. tamtéž, s. 48, 136. Vycházím jen z nepřímých výpočtů, může být zkreslené.

personálu a lůžek, předpokládám stagnaci, či mírný pokles, který ovlivní praxe daného pracoviště s ohledem na externí parametry (pojišťovny atd.): kolik pracovníků s jakou náplní zaměstnat k hospodárnému provozu při zachování kvality, výkonnost, počet výkonů na zaměstnance má CKTCH vyšší. Obě dvě centra patří s počtem výkonů na přední místo v České republice.⁴⁵² Udržet si vysoký počet výkonů, které vážou úhradu je problematické vzhledem ke stále čtené konkurenci, obzvláště v Praze. Obě provádí speciální výkony, rozšiřují ambulantní služby. Kardiologie udává nižší počet výkonů, které si převezmou ostatní pracoviště (zvláště pražská), ale i např. vyšším podílem kardiologické léčby. Narůstá počet komplikovanějších případů.⁴⁵³

CKTCH má ¼ lůžek IKEMu. U obou center se snaží management o maximální počet provedených výkonů spektra nabízené péče a služeb. Počet lůžek IKEMu je konstantní, ½ z celkového počtu jsou lůžka Kardiocentra, obecně převládá využití akutních lůžek než standardních. Obložnost je zhruba 80 % u IKEMu jako celku a u Kardiocentra vysoká 87 %. Rýznar uvádí ideální využitelnost lůžek v rozmezí 85 % - 92 %, ⁴⁵⁴ což splňuje stabilně z Kardiocentra klinika anesteziologie a resuscitace. Nejnižší obložnost je u kliniky kardiologie standardních lůžek (74 %). Pracoviště kardiologické chirurgie podléhá nejvíce v obložnosti skokovým změnám (od 95 % k 75 %). IKEM má zhruba stejnou délku hospitalizace jako je u hospitalizovaných s kardiologickým onemocněním v České republice: 5,5 dne oproti šesti dním.⁴⁵⁵

Údaje o zaměstnancích jsou pro management významným zdrojem při rozvaze o existenci subjektu. Minimální počty personálu na počet lůžek určuje nyní vyhláška č. 99/2012 (stálá diskuse o počtu k zajištění minimálně ztrátového provozu).⁴⁵⁶ V obou centrech převládají ze 2/3 ženy (u CKTCH s vyšším odborným vzděláním, u mužů převládá vysokoškolské). Největší skupina je ve věku 21-40 let (průměrný věk IKEMu je 40 let). U CKTCH skupina s délkou pracovního poměru do pěti let je poměrně četná. Fluktuace pracovníků je u center kolem 14-16 %. Finanční ohodnocení pracovníků mírně stoupá (hrubý měsíční plat od roku 2009 nad 30 tisíc Kč), což je nad

⁴⁵² Srov. ÚZIS, *Přehled vybraných kardiologických operací v ČR 2011*,
<<http://www.uzis.cz/publikace/prehled-vybranych-kardiologickych-operaci-cr-2011>>.

⁴⁵³ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2007*, s. 17-18, s. 24.

⁴⁵⁴ Srov. RÝZNAR, V., *Prezentace. Strategické řízení ve zdravotní péči*.

⁴⁵⁵ Srov. IKEM, *Využití lůžkového fondu 2005-2011*.

⁴⁵⁶ Srov. MZ ČR, Vyhláška č. 99/2012, o minimálním personálním obsazení,
<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html>.

úroveň hrubé mzdy v ČR.⁴⁵⁷ U žen předpokládám zvyšování vzdělání a v návaznosti i možné zvyšující se požadavky na platové ohodnocení. Ohledně produktivity lékařů u IKEMu mohu říci, že výkonnost poklesla oproti roku 2005, ale udržuje se konstantní, finanční ohodnocení stoupá (faktory: zvyšování podle státní platové tabulky, změna obsahu pracovní náplně pracovníků atd.). Do budoucna bude zřejmě regulace ohodnocení výkonu. Stanovení výše bude vyplývat z dohod a bude možným zdrojem klesající personální stimulace. Do péče o zaměstnance se řadí i pracovního prostředí, kolektivní atmosféra (velký kolektiv IKEMu versus menší, „rodinný“ CKTCH), finanční ohodnocení a benefity (zhruba stejné u obou) atd.

Podobně jako IKEM a CKTCH během zjišťovaného období i jiná česká kardiocentra, vykazují stálý lůžkový fond s mírným růstem lékařů a nelékařského zdravotnického personálu. Ukazatele jako je využití lůžek (v průměru 70 - 80 %), atp. jsou nižší oproti centrům.⁴⁵⁸

Odhady variant prognózy *vývoje pro kardiocentra, CKTCH a IKEM* v České republice mohou být:

1. *Optimistické*: jednotná koncepce zdravotnictví, optimální distribuce péče mezi centry a jinými poskytovateli, adekvátní počet center v ČR, samostatnost center s přiměřenými dotacemi, dohody s pojišťovny o proplácení úhrad nákladné péče, aplikace vědy do praxe, spolupráce se zahraničím, benchmarking mezi centry.
2. *Reálné*: nejednotná koncepce zdravotnictví, nerovnoměrná distribuce péče a skladba nemocných, slučování s ostatními poskytovateli, u úhrad problémy s pojišťovny.
3. *Pesimistické*: maximální redukce solidarity ve zdravotnictví, v rámci úspor limitace investic a dotací, zajištění základního provozu s cílem naplnit požadavky úhrad, odchod odborného personálu, omezení nákladných výkonů a etická dilemata.

Předpoklad, že IKEM bude vykazovat vyšší úroveň v ekonomických ukazatelích než CKTCH je správný, funguje de facto s nižšími lidskými zdroji výkonově zhruba jako IKEM, plánuje s územně blízkými poskytovateli, což představuje pro CKTCH ekonomické oslabení až i jeho postupný zánik.

⁴⁵⁷ Srov. ČSÚ, *Průměrné mzdy*, <<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpmz031113.doc>>.

⁴⁵⁸ Srov. NEMOCNICE NA HOMOLCE, *Výroční zprávy 2005-2011*, <<http://www.homolka.cz>> Dále srov. NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, *Výroční zprávy 2008-2011*, <<http://www.nemcb.cz>>. Dále srov. FN HRADEC KRÁLOVÉ, *Výroční zprávy 2007-2011*, <<http://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>>. Dále srov. PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, *Výroční zprávy 2010-2011*, <<http://www.nemocnice-pardubice.cz>>.

ZÁVĚR

Všechny zdravotnické systémy financované státem mají nesnadný úkol stanovit riziko prahu léčby s udržením rovnováhy mezi zdroji, přáním lékařů a veřejnosti při nedostatečných výdajích na zdravotnictví.⁴⁵⁹ Mým cílem bylo na základě srovnání ekonomických parametrů popsat situaci center, kterou ovlivňují i jiné faktory. Z ekonomických výsledků obou center, vyplynulo, že obě v posledních letech sice generují zisk, avšak situace do budoucna bez externí dotací bude obtížná. Premisa, že IKEM je na tom výrazně ekonomicky lépe, procentuální zastoupení ekonomických ukazatelů nevyovídá, centra jsou na tom zhruba stejně i přes výhodu vyšších dotací IKEMu na výzkum, vyšších výnosů atd. Obě mají 26 % podíl (každé 13 %) z celkových kardiochirurgických operací v ČR vůči ostatním poskytovatelům. Efektivita CKTCH v roce 2010 v relaci počet kardiochirurgických výkonů/personál je čtyřikrát vyšší oproti IKEMu, avšak IKEM přebírá více nákladových a komplikovaných případů (viz příl. 1).⁴⁶⁰ IKEM prosazuje snížení nákladů, zatím nemá problémy s likviditou, je stabilnější do budoucna především díky své samostatnosti, dotacím a výzkumu, CKTCH hrozí sloučení s ekonomicky ztrátovými poskytovateli, což ho negativně ovlivní i přes jeho nespornou efektivitu. Výhodnější financování tzv. skupiny alfa u DRG systému uniká centrům ve prospěch ostatních poskytovatelů, kde se na tuto skupinu orientují. Složitější případy jsou odesílány do center a tam dochází k nepoměru mezi výhodnými a nevýhodnými skupinami případů ve prospěch více nákladných. Řešením je dohoda odborníků a poskytovatelů s pojišťovny o proplácení případů a regulace sítě center. Specializovaná péče se bez dotací pro svou nákladnost neobejde (státní a EU). Samostatnost center je důležitá pro transparentnější přehled ekonomické situace (nejen pro zjištění úspor).

Doporučení: řecký aforismus „gnothi seauton“: „poznej sebe sama“ se

⁴⁵⁹ Srov. WHO, *Prevention and control cdvs*,

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf>. Např. WHO u nákladů na léčbu kardiovaskulárních nemocí uvádí, že počet nemocných se může snížit o polovinu při širším použití kombinace léků, které stojí 14 dolarů ročně. Srov. WHO, *Cardiovascular disease*, <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>.

⁴⁶⁰ Nejen kardiovaskulárních, ale i diabetologických (polymorbidita). Průměrný věk operovaného je 65 let a dle pohlaví z 70 % muž. Srov. ÚZIS, *Přehled vybraných kardiochirurgických operací v ČR 2011*, <<http://www.uzis.cz/publikace/prehled-vybranych-kardiochirurgicky-operaci-cr-2011>>, s. 31, s. 42.

uplatní i zde, pokud centrum nepozná své možnosti, nepostupuje dále (benchmarking). Podmínky existence center se dají ovlivnit v třech klíčových oblastech:

- a) *ekonomická stránka* (státní zásahy, možnosti managementu): stanovení cílů, kterých chtějí centra dosáhnout. Souček a Burian upozorňují, že současná nestabilita ukazatelů hodnotících výkonnost poskytovatelů, např. body či paušál, může vyvolat jejich ignoranci a podcenění,⁴⁶¹
- b) *regulace nabídky specializované péče* (počet v regionu, jejich dostupnost),
- c) *personál* (množství, kvalifikace, mobilita, stimulace, motivace atd.).

U center po *ekonomické stránce* manažeři v oblasti zdravotní péče hledají řešení udržení rovnováhy mezi regulací výdajů při současném zlepšování kvality⁴⁶² a zabránění stagnace vlivem omezených finančních zdrojů, jak říká Kopčaj odhadnout strategicky situační časový bod, kdy je potřeba udělat změnu k rozvoji, nejlépe s pozitivně motivovanými lidmi zhodnocující finanční a materiálový kapitál.⁴⁶³ Obecně stagnace při šetření na úkor investic je krokem zpět, jak popisuje již Max Weber.⁴⁶⁴ Vedení managementu poskytovatele si vybírá mezi strategií efektivní (krátkodobá s rychlým efektem) a efektivní (dlhodobá s pomalejším efektem). Management subjektů poskytovatelů péče hledá konsensus se zdravotními pojišťovnami, státem a odbornými společnostmi v otázkách zdravotní péče pro občany ČR. Při zavádění nových léčebných strategií probíhá jednání o jejich proplacení pojišťovnami, či s doplacením klienta, je potřebné zachovat i možnosti řešení občasných speciálních výkonů. Tlak ze stran zdravotnických pojišťoven na snížení nákladů poskytovatelů snižuje i jejich výnosy (problém velkých rozdílů při počítání obecného průměru mezi poskytovateli běžné péče a specializované). V oblasti DRG systému vykazovaným pojišťovnám lze provést srovnávací matice mezi kardiocentry a benchmarking ve sledovaných oblastech (skupiny případů, ekonomické ukazatele). Problémová oblast financování se objevuje u výkonu/péče: použití materiálu a techniky (jak drahý?), hodnocení personálu, vztahy s dodavateli. Dále udržetelnosti péče (externí a interní) a investice do návratných záležitostí. Poskytovatel

⁴⁶¹ Srov. SOUČEK, ZD., a BURIAN, J., Příčiny mimořádné obtížnosti řízení zdravotnických zařízení, *Strategické řízení zdravotnických zařízení*, s. 21-25.

⁴⁶² Srov. TAYLOR, R., J., a TAYLOR S., The Organization and Financing of Health Care Services, *The AUPHA. Manual Of Health Services Management*, s. 101.

⁴⁶³ Srov. KOPČAJ, A., *Košatění bohatství*.

⁴⁶⁴ Srov. WEBER, M., K metodologii sociálních vied, „*Duch*“ kapitalismu, s. 297-298.

kontroluje spotřebu materiálu, léků, indikaci nadbytečných vyšetření (CT, laboratorních) a přesun vstupních vyšetření (pokud lze) na ambulantní sféru atd. Spojení odborných center s jinými poskytovateli běžné péče z důvodu ekonomických, může mít pro ně až i likvidační účinek. Ekonomická samostatnost, kterou považují za optimální i odborníci, zachová i jejich vysokou úroveň benchmarku např. u výkonů, personálu a výzkumu. Ideálně by kardiocentrum mělo poskytovat péči pro potenciálně ohrožené: prevence, a i komplexní rehabilitační péči či pružnou návaznost na ni (rehabilitační centrum). Management má pracovat s vizí kardiocentra jako učící se organizace s fungujícím partnerstvím než oportunní konkurencí, pak si mohou dovolit posunout hranice medicíny za cenu vyšších nákladů pro společnost v rámci její solidarity.

Ohledně *regulace nabídky center* je třeba zachovat poskytování péče s celonárodní působností a odstranit koncentraci a duplikaci nabízených služeb a péče center (např. Praha). Určit možnosti kardiocenter (počet, dostupnost, spektrum služeb), jejich spolupráci (např. u specializovaných, plánovaných výkonů).

U *personálu* se přikláním ve zdravotnictví k pojetí tzv. školy lidských vztahů Eltona Mayo, kde se na výkonu podílí hlavně pracovní spokojenost v sociálních vztazích na pracovišti.⁴⁶⁵ Nemalý podíl nákladů center zabírá ohodnocení personálu. Interním auditem zjistit nepotřebná místa (vytíženost, pracovní náplň) a nadbytečná zrušit. Zaměstnance informovat o změnách, vzdělání, benefitech, týmově spolupracovat. V současné době se budoucnost výkonnosti subjektů projevuje v týmech vedených iniciativními lidmi.⁴⁶⁶ Aktuální je např. spolupráce na výzkumu (republiková a zahraniční), sjednocení stanoviska u eticky vyhraněných situací.

Předpokládané využití mé práce spatřuji jako vzhled do ekonomické situace center v kontextu českého zdravotnictví u poskytovatelů zdravotnické péče a služeb v kardiovaskulární oblasti, která je důležitá v rámci péče o zdraví občanů České republiky.

⁴⁶⁵ Srov. BĚLOHLÁVEK, F., Vývoj názorů na organizaci, *Organizační chování*, s. 29-56.

⁴⁶⁶ Srov. BLÁHA, J., a DYTŘT, Z., *Manažerská etika*, s. 117-118 a 122.

LITERATURA A PRAMENY

- ACCREDITATION FOR CARDIOASCULAR EXCELLENCE. *About Accreditation for Cardiovascular Excellence* [online]. Washington (USA): ASPX, 2013 [cit. 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.cvexcel.org/About.aspx>>.
- AGEL. *O skupině AGEL*. [online]. Praha: Agel, 2011 [cit. 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.agel.cz/o-skupine.html>>.
- ARMSTRONG, Michael, STEPHENS, Tina. *Management a leadership*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 272 s. ISBN 978-80-247-2177-4. Kap. 1. Povaha řízení, s. 15-26.
- ASOCIACE POSKYTOVATELŮ A UŽIVATELŮ ELEKTRONICKÝCH NÁSTROJŮ PRO VÝBĚROVÁ ŘÍZENÍ A ELEKTRONICKÉ AUKCE. *Elektronické aukce Jihočeské nemocnice moc nezajímají* [online]. Praha: APUEN, 2010 [cit. 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <<http://www.apuen.cz/elektronicke-aukce-jihoceske-nemocnice-moc-nezajimaji>>.
- BELLOVÁ, Jana, a ZLÁMAL, Jaroslav. *Základy účetnictví pro management zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-1967-1. 206 s. Kap. 6, Využití účetních výkazů, s. 169-201.
- BĚLOHLÁVEK, František, KOŠŤAN, Pavel, a ŠULEŘ, Oldřich. *Management*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2006. 724 s. ISBN 80-251-0396-X. Kap. 1, Manažeři, s. 9-13. Kap. 2, Vývoj názorů na organizaci, s. 29-56, Kap. 9, Strategické řízení, s. 185-231.
- BĚLOHLÁVEK, František. *Organizační chování*. 1. Vyd. Olomouc: Rubico, 1996. 343 s. ISBN 80-85839-09-1. Kap. 11, Vedení, s. 203-230. Kap. 13, Řízení jakosti v organizacích, s. 255-276.
- BÁRTLOVÁ, Sylva, a HNILICOVÁ, Helena. *Vybrané metody a techniky výzkumu: zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 119 s. ISBN 80-7013-311-2. Část B, Zjišťování spokojenosti pacientů, s. 61-98.
- BEZDĚKOVÁ, Marie. *Česká kardiocentra čeká audit a některá i zrušení* [online].

- Týden.cz*. Praha: Empresa Media. ISSN 1210-9940. [cit. 2012-12-12]. 2009, b. roč. č. a s. Dostupné na WWW: <http://m.tyden.cz/rubriky/domaci/ceska-kardiocentra-ceka-audit-a-nektera-i-zruseni_101708.html>.
- BLÁHA, Jiří, a DYTRT, Z. *Manažerská etika*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2003. 155 s. ISBN 80-7261-084-8.
- BLAHA, Zdeněk S., a JINDŘICHOVSKÁ, Irena. *Jak posoudit finanční zdraví firmy*. 3. vyd. Praha: Management Press, 2006. 195 s. ISBN 80-7261-145-3.
- BOROVSKÝ, Juraj, a DYNTAROVÁ, Věra. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: ČVUT, 2010. 112 s. ISBN 978-80-01-04485-8. Kap. 4, Základní pojmy ekonomiky zdravotnictví, s. 11-15.
- BRABEC, Zdeněk. *Účetní informace a vypovídací schopnost účetních výkazů a finanční analýzy*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, Ekonomická fakulta, 2011. 166 s. ISBN 978-80-7372-778-9. Kap. 2, Klíčové aspekty finanční analýzy, s. 14-32, Kap. 3, Zdroje dat pro finanční analýzu, s. 33-56.
- BRADLEY, Larry. *The Butterfly Effect, Chaos & Fractals* [online]. Baltimore, Maryland, 2010 [cit. 2013-01-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.stsci.edu/~lbradley/seminar/butterfly.html>>.
- BUREŠOVÁ, D. Odpověď na interpelaci. *Česká národní rada* [online]. Praha: Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, 1992. 747. [cit. 2013-01-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0747b00.htm>>.
- BUSINESS CENTER.CZ. *Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník* [online]. Praha: HAVIT, 1998-2012 [cit. 2012-06-18]. ISSN 1213-7235. Dostupné na WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obchzak/cast2h1d4.aspx>>.
- BUSINESS CENTER.CZ. *Zákon č. 346/2010 Sb. o daních z příjmů, v platném znění* [online]. Praha: HAVIT, 1998-2012 [cit. 2012-06-18]. ISSN 1213-7235. Dostupné na WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/dprij/cast1.aspx>>.
- BUSINESS CENTER.CZ. *Zákon č. 482/2004 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla)* [online]. Praha: HAVIT, 1998-2012 [cit. 2012-06-18]. ISSN 1213-7235. Dostupné na WWW: <<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.
- BUSINESS CENTER.CZ. Daňové identifikační číslo. *Zákon č. 337/1992, o správě*

- dani a poplatků* [online]. Praha: HAVIT, 1998-2012 [cit. 2012-06-18].
ISSN 1213-7235. Dostupné na WWW:
<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/spravadani/cast2.aspx#par33>>.
- BUSINESSINFO.CZ. *Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra, 2010 [cit. 2013-05-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/pravni-predpisy-sbirka-4-tyden-2010-4998.html>>.
- BUSINESSINFO.CZ. *Zákon o účetnictví 410/2010* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra, 2010 [cit. 2013-05-03]. Dostupné na WWW:
<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.
- CALLAHAN, Daniel. Ends and means: the goals of health care, Ethical dimension of Health Policy. In CHURCHILL LARRY R., CLANCY, Carolin, a DANIS, Marion (ed.) *Ethical Dimension of Health Care Policy*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2002. 397 s. ISBN 0-19-530083-1. S. 3-18.
- CICERO, Macus Tullius. *O povinnostech: rozprava o třech knihách věnovaná synu Markovi*. 1. vyd. Praha: Svoboda 1970. 193 s. ISBN 25-086-70.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO. *Ceník služeb* Brno: CKTCH, 2012 [cit. 2012-05-03]. Dostupné na WWW:<<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/informatorium/cenik-slueb-nahlednuti>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO. *CKTCH* [online]. Brno: CKTCH, 2012 [cit. 2012-05-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.cktch.cz/>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO. *Kardiovaskulární chirurgie, přehled* [online]. Brno: CKTCH, 2012 [cit. 2012-05-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.cktch.cz/index.php/co-umime/kardiovaskularni-chirurgie/kardiovaskularni-chirurgie-prehled>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO. *Mechanická srdeční podpora HeartWare - poprvé v ČR* [online]. Brno: CKTCH, 2013. [cit. 2013-05-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.cktch.cz/>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO. *Nové přístroje a vybavení* [online]. Brno: CKTCH, 2011. [cit. 2013-05-03]. Dostupné na WWW:

- <<http://www.cktch.cz/index.php/tiskovy-servis/108-nove-pistroje-a-vybaveni>>.
CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
O nás. Organizační schéma [online]. Brno: CKTCH, 2012 [cit. 2012-05-03].
Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/organizani-schema>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Pro pacienty. Kontakty [online]. Brno: CKTCH, 2012 [cit. 2012-05-03].
Dostupné na WWW: <<http://www.cktch.cz/index.php/pro-pacienty/kontakty/35>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Tradice a současnost. Historie CKTCH [online]. Brno: CKTCH, 2012
[cit. 2012-05-03]. Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/tradice-a-souasnost/historie-cktch>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Tisková zpráva. První operace na hybridním sále v ČR [online]. Brno: CKTCH,
2009 [cit. 2012-05-03]. Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/tiskovy-servis/64-tiskova-zprava>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
*50. výročí první operace srdce za použití mimotělního krevního oběhu
v Československu* [online]. Brno: CKTCH, 2009 [cit. 2013-05-03]. Dostupné na
WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/tiskovy-servis/22-50-vyroji-prvni-operace-srdce-za-pouiti-mimotlniho-krevniho-obhu-v-sr-5-ii-1958->>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Přehled veřejných zakázek [online]. Brno: CKTCH, 2013 [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW: <<https://ezak.cktch.cz/>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2005 [online]. Brno: CKTCH, 2005. 2 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocni-zpravy>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2006 [online]. Brno: CKTCH, 2006. 2 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW:

- <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2007 [online]. Brno: CKTCH, 2007. 2 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2008 [online]. Brno: CKTCH, 2008. 2 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2009 [online]. Brno: CKTCH, 2009. 3 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW:
<<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2010 [online]. Brno: CKTCH, 2010. 3 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW: <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.
- CENTRUM KARDIOVASKULÁRNÍ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE BRNO.
Výroční zpráva 2011 [online]. Brno: CKTCH, 2011. 21 s. [cit. 2013-05-03].
Dostupné na WWW: <<http://www.cktch.cz/index.php/o-nas/rocnizpravy>>.
- ČEKACÍ DOBY. Cz [online]. Arte Mondiale. 2012 [cit.2012-11-17]. Dostupné na
WWW: <<http://www.cekacidoby.cz/index.php?p=o-projektu>>.
- ČASTORÁL, Zdeněk. *Strategický management změn a znalostí*. 1. vyd. Praha: Univ.
Jana Ámose Komenského, 2010. 215 s., ISBN 978-80-86723-84-5.
- ČERNÝ, Štěpán. Roboticky asistovaná kardiokirurgie. *Postgraduální medicína*
[online]. Praha: Mladá fronta. ISSN 1212-4184. 2009, b. r., č. 9., b. s. [cit.2012-
11-17]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/roboticky-asistovana-kardiokirurgie-447972>>.
- ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Delivery of Health Care for Cardiovascular Diseases in Europe* [online]. Praha:ČKS, 2000.
<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=111>>.
- ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiologický program*
[online]. Brno: ČKS, 2000 [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW:
<<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

- ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Seznam akreditovaných zařízení* [online]. Brno: ČKS, 2013 [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&id=77>>.
- ČESKÁ NÁRODNÍ RADA. *Odpověď na interpelaci*[online]. Praha: ČNR, 1992 [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.psp.cz/eknih/1990cnr/tisky/t0747b00.htm>>.
- ČESKÁ SPOLEČNOST KARDIOVASKULÁRNÍ CHIRURGIE. *Zápis z jednání výboru ČSKVCH* [online]. Praha: ČSKVCH, 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.cskvch.cz/PDFs/Vybor-19-1-2011.pdf>>.
- ČESKÁ SPOLEČNOST INTERVENČNÍ RADIOLOGIE ČLS JEP. *Zápis ze schůze CSIR, 31. 5. 2012 Poděbrady* [online]. Praha: CSRIR ČLS JEP, 2012 [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.csir.cz/zapis-ze-schuze-csir-3152012-podebrady>>.
- ČESKÁ TELEVIZE 24. ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *IKEMu může chybět na transplantace až 160 milionů korun* [online]. Praha: ČTK 24, 2012. [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/213668-ikemu-muze-chybet-na-transplantace-az-160-milionu-korun/>>.
- ČESKÁ TELEVIZE. ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *Lékaři z CKTCH jsou ve stávkové pohotovosti, pacientů se to nedotkne.* [online]. Praha: ČT. ČTK, 2012. [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://www.ceskatelevize.cz/zpravodajstvi-brno/zpravy/224038-lekari-z-cktch-jsou-ve-stavkove-pohotovosti-pacientu-se-to-nedotkne/>>.
- ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *IKEM obnovil vybavení kardiocentra 31,7 milionu korun, Zdravotnické noviny. ZDN. CZ,* [online]. Praha: Mladá fronta, 2012 [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/ikem-obnovil-vybaveni-kardiocentra-za-31-7-milionu-korun-465497>>.
- ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *Kardiologie na Bulovce chce dál jednat o svých akutních lůžkách. Zdravotnické noviny. ZDN. CZ,* [online]. Praha: Mladá fronta, 2012 [cit.2013-05-17]. Dostupné na WWW:

- <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra-priloha/kardiologie-na-bulovce-chce-dal-jednat-o-svych-akutnich-luzkach-467390?category=z-domova>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika od roku 1989 v číslech. Zdravotnictví a sociální zabezpečení: vybrané ukazatele ze zdravotnictví* [online]. Praha: ČSÚ, 2012 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/cz/cr_1989_ts/1301.pdf>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v číslech 2011. Obyvatelstvo* [online]. Praha: ČSÚ, 2012 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/1409-11>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v číslech 2012. Obyvatelstvo* [online]. Praha: ČSÚ, 2013 [cit. 2012-05-06]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/1409-12-r_2012>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Databáze nejčastěji kladených otázek.* [online]. Praha: ČSÚ, 2010. [cit. 2012-05-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/faq.nsf/hlasodpoved?openform&parentunid=3C22F328CAAE7E13C1256D870035AE43>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Hrubý domácí produkt (HDP) – Metodika* [online]. Praha: ČSÚ, 2013 [cit. 2012-05-11]. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produk_t_\(hdp\)](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/hruby_domaci_produk_t_(hdp))>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Průměrné mzdy* Praha: ČSÚ, 2012 [cit. 2012-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpmz031113.doc>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2010. Kap. 5, Mezinárodní porovnání výdajů na zdravotnictví v zemích OECD.* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-05-06]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000-2011. Kap 1, Úvod, Kap. 3, Výdaje zdravotních pojišťoven.* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-05-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13>>.
- ČESKÁ TISKOVÁ KANCELÁŘ. *Nemocnice díky elektronickým aukcím šetří.* Zdravotnické noviny [online]. Praha: Mladá fronta, 2011 [cit. 2012-12-12]. ISSN 1214 7664. Dostupné na WWW: <[101](http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-</p></div><div data-bbox=)

domova/nemocnice-diky-elektronickym- aukcim-setri-461141>.

DEAN, Malcome. Is your treatment economic, effective, efficient? *The Lancet*. Londo (UK): Elsevier. ISSN 0140-6736. eISSN 1474-547X . 1991, vol. 337, č. 8739, s. 480-481.

DE OLIVIERA, Claire, aj. Economic analysis of Heart and Stroke Foundation of Ontario's Hypertension Management Initiative, *ClinicoEconomics and Outcomes Research* [online]. November 2012, roč. 4, b. č., [cit. 2012-12-12]. s. 323-336. Dostupné na WWW: <<http://www.dovepress.com/economic-analysis-of-heart-and-stroke-foundation-of-ontario39s-hyperte-peer-reviewed-article-CEOR-recommendation1>>.

DEUTCHES HERZZENTRUM IN BERLIN. *Society of friends of the DHZB e, V.* [online]. Berlin: Deutches Herzentrum in Berlin, 2010 [cit. 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <http://www.dhzb.de/about_us/society_of_friends_of_the_dhzb_ev/>.

DLOUHÝ, Martin, STRNAD, Ladislav. *Výzkum ekonomické efektivity nemocniční péče v ČR*. Praha: IGA, MZ ČR, 1999. 137 s.

DLOUHÝ, Martin, a ULIČNÁ Štěpánka. Finanční analýza hospodaření nemocnic. *Acta Oeconomica Pragensia*. Praha, VŠE. ISSN 0572-3043, eISSN 1804-2112. 1998, b. r., č. 1, s. 391-403.

DONASY. Zdravotnické materiály. E-aukce na spotřební zdravotnické materiály [online]. Šumperk, 2012 [cit. 2012-12-12]. Dostupné na WWW: <http://www.donasy.cz/html/zdravotnicke_materialy.html>.

DONNELLY, James H., Jr., GIBSON, James L., a IVANCEVICH, John M. *Management*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 824 s. ISBN 80-7169-422-3. Kap. 20, Podnikání, s. 749-784.

DRUCKNER, Peter F. *Management: budoucnost začíná dnes*. 1. vyd. Praha: Management Press, 1992. 126 s. ISBN 80-58603-00-4. Podkap. Moderní proroci: Schumpeter nebo Keynes?, s. 41-50. Podkap. Management: problémy úspěchu, s. 67-89. Podkap. Organizace založená na informacích, s. 97-99.

DRUMMOND, Michael F. Economic evaluation and rational diffusion and use of health technology. *Health Policy*. Oxford: Elsevier. ISSN 0168-8510. 1987, roč.

7, č. 3., s. 309-324.

- DVOŘÁČEK, Jiří. *Interní audit a kontrola*, 2. vyd. Praha: C.H. Beck, 2003. 202 s. ISBN 80-7179-805-3. Kap. 1, Moderní pojetí interního auditu, s. 1-17, Kap. 14, Audit vlastní finanční situace, s. 155-166.
- DVOŘÁČEK, Petr, aj. *Nový akademický slovník cizích slov, A-Ž*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 880 s. ISBN 80-200-1351-2. Kap. Slovník A-Ž, s. 19-871.
- DYREHAUGE, Leona. 13 mýtů o schizofrenii [online]. *Psychologie.cz*. Praha: Mindlab, 2010. Dostupné na WWW: <<http://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>>.
- EPRAVO.CZ. *Sbírka zákonů, judikatura, právo* [online]. Praha: Epravo.cz, 1999-2013 [cit. 2012-02-06]. ISSN 1213-189X. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/obcanske-sdruzeni-podle-zakona-o-sdruzovani-obcanu-8904.html>>.
- EPRAVO.CZ. Vyhláška č. 365/2010 Sb. [online]. Praha: Epravo.cz, 2010 [cit. 2012-02-06]. ISSN 1213-189X. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/vyhlaska-ze-dne-6-prosince-2010-ktou-se-meni-vyhlaska-ministerstva-financi-c-1142002-sb-o-fondu-kulturnich-a-socialnich-potreb-ve-zneni-pozdejsich-predpisu-18050.html>>.
- ERASMUS, MC. The ThoraxCenter; The organization [online]. Rotterdam: Thorax Centre, 2012 [cit. 2012-02-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.thoraxcentrum.nl/english/>>.
- ERTL, Jan. *Fluktuace – diagnóza a léčba* [online]. Uherské Hradiště: PersonAll training & consulting, b. r. [cit. 2012-08-07]. Dostupné na WWW: <http://www.personall.cz/Fluktuace_clanek.html>.
- EUROPEAN HEART NETWORK. The European Heart Network calls for a centralised CVC patients registry [online]. Brussels (Belgium): European Heart Network, 2013 [cit. 2012-08-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.ehnheart.org/publications/position-papers/publication/588-european-heart-network-calls-for-a-centralised-cvd-patients-registry.html>>.
- EXNER, Lubomír, RAITER, Tomáš, a STEJSKALOVÁ, Dita. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Profesional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8. Kap. 1., Obhajoba strategie ve zdravotnictví, s. 11-18. Kap. 5, Kvalita zdravotní péče očima pacientů, s. 129-166.

- FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ. *Výroční zprávy 2007-2011* [online]. Hradec Králové, 2007-2011 [cit. 2012-08-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>>.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE U SVATÉ ANNY V BRNĚ. *Mezinárodní centrum klinického výzkumu Brno* [online]. Brno: FN u sv. Anny v Brně, 2005 [cit. 2012-08-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.lf2.cuni.cz/Aktuality/nove/icrcfaq.pdf>>.
- FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE. *Dětské kardiocentrum* [online]. Praha: FN Motol, 2012 [cit. 2012-08-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.fnmotol.cz/detske-kardiocentrum/>>.
- FIBÍROVÁ, Jana. *Reporting moderní metoda hodnocení výkonnosti uvnitř firmy*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 116 s. ISBN 80-247-0482-X.
- FINANCE.CZ. *Co je soukromé zdravotní pojištění?* [online]. Brno: Finance media, 2012 [cit. 2012-08-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.finance.cz/pojisteni/osoby/zdravotni-pojisteni/soukrome/informace/>>.
- FINKLER, Steven, A., a WARD, David, M. *Accounting fundamentals for health care management*. 1 st. ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 203 s. ISBN 13-978-0-7637-2675-1.
- FORSBERG, Ewa, AXELSSON, Runo, a ARNETZ, Bengt, Financial incentives in health care. The Impact of Performance-based reimbursement. *Health Policy*. Oxford: Elsevier. ISSN 0168-8510. 2001, roč. 58, č. 3, s. 246-252.
- GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, a STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1999. 184 s. ISBN 80-7013-272-8.
- GLADKIJ, Ivan, aj. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 393 s. ISBN 80-7226-996-8. Podkap. 1.4, Hlavní funkce jednotlivých typů zdravotnických institucí a zařízení, s. 46-54. Podkap. 1.6, Právní postavení účastníků zdravotní péče v ČR, s. 62-80. Kap. 2, Ekonomika zdravotnictví, s. 127-151, Podkap. 2.1, Úloha státu při zajišťování zdravotních potřeb v podmínkách tržního hospodářství, s. 91-100. Podkap. 2.3, Financování zdravotnictví v ČR, s. 113-127. Podkap. 2.4, Zdravotnická instituce (zařízení) jako firma, s. 127-137. Podkap. 2.5, Ekonomika zdravotnické instituce

- (zařízení), s. 137-151. Podkap. 2.6, Řízení finančních toků zdravotnického zařízení, s. 151-155. Podkap. 6.5, Ukazatele jako nositelé informace, s. 251-257.
- GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomie a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univ. Palackého, 2000. 174 s. ISBN 80-244-0176-2. Podkap. Úvod do zdravotní politiky, s. 5-40.
- GOLDSMITH, Marsha F. Oregon pioneers „more ethical“ Medicaid coverage with priority setting project. *JAMA (The Journal of American Medical Association)*. Chicago (USA): AMA Publishing Group. ISSN 0098-7484. eISSN 1538-3598 . 1989, roč. 262, č. 2, s. 176-177.
- GROHAR-MURRAY, Mary Ellen, a DICROCE, Helen R. *Zásady vedení a řízení v oblasti ošetrovatelské péče*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 320 s. ISBN 80-247-0267-3. Kap. 1, Nový systém zdravotnictví – požadavek vedení v ošetrovatelské péči, s.21-36.
- GRÜNWARD, Rolf, a HOLEČKOVÁ, Jaroslava. *Finanční analýza a plánování podniku*, 1. vyd. Praha: Ekopress, 2009. 318 s. ISBN 978-80-86929-26-2. Kap. 1, Finanční analýza, s. 23.
- HAMEL, Gary, a VÄLIKANGAS, Liisa. The Quest for Resilience, *Harvard Business review* [online]. Harvard: Harvard Business School Publishing, č. 8, 2003, s. 1-14 [cit. 2012-08-06]. ISSN 0017-8012. Dostupné na WWW: <<http://awa.myworldpms.com/projects/SOW/23HBRQuestforResilience.pdf>>.
- HAMMER, Michael. *Agenda 21: co musí každý podnik udělat pro úspěch v 21. století*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2002. 258 s. ISBN 80-7261-074-0.
- HANCOCK, Trevor. Lalonde and beyond: Looking back at “A New Perspective on the Health of Canadians”. *Health Promotion International* [online]. Oxford, Oxford University Press, 1986, roč. 1, č. 1., s. 93-100 [cit. 2012-02-06]. ISSN 1460-2245. Dostupné na WWW: <<http://heapro.oxfordjournals.org/content/1/1/93.abstract>>.
- HEALTHCARE INSTITUT. *Nemocnice České republiky* [online]. Ostrava, 2013. [cit. 2013-05-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.hc-institute.org/cz/projekty/nemocnice-ceske-republiky.html>>.
- HEALTHCARE INSTITUT. Žebříček českých nemocnic pro r. 2011. Mezinárodní konference „Efektivní nemocnice 2011“. Tisková zpráva [online]. Ostrava: Healthcare Institut, 2011. [cit. 2013-05-10]. Dostupné na WWW:

- <http://www.hc-institute.org/userfiles/file/2011/zebricek-ceskych-nemocnic_2011-TZ-final.pdf>.
- HEGER, Leoš . *Reforma zdravotnictví v kostce* [online]. 2011. [cit. 2012-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.leosheger.cz/reforma-zdravotnictvi/>>.
- HEJDUKOVÁ, Pavlína. Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR. *Trendy v podnikání-Business Trends* [online]. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 2011, č. 2, s. 115-123 [cit. 2012-02-06]. ISSN 1805-0603. Dostupné na WWW:<http://www.fek.zcu.cz/tvp/doc/akt/116_TVP_2011-2_Hejdukova.pdf>.
- HEKELOVÁ, Zuzana. *Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 124 s. ISBN 978-80-247-4032-4. Kap. 2. Co manažer dělá a koho řídí?, s. 17-52.
- HERMAN, Aleš. Úvodník. *IKEM News - zpravodaj pro zaměstnance*. Praha: IKEM. MK ČR E196 13. 2012, roč. 3, číslo 6, s. 4.
- HIGGINS, Robert C. *Analýza pro finanční management*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1997. 400 s. ISBN 80-7169-404-5. Kap. 1 Hodnocení finančního zdraví firmy, s. 15-49, Kap. 4, Řízení růstu, s. 131-156., Kap. 6, Finanční rozhodování, s. 205 - 245.
- HOFMARCHER, Maria M., a RIEDEL, Monika. *Vliv reformy úhrady nemocniční péče typu Case-Mix na zdravotnictví. Případová studie Rakouska*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. 48 s. ISBN 80-86625-16-8.
- HOLČÍK, Jan, a KOUPILOVÁ, Ilona. Plýtvání v systému péče o zdraví jako významný medicínský, etický, ekonomický a sociální problém. *Postgraduální medicína*. Praha: Strategie Praha. ISSN 1212-4184. 2001, roč. 3, č. 5, s. 533-538.
- HOŘEJŠÍ, Jaroslav. *IKEM 40. 1971-2011*. 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 20110408. 158 s. Kap. Hlavní dějství – IKEM 1971-2011, s. 54-60.
- HRABÁK, Petr. *Podmínky pro jednotnou sazbu DRG*. Konference DRG 2011 [online]. Praha: Národní referenční centrum, 2011. [cit. 2013-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.nrc.cz/o-nrc/konference-seminare/konference-drg-2011>>.
- HYÁNKOVÁ-SVOBODOVÁ, Jana, KLÉMA, Jiří, a HAČKAJLO, David. Dvouleté sledování pacientů po kardiochirurgických výkonech, *Kardiologická revue*. Praha: Ambit Media [online]. ISSN 1212-4540. 2004, roč. 5, č. 1, s. 23-27.

- [cit. 2013-02-03]. Dostupné na WWW:
<http://www.prolekare.cz/pdf?id=kr_04_01_05.pdf>.
- IHNED.CZ. *Počtem srdečních operací patří Česko ke špičce v kardiologii.* [online]. IHNED.cz, Praha: Economia, 2010. [cit. 2013-01-10]. Dostupné na WWW: <<http://tech.ihned.cz/c1-47702320-poctem-srdecnich-operaci-patri-cesko-ke-spicce-v-kardiologii>>.
- INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTREAL. *Plan stratégique 2010-2015* [online]. Montreal (Canada): Institut de Cardiologie de Montreal, 2010. [cit. 2013-02-03]. 40 s. Dostupné na WWW: <http://www.icm-mhi.org/files//pdf/Rapports_annuels/Plan_strategique_2010-2015.pdf>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Ceník služeb* [online]. Praha: IKEM, 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005977>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Ceny vybavení* [online]. Praha: IKEM, 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupné na WWW: <http://kardiologie.ikem.cz/cs/mohlo-by-vas-zajimat/naklady/125_naklady.html>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Ekonomická struktura nákladových středisek IKEM od 1. 4. 2013.* Tisková zpráva. Praha: IKEM, 2013.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Kdo jsme a co chceme* [online]. Praha: IKEM, 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=3009>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Klinika anesteziologie a resuscitace IKEM. Sanquis* [online]. Praha: Audabiac, 2008, roč. 2008, č. 55, s. 8. ISSN 1212-6535. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art24>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Kvalita poskytované péče* [online]. Praha: IKEM, 2012 [cit. 2012-07-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www/?docid=1005028>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Negativní medializace dodávek materiálu od firmy Kardio Port, a. s. , a výstavby hybridního sálu* [online]. Praha: IKEM, 2011 [cit. 2012-07-10]. Dostupné na WWW:

- <<http://www.ikem.cz/www?docid=1010372>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. Ocenění pro IKEM. *IKEM News – zpravodaj*, Praha: IKEM. MK ČR E 19613. 2012, roč. 3, č. 6, 4 s.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. IKEM, Věda pro medicínu, medicína pro pacienty [online]. Praha: IKEM, 2012. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=2000>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Veřejné zakázky* [online]. Praha: IKEM, 2012. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1006309>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva 2005* [online]. Praha: IKEM, 2005. 64 s. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva 2006* [online]. Praha: IKEM, 2006. 66 s. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva 2007* [online]. Praha: IKEM, 2007. 70 s. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY [online]. *Výroční zpráva 2008*. s Praha: IKEM, 2008. 78 s. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY *Výroční zpráva 2009* [online]. Praha: IKEM, 2009. 79 s. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva* [online]. Praha: IKEM, 2010. 66 s. [cit. 2013-02-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zpráva 2011*. [online]. Praha: IKEM, 2011. 97 s. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výsledky hospodaření 2013*. Zpráva. Praha: IKEM 9. 4. 2013.

- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. Základní informace. Institut klinické a experimentální medicíny (IKEM) [online]. Praha: IKEM, 2011. [cit. 2012-07-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.ikem.cz/www/cz?docid=1003626>>.
- INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Zřizovací listina*. Praha: IKEM, 2012.
- INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům. OECD Organization for Economic co-operation and Development*. 1. vyd. Kostelec nad černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, 96 s. ISBN 80-86625-18-4. Kap. 5, Zvyšující se hodnota peněz ve zdravotnických systémech: hledání cest ke zvýšení efektivity, s. 71-87.
- IVANOVÁ, Kateřina, a JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2007. 99 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- JACOBSON, Simon. *Smysluplný život. Rebe Menachem Mendel Schneerson a jeho moudrost*. 1. vyd. Praha: Chadabat Lubavitch, 2008. 327 s. ISBN 978-80-2554-1147-6. Kap. 1, Společnost, s.175-239.
- JARETT, Michael. *Schopnost změny Proč jsou některé společnosti na změnu připraveny, a jiné ne*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2011. 239 s. ISBN 978-80-251-2955-5.
- JÍLKOVÁ, Jana. IKEM – čtyřicátník v plné síle *Zdravotnické noviny*. [online]. ISSN 1214-7664. Praha: Mladá fronta, 2011, č. 5. [cit. 2012-05-10]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/ikem-ctyricatnik-v-plne-sile-458697>>.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2.
- KAPLAN, Robert, S., NORTON, David, P. *Balanced Scorecard: strategický systém měření výkonnosti podniku*. 5. vyd. Praha: Management Press, 2007. 268 s. ISBN 978-80-7261-177-5 Kap. 1 Měření a řízení v informačním věku, s. 13-28.
- KARDIOCENTRUM. *Nadace Kardiocentrum České Budějovice* [online]. České Budějovice, 2012 [cit. 2012-05-10]. Dostupné na WWW:

<<http://www.kardiocentrumcb.cz/>>.

KARDIOLOGICK0 CENTRUM AGEL. *Informace pro lékaře* [online]. Pardubice: Agel, 2012 [cit. 2012-05-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.kc-angel.cz/obsah/pro-lekare/zakladni-informace.aspx>>.

KELLY, David T., Cardiovascular medicine at the turn of the millenium, p. D 68 – 69. In FERRARI, Roberto (ed.). *Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium*. London: W. B. Saunders, A Hartcourt Health Sciences Company, 2000, D 69 p. Supplement D, vol. 2, pp. D2-D3. ISSN 1520-765X.

KIRKLIN, John W., aj., Research related to surgery treatment of coronary artery disease, *Circulation*. Dallas (USA): American Heart Association. ISSN: 0009-7322. eISSN: 1524-4539, roč. 60, č. 7, s. 13-18.

KIRKLIN, James K., aj. Refining the criteria for heart transplantation listing and status: a multi-institutional risk factor analysis for rehospitalization following listing. *J Heart Lung transplantant (The Journal of Heart and Lung Transplantant)*. London (UK): Elsevier. ISSN 10532498. 1999, roč. 18, č. 1, s. 47.

KIRKLIN, James K., YOUNG, James B., a MCGIFFIN, David C. McGiffin. *Heart transplantation. Medicine. Surgery. Immunology. Research*, New York (USA): Elsevier Science, 2002. 883 s. ISBN 0-443-07655-3. Kap. 16, Survival after heart transplantation, s. 587-614, Kap. 24 Resource allocation in heart transplantation, s. 846-858.

KISLINGEROVÁ, Eva, a HNILICA, Jiří. *Finanční analýza krok za krokem*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2008. 135 s. ISBN 978-80-7179-713-5.

KISLINGEROVÁ, Eva, aj. *Manažerské finance*. 3. vyd. Praha: C. H. Beck, 2010, s. 811, ISBN 978-80-7400-194-9. Kap. 10 Řízení zásob, s. 507-535.

KITZHABER, John, The Oregon health initiative. *The Lancet*. London (UK): Elsevier. ISSN 0140-6736. eISSN 1474-547X, 1989, roč. 334, č. 8654, s. 106.

KNÁPKOVÁ, Adriana, a PAVELKOVÁ, Drahomíra. *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-3349-4. Kap. 3, Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, s. 59-63.

KOMENDA, Stanislav. *Nástroje objektivního manažerského rozhodování*. 1. vyd.

- Olomouc: Univ. Palackého, 1999. 254 s. ISBN 80-7067-986-7. Kap. 7, Produktivita ve zdravotnických organizacích, s.117-132.
- KOPČAJ, Andrej. *Košatění bohatství*. 1. vyd. Ostrava: Olma'90, 1997. 186 s. ISBN 80-902358-0-8.
- KOTLER, Philip, a CASLIONE, John, A. *Chaotika Řízení a marketing firmy v éře turbulencí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2009. 214 s. ISBN 978-80-251-2599-1. Kap. 1, Svět vstoupil do nové ekonomické sféry, s. 25-59. Kap. 6, Jak prosperovat v éře turbulencí, s. 175-193.
- KOŽENÝ, Pavel, aj. *Klasifikační systém DRG*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1. Kap. 3, Použití klasifikačního systému DRG, s. 77-140.
- KRÁL, Bohumil, aj. *Manažerské účetnictví*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2002. 547 s. , ISBN 80-7261-062-7. Kap. 2 Základní pojmy a kritéria manažerského účetnictví, s. 35-55.
- KRAMER, Jaroslav. *8904. Občanské sdružení podle zákona o sdružování občanů* [online]. Praha: Epravo.cz – Sbírka zákonů, judikatura, právo, 1999-2012. ISSN 1213-189X. [cit. 2012-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/obcanske-sdruzeni-podle-zakona-o-sdruzovani-obcanu-8904.html>>.
- KRATOCHVÍL, Luboš, a PETRÁŠKOVÁ, Lenka. S infarktem jedte do některého z 11 kardiocenter. Vybralo je ministerstvo [online]. *iDNES. Cz*. Praha: Mladá fronta, 2009, [cit. 2012-03-07]. Dostupné na WWW: <http://zpravy.idnes.cz/s-infarktem-jedte-do-nektereho-z-11-kardiocenter-vybralo-je-ministerstvo-1aq-/domaci.aspx?c=A091217_121251_domaci_klu>.
- LANDA, Martin. *Jak číst finanční výkazy*. 1. vyd. Praha: Computer Press, 2008. 176 s. ISBN 978-80-251-1994-5.
- LÉKAŘSKÝ ODBOROVÝ KLUB: SVAZ ČESKÝCH LÉKAŘŮ. *LOK-SČL* [online]. Praha: Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů, 2012 [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.lok-scl.cz/clanky.php?typ=2>>.
- LÉKAŘSKÝ ODBOROVÝ KLUB: SVAZ ČESKÝCH LÉKAŘŮ. *Aktuality. Tisková zpráva o stávkové pohotovosti a analýza situace v CKTCH Brno* [online]. Praha: Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů, 2012 [cit. 2013-06-18]. Dostupné na WWW:

- <<http://www.lok-scl.cz/clanky.php?typ=0&id=501&detail=1>>.
- LUKÁŠOVÁ, Růžena. *Organizační kultura a její změna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 238 s. ISBN 978-80-247-2951-0.
- MÁČE, Miroslav. *Finanční analýza obchodních a státních organizací*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1558-9, Kap. 3, Ukazatelé finanční analýzy, s. 23-40, Kap. 7, Manažerské účetnictví státní organizace, s. 123-147.
- MANAGEMENTMANIA. *Paretovo pravidlo (80/20)* [online]. Plzeň: ManagementMania.com, 2012 [cit. 2012-03-07]. Dostupné na WWW: <<http://managementmania.com/paretovo-pravidlo>>.
- MANAGEMENTMANIA. *SWOT analýza* [online]. Plzeň: ManagementMania.com, 2012 [cit. 2012-03-07]. Dostupné na WWW: <<https://managementmania.com/cs/swot-analyza>>.
- MARTIN, Anthony, a CAMM, A., John. *Heart disease in the elderly*. 1st ed. New York: Wiley, 1984. 273 s. ISBN 0471901261.
- MAŠEK, Petr, a MACHÁLKOVÁ, Jana. *Víme, které nemocnice jsou ve svém oboru nejlepší* [online]. *iHNED*. Cz. Praha: Economia, 2010. Dostupné na WWW: <<http://zpravy.ihned.cz/cesko-zdravotnictvi/c1-46805530-vime-ktere-nemocnice-jsou-ve-svem-oboru-nejlepsi-podivejte-se-na-viteze>>.
- MBK CONSULTING, *Co znamená ISO?* [online]. Praha, Brno: MBK Consulting, 2013 [cit. 2013-0-03]. Dostupné na WWW: < <http://www.mbk.cz/iso/co-znamená-zkratka-iso-a-dalsi-informace>>.
- MCKEE, Martin, a HEALY, Judith. *Nemocnice v měnící se Evropě*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. ISSN 1213-8096. 2003, Suplementum 1, 48 s.
- MCLEAN, Robert. A. *Financial Management in Health Care Organization*. 2th ed. New York: Thomas Delar Learning, 2003. 389 s. ISBN 0-76668-3547-2.
- MĚŠEC.CZ. *Přehled zdravotních pojišťoven* [online]. Praha, Internet Info, 2013 [cit. 2012-05-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.mesec.cz/dane/zdravotni-pojisteni/pruvodce/prehled-zdravotnich-pojistoven/>>.

- MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Administrativní registr ekonomických subjektů (ARES). ARES – ekonomické subjekty [online]. Praha: MF ČR, 2012 [cit. 2012-04-06].
Dostupné na WWW: <http://wwwinfo.mfcr.cz/ares/ares_es.html.cz>.
- MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. CKTCH. *Výpis z Registru ekonomických subjektů ČSÚ v ARES* [online]. Praha: MF ČR, 2012 [cit.2012-04-06]. Dostupné na WWW:
<http://wwwinfo.mfcr.cz/cgi-bin/ares/darv_res.cgi?ico=00209775&jazyk=cz&xml=1>.
- MINISTERSTVO FINANCÍ, *Finanční správa IS CEDR III* [online]. Praha: MF ČR, 2012 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW: <<http://cedr.mfcr.cz>>.
- MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. IKEM. Výpis z Registru ekonomických subjektů ČSÚ v ARES [online]. Praha: MF ČR, 2012 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW:
<http://wwwinfo.mfcr.cz/cgi-bin/ares/darv_res.cgi?ico=00023001&jazyk=cz&xml=1>.
- MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), v platném znění* [online]. Praha: MF ČR, 2000 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW:
<http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/zakony_1155.html>.
- MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, č. 250/2000 Sb.* [online]. Praha, 2000 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW:
<http://cds.mfcr.cz/cps/rde/xchg/cds/xsl/182_4026.html>.
- MINISTERSTVO FINANCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Zprávy MF ČR pro finanční orgány obcí a krajů [online]. *Deník veřejné správy*. ISSN 1803-6082. 2010, č. 3, s. 4-5. Dostupné na WWW:
<<http://www.alis.cz/keo/download/zpravMF/zpr310.pdf>>.
- MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ V ČR. *Strukturální fondy, Vyhlášení 13. Výzvy v oblasti intervence 3.2 IOP* [online]. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj v ČR, 2012 [cit. 2013-05-06]. Dostupné na WWW:
<[http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Jak-na-projekt/Vyzvy-a-akce-\(1\)/Vyhlaseeni-13-vyzvy-v-oblasti-intervence-3-2-IOP](http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Jak-na-projekt/Vyzvy-a-akce-(1)/Vyhlaseeni-13-vyzvy-v-oblasti-intervence-3-2-IOP)>.

MINISTERSTVO PRŮMYSLU A OBCHODU. *Projekt 18 Ekonomická vazba pacienta ke zdraví (strategie MK)* [online]. Praha: BusinessInfo.cz, Oficiální portál pro podnikání a export, Czech Trade, 2011 [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW:

<<http://www.businessinfo.cz/cz/clanek/strategie-mezinarod-konkurenceschopnosti/smk-ekonomicka-vazba-pacienta-ke-zdravi/1001958/62682/>>.

MINISTERSTVO SPRAVEDLNOSTI ČESKÉ REPUBLIKY. Obchodní rejstřík a sbírka listin [online]. Praha: Ministerstvo spravedlnosti, eJustice, 2012 [cit. 2013-03-11]. Dostupné na WWW:

<<https://or.justice.cz/ias/ui/vypisvypis?subjektId=isor%3a41364&typ=full&klic=4png3q>>.

MINISTERSTVO VNITRA ČR. Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích [online]. Praha: Ministerstvo vnitra, 2000 [cit. 2013-03-11]. Dostupné na WWW:

<<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=49516&nr=219~2F2000&rpp=15#local-content>>.

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, v platném znění* [online]. *Zákony a judikatura 2013*. Praha: Fulsoft, 2013 [cit. 2013-03-11].

Dostupné na WWW: <http://www.fulsoft.cz/33/513-1991-sb-aktualni-zneni-ucinne-od-1-1-2013-zakon-obchodni-zakonik-uniqueidOhwOuzC33qe_hFd_-jrpTunXhamyvNI_aoQLQEfn6LQCD-vMUnwPlw/>.

MINISTERSTVO VNITRA ČR. *Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, v platném znění* [online]. *Zákony a judikatura 2013*. Praha: Fulsoft, 2013 [cit. 2013-03-11].

Dostupné na WWW: <http://www.fulsoft.cz/33/563-1991-sb-zakon-o-ucetnictvi-ve-zneni-ucinnem-k-1-1-2013-uniqueidOhwOuzC33qe_hFd_-jrpTunXhamyvNI_7teTf7ZT6a8CD-vMUnwPlw/?query=Z%E1kon+%E8.+563%2F1991+Sb.%2C+o+%FA%E8etni+ctv%ED%2C+v+platn%E9m+zn%ECn%ED.&serp=1>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ministerstvo zdravotnictví zařadilo Pardubickou krajskou nemocnici do sítě komplexních center kardiovaskulární péče* [online]. Praha: MZ ČR, 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné na WWW:

- <http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zaradilo-pardubickou-krajskou-nemocnici-do-site-kompl_6259_1.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami od 1. 1. 2013[online]. Praha: MZ ČR, 2012 [cit. 2012-05-11]. Dostupné na WWW:
<http://www.mzcr.cz/dokumenty/seznam-zdravotnich-vykonu-s-bodovymi-hodnotami-od-112013_7003_1.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami od 1. 1. 2013. *Practicus*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. ISSN 1213-8711. 2012, roč. 11, č. 8, s. 30-34.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník č. 5*, 2009 [online]. Praha: MZ ČR, 2009, 16 s. [cit. 2012-06-10]. Dostupné na WWW:
<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c_3627_1779_11.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník č. 3*, 2012 [online]. Praha: MZ ČR, 2012, 24 s. [cit. 2013-06-10]. Dostupné na WWW:
<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c3/2012_6194_2510_11.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Věstník č. 8*, 2012 [online]. Praha: MZ ČR, 2012, 40 s. [cit. 2013-06-10]. Dostupné na WWW:
<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c8/2012_6865_2510_11.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vyhláška č. 425/2011 Sb.* [online]. Praha: MZ ČR, 2012 [cit. 2012-06-10].
Dostupné na WWW: <http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c425/2011-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-zdravotni-pecehra_5755_999_3.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Vyhláška č.475/2012 Sb.* [online]. Praha: MZ ČR, 2012 [cit. 2012-06-10]. Dostupné na WWW:
<http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlaska-c475/2012-sb_7260_3.html>.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online]. Praha: MZ ČR, 2012 [cit. 2012-06-18]. Dostupné na WWW:

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákon č. 369/2011 Sb.*

[online]. Praha: MZ ČR, 2010 [cit. 2012-06-18]. Dostupné na WWW:

<http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakonakterym-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu-ve-zmeni-pozdejsich-predpisu-a-nektere-dalsi-zakony_5177_2428_11.html>.

MONTREAL INTERNATIONAL. Montreal Heart Institute expands its training centre

[online]. Montreal (Canada): Montreal International, 2012 [cit. 2013-06-18].

Dostupné na WWW:

<<http://www.montrealinternational.com/the-montreal-heart-institute-expands-its-training-centre/>>.

MYNÁŘ, Martin. *Ekonomika ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská. 2010. 44 s. ISBN 978-80-248-1868-9. Kap. 6, Balanced Scorecard (BSC) jako nástroj vyhodnocování strategických hodnot, oblastí a perspektiv ve zdravotnických zařízeních, s. 41-43.

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *DRG* [online]. Praha, Národní referenční centrum, 2013 [cit. 2012-05-10]. Dostupné na WWW:

<<http://www.nrc.cz/cinnosti/drg>>.

NEJEZCHLEBOVÁ, LENKA. Hrudník bez srdce a budoucnost transplantací. Stěhování požitků. *Týden*. Praha: Express Media. ISSN 1210-9940, 2012, roč. XIX, č. 47, s. 41-44.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1. Kap. 2, Systémy zdravotního pojištění a jejich charakteristika, s. 17-28. Kap. 6, Klasifikační systémy ve zdravotním pojištění, s. 81-93.

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE. *Výroční zprávy 2008-2011* [online]. České Budějovice, 2008-2011 [cit. 2013-01-10]. Dostupné na WWW:

<<http://www.nemocnice.cz/vyrocnizpravy-nemocnice-a-s/>>.

NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Výroční zprávy 2005-2011* [online]. Praha:

- Nemocnice Na Homolce, 2005-2011 [cit. 2013-01-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.homolka.cz>> .
- NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Výroční zpráva 2010* [online]. Praha: Nemocnice Na Homolce, 2010. 99 s. Kap. 3, Kvalita a bezpečnost v roce 2010, s. 83-91. Kap. 1, Profil nemocnice Na Homolce, s. 9-11 [cit. 2013-01-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.homolka.cz/cs-CZ/media/vyrocní-zpravy.html>> .
- NEMOCNICE NA HOMOLCE. *Robotické operace srdce. 2012* [online]. Praha: Nemocnice Na Homolce, 2010 [cit.2011-04-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/kardiocentrum/kardiochirurgie/colecime-jake-vykony-provadime/roboticke-operace-srdce.html>> .
- NENADÁL, Jaroslav, VYKYDAL, David, a HALFAROVÁ, Petra. *Benchmarking: Mýty a skutečnost. Model efektivního učení a zlepšování*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2011, 265 s. ISBN 978-80-7261-224-6.
- NEUMAIROVÁ, Inka. *Aplikace řízení hodnoty*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, Fakulta podnikohospodářská, 2003. 96 s. ISBN 80-245-0536-3.
- ODBOR STATISTIK ROZVOJE SPOLEČNOSTI. *Výsledky zdravotnických účtů v ČR 2000-2010* [online]. Praha: Odbor statistik rozvoje společnosti, 2010 [cit.2011-04-08]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012> .
- OMNIMEDICS [online]. Vaduz (Lichtejnštějské knížectví): Omnimedics, 2011. [cit.2011-04-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.omnimedics.ch/about.php>> .
- PAMĚTICKÁ, Radka. *Lepší péče díky inovacím*. [online]. Praha: Health Care Institute, 2011 [cit. 2013-01-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.hc-institute.org/cz/projekty/nemocnice-ceske-republiky/celostatni-projekt-nemocnice-cr-2011.html?hledat=linet>> .
- PAPeŠ, Zdeněk. *Zdravotnické instituce*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2002. 55 s. ISBN 80-224-0543-1, Kap. 2, Zdravotnické instituce, s. 14-32, Kap. 3, Instituce, její poslání, řízení a organizace, s. 33-41.
- PAPeŠ, Zdeněk a ULRICH, Miloš. *Zdravotnická ekonomika (Úvod)*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého v Olomouci, 2002. 82 s. ISBN 80-244-0567-9. Kap. 3, Měření efektů a efektivnosti, s. 54-76 , Kap. 2, Zdravotnické služby, s. 29-53.

- PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE. *Výroční zprávy 2010-2011* [online]. Pardubice, 2010-2011 [cit. 2013-01-10]. Dostupné na WWW: <<http://www.nemocnice-pardubice.cz>>.
- PASEKOVÁ, Marie. *Komparace metodologie účetních systémů a jejich praktických aplikací*. Teze habilitační práce. 1. vyd. Zlín: Univ. Tomáše Bati, 2010. 49 s. ISBN 978-80-7318-933-4.
- PAVELKOVÁ, Drahomíra, a KNAPKOVÁ, Adriana. Výkonnost podniku z pohledu finančního manažera. 2. vyd. Praha: LINDE, 2009. 333 s. ISBN 978-80-86131-85-6. Kap. 5 Balanced Scorecard jako koncept řízení výkonnosti podniku, s. 194-235.
- PETŘÍK, Tomáš. Ekonomické a finanční řízení firmy. Manažerské účetnictví v praxi. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 735 s. ISBN 978-80-247-3024-0. Kap. 1, Úvod do manažerského účetnictví (MA) a firemního řízení, s. 25-30. Kap. 5, Měření a hodnocení výkonnosti firmy (Performance appraisal), s. 207-272.
- PIRK, Jan. Kardiocentrum IKEM *Sanquis* [online]. Praha: Audabiac, 2008, č. 55, s.8-9. ISSN 1212-6535. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art24>>.
- PIROŽEK, Petr, a STRÍTECKÝ, Rudolf. Manažerské rozhodování a správa nemocnice. In *Nákladové analýzy a informační technologie při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení*. Jindřichův Hradec: Vysoká škola ekonomická, 2003. 40 s. ISBN 80-245-0556-8. S. 27-28.
- PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Management v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012, 304 s. ISBN 978-80-247-3871-0. Kap. 3, Management v ošetrovatelství, s. 31-42.
- POPOVIČ, Ivan. Celkové výdaje na zdravotnictví 2007-2011 [online]. Praha: ÚZIS, 2012[cit. 2013-05-20]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/rychle-informace/celkove-vydaje-na-zdravotnictvi-2007-2011>>.
- ROSE, Eric. A., a STEVENSON, Lynne Warner. *Management of End-Stage Heart Disease*. 1st ed. Philadelphia, New York (USA): Lippincott-Raven Publishers, 1998. 271 s. ISBN 0-316-75697-0.
- ROUS, Vladimír. Strategie ICT pro dvě nemocnice [online]. 16. ročník konference Systémová integrace 2008. Praha: Česká společnost pro systémovou integraci,

2008. ISBN 978-80-245-1373-7. 254 s. [cit. 2012-06-10].
Dostupné na WWW: <<http://si.vse.cz/archive/index.asp?volume=2008>>.
- RYBAŘÍK, Miroslav. *Oddělení zdravotních pojišťoven ÚEP*. Praha: IKEM, 2009.
- RŮČKOVÁ, Petra. *Finanční analýza*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. 144 s.
ISBN 978-80-247-3916-8.
- SAMUELSON, Paul A., a NORDHAUS, Wiliam D. *Ekonomie*. 1. vyd. Praha: Svoboda, 2010. 775 s. ISBN 978-80-205-0590-3. Kap. 6, Výroba a organizace firmy, s. 106-123.
- SCHOLLEOVÁ, Hana. *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2012. 272 s. ISBN 978-80-247-40004-1. Kap 1, Účetní výkazy a co v nich najdeme, s. 13-60
- SEDLÁČEK, Jaroslav. *Účetnictví pro manažery*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 228 s. ISBN 80-247-1195-8.
- SEDLÁČEK, Jaroslav. *Účetní data v rukou manažera*. 2. vyd. Brno: Computer Press, 2001. 220 s. ISBN 80-7226-562-8.
- SLOVNÍK CIZÍCH SLOV. INFO [online]. 2011. Mountain View (USA): Google, 2011 [cit.2011-04-08]. Dostupné na WWW: <<http://slovník-cizich-slov.info/kardiocentrum>>.
- SOUČEK, Zdeněk, a BURIAN, Jan, *Strategické řízení zdravotnických zařízení*, 1. vyd. Olomouc: Professional Publishing, 2006. 195 s. ISBN 80-86946-18-5. Kap. 3, Příčiny mimořádné obtížnosti řízení zdravotnických zařízení, s. 21-2.
- SOUKUPOVÁ, Irena. Elektronické aukce ano, či ne? *Zdravotnické noviny* [online]. Praha: Mladá fronta, 2012 [cit. 2012-12-12]. ISSN 1214-7664. Dostupné na WWW:<<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/elektronicke-aukce-ano-ci-ne-464155>>.
- STANĚK, Vladimír, *Jaké bude příští desetiletí kardiologie?*[online]. Praha: Cor et Vasa. Česká kardiologická společnost, 2007, roč. 49, č. 4, s. 112-113. ISSN 0010-8650 (print), ISSN 1803-7712 (online) [cit.2011-04-08].Dostupné na WWW:
<<http://www.ecoretvasa.cz/casopis/obsah?rok=2007&mesic=04>>.
- STAPRO s. r. o. *O společnosti*. STAPRO s. r. o. [online]. Pardubice: Stapro, 2011[cit. 2013-05-03]. Dostupné na WWW: <<http://www.stapro.cz/o-spolecnosti.htm>>.
- STEVANOVIC, Vladimir, FEEK, Colin, a KAY Rebecca. *Benchmarking in Health*,

- Using routine data for benchmarking and performance measurement of public hospitals in New Zealand. In GRAHAM, Francis a STEWART, Lawrence (ed.). *Benchmarking in Health* (Part II). 1st ed. Bradford: Emerald Group Publishing Ltd., 2005. 49 s. ISBN 1-84544-845-6. S. 498-507.
- STRNAD, Ladislav. *Úloha nemocnic v systému zdravotní péče*. 1. vyd. Hradec Králové: Fakultní nemocnice Hradec Králové, Centrum lékařské informatiky, 1996, b.s.
- STUTELY, Richard. *Průvodce ekonomickými ukazateli: jak porozumět ekonomii*. 1. vyd. Praha: Scientia, 2002, 247 s. ISBN 80-7183-278-2. Kap. 1, Interpretujeme ekonomické ukazatele, s. 11-20. Kap. 2, Základní techniky, s. 21-36.
- STÝBLO, Jiří. *Smysl a strategie personálního řízení* [online]. Mzdová praxe. Znalosti. Zkušenosti. Informace. Praha: Wolters Kluwer, 2006 [cit.2011-04-08]. Dostupné na WWW:
<[http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d435v411-poslani-obsah-a-informacni-zabezpeceni-personalniho-rize/?search_query=\\$index=511](http://www.mzdovapraxe.cz/archiv/dokument/doc-d435v411-poslani-obsah-a-informacni-zabezpeceni-personalniho-rize/?search_query=$index=511)>.
- SUBURBAN HOSPITAL. *Cardiac Care and the NIH Heart Center at Suburban Hospital* [online]. Bethesda (USA): Suburban Hospital Marketing Department, 2010 [cit.2011-04-08]. 22 s. Dostupné na WWW:
<<https://www.suburbanhospital.org/documents/NIH-Heart-Center-FINAL.pdf>>.
- SUDOR, Karol. *Prvé neštátne kardiocentrum v SR otvorili prednedávnom v Martine*. SME [online]. Bratislava (SR): Petit Press, 2009 [cit. 2013-05-03]. ISSN 1335-4418. Dostupné na WWW:
<<http://www.sme.sk/c/2055077/prve-nesstatne-kardiocentrum-v-sr-otvorili-prednedavnom-v-martine.html>>.
- SUCHÝ, Miloš. Nákladové analýzy a IT při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení. In *Nákladové analýzy a informační technologie při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2003. 40 s. ISBN 80-245-0556-8. S. 11-12.
- SŮVOVÁ, Helena, aj. *Finanční analýza v řízení podniku, v bance a na počítači*. 1. vyd. Praha: Bankovní institut, 2000. 622 s. ISBN 80-7265-027-0.
- SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR [online]. Praha: SZP ČR, 2011 [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW:
<<http://www.szpcr.cz/index.php?c=onas>>.

- SVOBODOVÁ, Michaela. Do kardiocenter putují další stamiliony. *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN* [online]. Praha: Mladá fronta. ISSN 1805-2355, 2010, b. roč., č. 15, s. 1 [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/do-kardiocenter-putuji-dalsi-stamiliony-451010>>.
- SYNCARDIA SYSTEMS INC. *Syncardia Certified Centers* [online]. Tutson (USA): Syncardia systems, 2012. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.syncardia.com/Medical-Professionals/syncardia-certified-centers.html>>.
- SYNEK, Miloslav. *Ekonomická analýza*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 2003. 79 s. ISBN 80-245-0603-3.
- SYNEK, Miloslav. *Manažerská ekonomika*. 5. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 471 s. ISBN 978-80-247-3494-1.
- SYNEK, Miloslav, a KISLINGEROVÁ, Eva, aj. *Podniková ekonomika*. 5. vyd. Praha: C. H. Beck, 2010. 498 s. ISBN 978-80-7400-336-3. Kap. 2, Okolí podniku, s. 15-24, Kap. 24, Ekonomika, management a podnikání ve zdravotnictví, s. 396-407.
- ŠAMÁNEK, Milan. Vývoj a perspektivy dětské kardiologie u nás. *Sanquis* [online]. Praha: Audabiac, 2010, b. roč., č. 82, s. 64-66. ISSN 1212-6535. [cit. 2012-05-18]. Dostupné na WWW: <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art3220>>.
- ŠIGUT, Zdeněk. *Firemní kultura a lidské zdroje*, 1. vyd. Praha: ASPI Publishing, 2004. 88 s. ISBN 80-7357-046-7.
- ŠKRLA, Petr, a ŠKRLOVÁ, Magda. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*, 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8.
- ŠNAJDR, Marek. *Spokojenost pacientů: nedílná součást informací o kvalitě zdravotních služeb*. Konference Kvalita očima pacientů 2010, 20.4.2010 [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2010. [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <http://www.hodnoceninemocnic.cz/download/01_Snajdr_MZ_Spokojenost_pacientu_soucast_informaci_o_kvalite.pdf>.
- ŠTÁDLER, Petr. Robotika je zlomem i v laparoskopické cévní chirurgii [online]. *Nemocniční speciál*, č. 6, roč. 5, 2010, s. 8. [cit.2011-04-08]. Dostupné na

- WWW: <www.jnjcz.cz/file/doc/mdd/tisk/NS-2010-06-1-8.pdf>.
- TAYLOR, Robert J., a TAYLOR, Susan B. *The AUPHA. Manual Of Health Services Management*. 1st ed. Gaithersburg, Maryland (USA): Manual Aspen Publishers, 1994. 652 s. ISBN 0-8342-0363-4.
- THE CARDIAC CENTRE. *The Cardiac Centre* [online]. Benova, 2013 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.cardiac-centre.com.au/>>.
- THE CARDIOTHORACIC SURGERY NETWORK [online]. *The Cardiothoracic Surgery Network*. Chicago, 2013 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.ctsnet.org/index.html>>.
- THORATEC CORPORATION. Financial information, *Annual report* [online]. Washington (USA): Thoratec Corporation, 2010 [cit. 2013-05-11]. 108 s. Dostupné na WWW: <<http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=95989&p=irol-reports>>.
- TOUS, Pavel. *Anesteziologické oddělení KARIM při II. chirurgické klinice kardiovaskulární chirurgie, KARIM, Klinika Anesteziologie, Resuscitace a Intenzivní Medicíny 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze* [online]. Praha: KARIM, 2007-2012. [cit.2011-04-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.karim-vfn.cz/cz/nase-klinika/resusc-a-intenzivni-pece/res-i-kardiocentrum.html>>.
- TŘEŠŇÁK, Petr. Cesta za umělým srdcem. *Bel Mondo*. Praha: Economia. ISSN 1805-5516. 2013, roč. 2, č. 2, s. 24-32.
- TUROŇOVÁ, Jana. Ustanovení § 22 a § 26 Obchodního zákoníku a jeho soulad s právem EU [online]. Praha: Epravo.cz, 2001 [cit. 2012-03-07]. ISSN 1213-189X. Dostupné na WWW: <<http://www.epravo.cz/top/clanky/ustanoveni-22-a-26-obchodniho-zakoniku-a-jeho-soulad-s-pravem-eu-54993.html>>.
- TYPITOVÁ, Jolana. *Nemocnice v České republice v roce 2011* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2012, 16 s. [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/novinky?page=1>>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011*. [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2011, 132 s. [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW:

<<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Ekonomické výsledky nemocnic 2011*. [online]. Praha, ÚZIS ČR, 2012, 72 s. [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-vysledky-nemocnic>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Hospitalizovaní podle klasifikace DRG pro rok 2011* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2011, 55 s. [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Přehled vybraných kardiologických operací v ČR 2011* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2011, 44 s. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/prehled-vybranych-kardiologickych-operaci-cr-2011>>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. [online]. Praha, ÚZIS ČR, 2011, 268 s. [cit. 2012-04-06]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010>>. Kap. 3, Síť a činnost zdravotnických zařízení. s. 115-150. Kap. 4, Pracovníci a zdravotnické vzdělávání. s. 151-196. Kap. 5, Ekonomické ukazatele, s. 197-216.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Nemocnice v ČR v roce 2012*, *Sestra*, Praha: Mladá fronta. ISSN 1210-0404. 2013, roč. 23, č. 4, s. 5.

VAN BARNEVELD Erik, M., VAN VLIET, René C. J. A. , a VAN DE VEN, Wynand, P. M. M. Risk sharing between Competing Health Plans and Spomzors. *Health Affairs*. Bethesda (USA): Project HOPE - The People-to-People Health Foundation, Inc. eISSN 1544-5208. ISSN 0278-2715. 2001,

roč. 20, č. 3, s. 253-262.

VÁVROVÁ, Hana. Akciové společnosti a příspěvkové organizace ve zdravotnictví. *Ekonomika a management* [online]. Praha: Vysoká škola ekonomická, fakulta podnikohospodářská [cit. 2012-06-18]. ISSN 1802-8934. 2008, b. r., č. 4, b. s. Dostupné na WWW:

<<http://www.ekonomikaamanagement.cz/cz/clanek-akciovce-spolecnosti-a-prispevkove-organizace-ve-zdravotnictvi.html>>.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, a BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 978-80-247-3171-1.

VOCHOZKA, Marek. *Metody komplexního hodnocení podniku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 246 s. ISBN 978-80-247-3647-1, Kap. 2, Finanční analýza s.21.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. Způsob úhrady zdravotní péče v ambulantních segmentech [online]. Praha: Infoservis, b. r., č. 2, 2011.

Dostupné na WWW: <<https://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-05-2012/zpusob-uhrady-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-v-roce-2012>>.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČR. Způsob úhrady v lůžkových zdravotnických zařízeních v roce 2012 [online]. Praha: Infoservis, b. r., č. 5, 2012. Dostupné na WWW: <<https://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-05-2012/zpusob-uhrady-v-luzkovych-zdravotnickych-zarizenich-v-roce-2012>>.

VYSEKALOVÁ, Jitka. *Image a firemní identita*. 1. vyd. Praha:

Grada Publishing, 2009. 190 s. ISBN 978-80-247-2790-5.

WAN, Thomas T. H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče: integrovaný přístup k manažerskému rozhodování*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 1998. 256 s. ISBN 80-7067-834-8. Kap. 6 Manažerská epidemiologie, s. 91-123. Kap. 7, Metody předvídání a strategického plánování nemocničních služeb, s. 125-154. Kap. 8 Koncepty a principy vyhodnocovacího výzkumu, s. 155-186.

WEBER, Max. *K metodologii sociálních vied*. 1. vyd. Bratislava: Pravda, 1983. 410 s.

- ISBN 75-052-83. Kap. „Duch“ kapitalismu, s. 297-298.
- WELCH, H. Gilbert, a LARSON, E. B., Dealing with limited resources: The Oregon decision to curtail funding for organ transplantation, *N Engl J Med (The New England journal of Medicine)*. Waltham (USA): Massachuttes Medical Society. ISSN 0028-4793. eISSN 1533-4406. 1988, roč. 319, č. 3, s. 171-173.
- WILKINSON, Richard G.. *Unhealthy Societies. The Affliction of Inequality*. 1st ed. Oxon: Routledge, 1996. 256 s. ISBN 0-415-09234-5.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cardiovascular disease* [online]. Geneva, 2013 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Prevention and control cdvs* [online]. Geneva, 2011 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf>.
- ZELENKA, Vladimír. *Goodwill. Principy vykazování v podniku*. 1. vyd. Praha: Ekopress, 2006. 232 s. ISBN 80-86929-22-1.
- ZLÁMAL, Jaroslav, a BELLOVÁ, Jana. *Manažerské účetnictví ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2010. 105 s. ISBN 978-80-244-2519-1. Kap. 1, Vymezení manažerského účetnictví, s. 5-23.
- ZLÁMAL, Jaroslav. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 150 s. ISBN 978-80-7013-503-7. Kap. 7, Fáze realizace – marketingový mix, s. 59-122.
- ZLÁMAL, Jaroslav. *Podnikové finance*. 1. vyd. Olomouc: Univ. Palackého, 2002. 133 s. ISBN 80-244-0541-7. Kap. 9, Poměrové ukazatele, s. 66-80.

SEZNAM ZKRATEK

Atd.	a tak dále
Aj.	a jiní
Atp.	a tak podobně
Apod.	a podobně
A.S.	akciová společnost
CKTCH	Centrum transplantační a kardiovaskulární chirurgie Brno
ČR	Česká republika
DPH	Daň z přidané hodnoty
DRG	Diagnosis related groups
EU	Evropská unie
IKEM	Institut klinické a experimentální medicíny
IFRS	International Financial Reporting Standards
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
Kč	Korun českých
Mil.	Milión
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
Např.	například
S. R. O.,	společnost s ručením omezeným
SPOL. S R. O.	
SZO	Světová zdravotnická organizace
Tis.	tisíc
Tj.	to je
Tzn.	to znamená
Tzv.	takzvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World of Health Organization
Z angl.	z anglického

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 – Vývoj položek aktiv center (relativně) v období 2005-2011	78
Obr. 2 – Vývoj položek pasiv center (relativně) v období 2005-2011	79
Obr. 3 – Celkové náklady a výnosy center v období 2005-2011	81
Obr. 4 – Hospodářský výsledek (zisk/ztráta) center v období 2005-2011	82
Obr. 5 – Porovnání objemu vybraných výkonů center v období 2005-2011	85

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 – Výdaje u nemocí srdce a oběhu v ČR v letech 2000-2011	48
Tab. 2 – Hodnocení ukazatelů finančního zdraví center	91

SEZNAM PŘÍLOH

Příl. 1 – Situace v oblasti kardiovaskulárních chorob	132
Příl. 2 – Legislativa platná pro poskytovatele zdravotních služeb a péče	136
Příl. 3 – Tabulky 1-20	140

PŘÍLOHY

Příl. 1 – Situace v oblasti kardiovaskulárních chorob

Na nemoci srdce zemře ve světě zhruba každý rok 3,8 miliónů mužů a 3,4 milióny žen.⁴⁶⁷ *Incidence reoperací stoupá stejně jako počet nemocných, kteří podstoupili primární operaci*, změnou je vyšší zastoupení lidí nad 65 let. Koncovým stavem většiny nemocných s ischemickou chorobou srdeční již není náhlá smrt díky akutnímu infarktu myokardu ve středním věku, ale srdeční selhání v pokročilém starším věku.⁴⁶⁸ Úmrtnost na ischemickou chorobu srdeční se snížila v Severní Americe a západní Evropě vlivem zlepšené prevence, diagnostice a léčbě (nižší počet kuřáků, normalizace krevního tlaku a cholesterolu v krvi). Naopak se očekává zvýšení úmrtnosti o 82% v rozvojových zemích.⁴⁶⁹ Kardiovaskulární riziko⁴⁷⁰ se zvyšuje rizikovým životním stylem.⁴⁷¹ Dále je patrný vliv hypertenze (vysoký systolický krevní tlak), hypertenzi doprovází často diabetes a chronické renální selhání,⁴⁷² diabetu,⁴⁷³ dyslipidémie (LDL a HDL cholesterolová koncentrace).⁴⁷⁴ Výskyt nemoci oběhové soustavy v České republice stabilně osciluje u počtu nemocných (s mírně snižující tendencí) kolem 3000 případů na 100 tisíc obyvatel ročně.⁴⁷⁵ Kardiovaskulární choroby jsou nejvíce zastoupenou příčinou mortality v České republice (např. v roce 2010 45,1 % mužů a 50, 7 % žen)⁴⁷⁶ přibližně 600 úmrtí za rok na 100 000 obyvatel (více než 50% úmrtí z celkového počtu chorob) a je vyšší než v dalších zemích západní Evropy.⁴⁷⁷ Morbidita (počet hospitalizací) je vyšší, přes 50 % všech hospitalizací interních oddělení nemocnic. Infarkt srdce se podílí na největším podílu úmrtí a invalidity mužů v produktivním věku.⁴⁷⁸ Od zavedení DRG systému lze sledovat počet osob v daných hlavních diagnostických skupinách, nemoci oběhového systému obsahují četné DRG skupiny s vysokou relativní vahou: např. transplantace srdce, implantace srdečního defibrilátoru, výkony na srdečních chlopních se srdeční katetrizací s mimotělním oběhem.⁴⁷⁹ Popis hospitalizací podle hlavní diagnostické skupiny v systému DRG shrnuje tabulka na

⁴⁶⁷ Srov. WHO, *Cardiovascular disease*, <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>.

⁴⁶⁸ Srov. KELLY, D. T. In FERRARI, R., *Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium, European Heart Journal Supplement D*, roč. 2, s. D2-D3.

⁴⁶⁹ Srov. WHO, *Cardiovascular disease*, <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>.

⁴⁷⁰ Termín rizikový faktor ve spojení s kardiovaskulární chorobou byl poprvé použit v roce 1961 ve Framinghamské studii. Srov. KANNEL, W. B., aj., In WHO, *Cardiovascular disease Risk factors: New areas for research. Report of a WHO Scientific Group*, s. 1.

⁴⁷¹ Srov. tamtéž.

⁴⁷² Srov. RUILOPE, L. M. In FERRARI, R., *Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium, European Heart Journal Supplement D*, roč. 2, s. D2-D3.

⁴⁷³ Srov. LAAKSO, M. In FERRARI, R., *Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium, European Heart Journal Supplement D*, s. D 26-28.

⁴⁷⁴ Srov. AMOUYEL, P. In tamtéž, s. D2-D3. Dále srov. BRADY, A. J., In tamtéž, s. D4-D6.

⁴⁷⁵ Srov. ČSÚ, *Česká republika od roku 1989 v číslech*, <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#13>.

⁴⁷⁶ Srov. ÚZIS ČR, *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*, <<http://www.uzis.cz/katalog/rocnky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>. Dále srov. ČSÚ, *Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví, standardizovaná míra smrtelnosti, Česká republika v mezinárodním srovnání 2012*, <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/1607-12-r_2012-7>.

⁴⁷⁷ Srov. ČKS, *Národní kardiovaskulární program*, <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

⁴⁷⁸ Srov. tamtéž.

⁴⁷⁹ Srov. ÚZIS, *Hospitalizovaní podle klasifikace DRG 2009, Zdravotnická statistika*, <<http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg-roce-2009>>.

konci přílohy. (pro rok 2009⁴⁸⁰, 2010⁴⁸¹, 2011⁴⁸²). Při léčbě nemocných s chorobami srdce je provedeno ročně alespoň osm set operací na mimotělním oběhu na jeden milión obyvatel, pro celou Českou republiku osm tisíc operací srdce za rok.⁴⁸³ V roce 2010 skoro dva milióny lidí trpělo hypertenzní nemocí a ischemickou nemocí srdce a stále tyto nemoci se podílí z celkových hospitalizací na největším procentuálním zastoupení.⁴⁸⁴ Česká kardiologická společnost ve spolupráci s Českou společností kardiologické chirurgie vypracovala *Národní kardiologický program* s cílem zlepšit podle standardů Evropské unie odbornou péči, její dostupnost, zvýšit odpovědnost občanů za své zdraví, zajistit svobodnou volbu lékaře a racionálně využívat finanční zdroje. Požaduje se zavedení auditu zdravotnických pracovišť, akreditace, evidence výkonů, jejich ekonomická náročnost a způsoby hrazení.⁴⁸⁵ *Složky systému péče o nemocné s kardiologickými chorobami tvoří:* ► 1. primární a sekundární prevence, ► 2. ambulantní péče, ► 3. akutní přednemocniční péče, ► 4. nemocniční péče, ► 5. *specializovaná kardiocentra*, ► 6. lázeňská péče.⁴⁸⁶ *Světová zdravotnická organizace (WHO)* vydává pokyny k nefarmakologické a farmakologické léčbě hypertenze,⁴⁸⁷ se dále věnuje prevenci, výzkumu a projektům ohledně kardiologických nemocí, a to je i předmětem celosvětové spolupráce.⁴⁸⁸ Od konce minulého století se řeší i etické lékařské problémy u rozhodování např. informovaného souhlasu, který má nemocnému vytvořit značné povědomí o pravděpodobných a možných rizicích u invazivních lékařských procedur (u mechanických srdečních podpor⁴⁸⁹ a oxygenátoru).⁴⁹⁰

⁴⁸⁰ Srov. Srov. ÚZIS, Hospitalizovaní podle klasifikace DRG 2009, *Zdravotnická statistika*, <<http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg-roce-2009>>. ÚZIS, Dále srov. hospitalizovaní pro rok 2010 a 2011 dle DRG ve statistikách ÚZIS.

⁴⁸¹ Srov. ÚZIS, Hospitalizovaní podle klasifikace DRG 2010, *Zdravotnická statistika*, <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>>.

⁴⁸² Srov. tamtéž.

⁴⁸³ Srov. ČKS, Národní kardiologický program, <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

⁴⁸⁴ Zvyšuje se index stáří. Srov. ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2010, <<http://www.uzis.cz/katalog/rocnky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>.

⁴⁸⁵ Srov. Srov. ČKS, Národní kardiologický program, <<http://www.kardioc.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.

⁴⁸⁶ Srov. tamtéž.

⁴⁸⁷ Srov. MANCIA, G., a GASSI, G. In FERRARI, R., Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium, *European Heart Journal Supplement D*, roč. 2, s. D7-D8.

⁴⁸⁸ Světový den srdce byl v 19. září 2011. Srov. WHO, *Cardiovascular disease*, <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/research/en/>.

⁴⁸⁹ Podrobněji o mechanických srdečních podporách viz NETUKA, I., a MALÝ, J., Mechanické srdeční podpory, *Sanquis*, č. 55, 2008, <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art28>>.

⁴⁹⁰ Srov. MAZUR, D. J., Medical Ethics and Informed Consent in Invasive Medical Procedures, *The American journal of Cardiology*, 1999, vol 83, s. 38B-39B.

Tab. Hospitalizování podle hlavní diagnostické skupiny v systému DRG⁴⁹¹

	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011
lavní diagnostická skupina - MCD 05 onemocnění a poruchy oběhového systému	Hospitalizování	Hospitalizování	Hospitalizování
	<i>Celkem:</i>	<i>Celkem:</i>	<i>Celkem:</i>
	240 971 (průměrný věk 64 let, kromě Prahy kolem 1600 pacientů, dále pac. /100 tis. obyvatel, u ostatních krajů více než 2000 pac./100 tis.obyvatele)	253 135 (průměrný věk 64 let, kromě Prahy zhruba 1753 pac./100 tis. obyvatel, u ostatních krajů jako v předchozím roce)	253 165 (průměrný věk 66,3 let kromě Prahy 1748 pac./100 tis. obyvatel, ostatní kraje podobné předchozím letům, věk nemocných stoupá, patrné rozdíly mezi kraji, ⁴⁹⁶ v dalších údajích se jeví mírný pokles
	<i>Bez komplikace či komorbidit:</i>	<i>Bez komplikace či komorbidit:</i>	<i>Bez komplikace či komorbidit:</i>
	89 989 pac., 37,3%	99 044 pac., 39,1%	97 344 pac., 39,3%
	<i>S komplikací či komorbiditou:</i>	<i>S komplikací či komorbiditou:</i>	<i>Bez komplikace či komorbidit:</i>
	109 799 pac., 45,6% ⁴⁹²	104 555 pac., 41,3%	97 344 pac., 39,3%
	<i>S významnou komplikací či komorbiditou:</i>	<i>S významnou komplikací či komorbiditou:</i>	<i>S komplikací či komorbiditou:</i>
	37 072 pac., 15,4%	45 221 pac., 17,9%	103 944 pac., 42%
	<i>Zemřelí celkem:</i>	<i>Zemřelí celkem:</i>	<i>S významnou komplikací či komorbiditou:</i>
10 365 pac.	10 448 pac.	41 658 pac., 16,8%	
Case mix index, CMI⁴⁹³ dle poskytovatele péče a MDC	CMI dle poskytovatele péče a MDC	Zemřelí celkem:	
Církev 0,96 Jiná právnická osoba 1,52 Kraj 0,89 MZ 3,63 ⁴⁹⁴ Obec, město 0,99 Ostatní centrální orgány 1,53	Církev 0,92 Jiná právnická osoba 1,61 Kraj 1,08 MZ 4,22 ⁴⁹⁵ Obec, město 1,05 Ostatní centrální orgány 1,66	10 178 pac.	
CMI nad hodnotu 2 od 50 do 74 let věku	Case mix index neměnné hodnoty	CMI dle poskytovatele péče a MDC	
Průměrná délka hospitalizace je ve všech zařízeních kolem 6 dní (od 55 let věku se prodlužuje)	Průměrná délka hospitalizace přibližně stejná	Církev 0,63 Jiná právnická osoba 1,42 Kraj 0,89 MZ 3,78 ⁴⁹⁷ Obec, město 0,90 Ostatní centrální orgány 1,45	
		Case mix index neměnné hodnoty	
		Průměrná délka hospitalizace zhruba stejná	

⁴⁹¹ Srov. ÚZIS, Hospitalizování podle klasifikace DRG 2009-2011.

⁴⁹² Tito pacienti tvoří podstatnou část z celkového množství nemocných.

⁴⁹³ Hodnota ukazatele Case mix indexu znamená nákladnost péče pro určité pacienty (průměrná spotřeba zdrojů pro jeden případ pro poskytovatele zdravotní péče) se počítají z relativních vah (bezrozměrné číslo).

<<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>>.

⁴⁹⁴ Vysoký index u MZ (téměř 2,5 násobek), hodnotu zvyšuje specializované pracoviště IKEM.

⁴⁹⁵ Větší index u MZ (téměř 2,5 násobek), zvyšuje pracoviště IKEM. U všech se index zvýšil kromě církve.

⁴⁹⁶ Např. Liberecký s 2864 hospit./100 tis. obyvatel proti Hradeckému: 1964 hospit./100 tis. obyvatel).

⁴⁹⁷ U všech subjektů snížený index, ale stále jeho zvýšení u MZ, hodnotu zvyšuje pracoviště IKEM.

LITERATURA A PRAMENY

- ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST. *Národní kardiovaskulární program* [online]. Praha: ČKS, 2000 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.kardio-cz.cz/index.php?&desktop=clanky&action=view&id=65>>.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika od roku 1989 v číslech* [online]. Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#13>.
- FERRARI, Roberto. Cardiovascular risk management. Highlights of an international symposium. *European Heart Journal Supplement D*. London: W. B. Saunders. ISSN 1520 765X. 2000, roč. 2, b. č. 69 D s..
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v mezinárodním srovnání 2012* Praha: ČSÚ, 2011 [cit. 2013-05-11]. Zemřelí podle příčin smrti a pohlaví, standardizovaná míra smrtelnosti. Dostupné na WWW: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/1607-12-r_2012-7>.
- MAZUR, Dennis J. Medical Ethics and Informed Consent in Invasive Medical Procedures *The American journal of Cardiology*. New York: Elsevier. ISSN 0002-9149. 1999, č. 83, s. 38B-39B.
- NETUKA, Ivan, a MALÝ, Jiří. *Mechanické srdeční podpory. Sanquis* [online]. Praha: Audabiac, 2008, roč. 2008, č. 55, Dostupné na WWW: <<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art28>>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011 [online]. Praha: ÚZIS, 2012 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS, 2010 [cit. 2013-05-11]. Hospitalizovaní podle klasifikace DRG 2009. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg-roce-2009>>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS, 2011 [cit. 2013-05-11]. Hospitalizovaní podle klasifikace DRG 2010. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/publikace/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg-roce-2009>>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010* [online]. Praha: ÚZIS, 2011 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH A STATISTICKÝCH INFORMACÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická statistika* [online]. Praha: ÚZIS, 2011 [cit. 2013-05-11]. Hospitalizovaní podle klasifikace DRG 2011. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/hospitalizovani-podle-klasifikace-drg>>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cardiovascular disease* [online]. Geneva, 2013 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/research/en/>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cardiovascular disease* [online]. Geneva, 2013 [cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en/>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Cardiovascular disease Risk factors: New areas for research. Report of a WHO Scientific Group*. Geneva: WHO, 1994. 53 s. ISBN 92 4 1208414.

Příl. 2 – Legislativa platná pro poskytovatele zdravotních služeb a péče

Změny legislativy vázané na problematiku poskytovatelů zdravotní péče a služeb s dopadem na jejich ekonomické fungování jsou ovlivněny politickými a ekonomickými faktory, včetně právních norem Evropské unie. Legislativa, která ovlivňuje poskytování zdravotní péče neustále reaguje na probíhající dění ve zpětné vazbě na politicko-hospodářskou situaci země. Přetrvávající Achilovou patou zdravotnictví je v dlouhodobějším horizontu jeho nejednotná udržitelná koncepce napříč politickým spektrem za reálné situace regulovaném přísunu dotací z Evropské unie, snižujících se zdrojů státní podpory a současně vytváření úsporných opatření (často kontraproduktivních). V České republice ovlivňují nyní oblast zdravotní péče následující vybrané zákonné normy.

Základními jsou:⁴⁹⁸

- *Ústava ČR s Listinou základních práv a svobod* (přijata 16. 12. 1992, s účinností od 1. 1. 1993),
- *Úmluva o lidských právech a biomedicině – Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny* (4. 4. 1997, platnost 1. 12. 1999, v ČR přijata pod č. 96/2001 Sb. mezinárodních smluv),
- *zákon č. 369/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů*,⁴⁹⁹ zdravotní pojištění je obligátní pro všechny občany a oproti ostatním západoevropským zemím není jeho součástí nemocenské pojištění (integrováno do sociálního, jeho placení je fakultativní), proto při srovnávání výdajů států na zdravotnictví a jeho podílu hrubého domácího produktu, je nutné zohlednit situaci zkrácení dat.⁵⁰⁰ Zákon se zabývá problematikou míry úhrady zdravotní péče (poplatky za ošetřovací den, téma tzv. regulačních poplatků, které jsou příjmem pro poskytovatele nad rámec proplácené péče ze zdravotního pojištění (nejsou poplatkem za zdravotní péči, léčivé přípravky či zdravotnický materiál). Zákon stanoví i dostupnost určité péče občanům podle čekacích lhůt na jednotlivé výkony. *Při manipulaci s omezenými zdroji společnosti se objevuje nutnost vymezit zároveň ekonomické a zdravotní pojetí péče v tzv. základní a náročnější variantě*,⁵⁰¹ kde příjemce péče doplatí rozdíl vůči základní péči, je součástí vyhlášky o seznamu zdravotních výkonů,⁵⁰² dále např. příplácení za volbu lékaře atp. Významně působí informovanost pacienta s možností léčby odborným pracovníkem, zde lékařem, který ho má seznámit bez rozdílu se všemi dostupnými metodami v České republice (a jejich hrazením). Otázkou může i být, zda to neovlivní pořadníky u neodkladných zákroků.

Dále navazující *zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, č. 592/1992 Sb.* v aktualizovaném znění, úprava činnosti zdravotních pojišťoven jako veřejnoprávních institucí *zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách* (oba dle aktuálního znění), *zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. (a související např. vyhláška č. 358/2006 o zdravotnické dokumentaci, kde např. jsou uváděny podmínky nahlížení osob do dokumentace), zákon č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, v platném znění (poslední změna zákon č. 61/2006 Sb.)*, dále např. *transplantační zákon č. 285/2002 Sb.*, v jeho novele pro rok 2013, která umožní dárčovství v oblasti transplantací pro české občany a naopak pro ostatní občany v Evropské unii, je uveden možný odběr orgánů od cizího státního příslušníka, kompenzace žijícím dárcům, příspěvek na pohřeb zemřelého dárce.

Zdravotnictví v ekonomickém prostředí se potýká s problémy zisku a zároveň šetření, vyhnout se

⁴⁹⁸ Uvedené zákony, vyhlášky Srov. webový portál MZ ČR a Business center, neuvádím proto konkrétní odkazy, jak je obvyklé.

⁴⁹⁹ A související vyhláška č. 376/2011 Sb., kterou se provádí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění.

⁵⁰⁰ Srov. GLADKIJ, I., aj: Zdravotnické systémy a jejich řízení, *Management ve zdravotnictví*, s. 35.

⁵⁰¹ Zde se především uvažuje o lékařské péči, diskuse se vedou i o ošetrovatelské.

⁵⁰² Ze stran poskytovatelů zdravotní péče se spíše předpokládá menší ochota nemocných platit za ekonomicky náročnější péči.

nadhodnocení nákladů na poskytované služby a zajistit jejich minimální kvalitu za přijatelnou cenu (otázkou je pro koho: zda je (bude) více pro poskytovatele, občana, pojišťovny atd.), je to jedna ze stěžejních oblastí státu a je třeba se vyvarovat ekonomických, personálních a organizačních excesů. Stát proto reguluje podmínky poskytování služeb a péče (např. ceny), současně i s vědomým cílem snížit dotace z veřejných zdrojů, určuje úhrady zdravotní péče, ceny léčiv (s roční aktualizací), dostupnost péče v regionech (místní a časová dle *nařízení vlády 307/2012 Sb.*),⁵⁰³ požadavky na minimální personální obsazenost poskytovatele zdravotní péče:⁵⁰⁴ např. vyhlášky, které stanoví výši úhrad atd., *vyhláška č. 475/2012 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2013*,⁵⁰⁵ *vyhláška č. 467/2012 určující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami*, tyto změny vyhlášek jsou často dlouhodobě projednávány, protože se nedosáhne konsensu o výši a množství úhrad služeb zdravotní péče (ambulantní, jednodenní, lůžkové, komunitní péče dle *zákonu č. 372/2011 Sb.*) hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče, což způsobuje nesrovnalosti v objemu poskytované péče. Specifická zdravotní péče bude uhrazena na základě smluvní dohody s poskytovatelem zdravotní péče: např. platba za zvyšující se počet implantací kardiostimulátorů, laparoskopických výkonů, vybraných léčiv, *předpis č. 81/2012 Sb. Sdělení Ministerstva zdravotnictví o vydání cenového předpisu 1/2012/DZP o regulaci cen zdravotní péče, stanovení maximálních cen zdravotní péče zubních lékařů hrazené z veřejného zdravotního pojištění, stomatologických výkonů plně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a specifických zdravotních výkonů, předpis č. 40/2012 Sb. Sdělení ministerstva zdravotnictví o vydání cenového předpisu 1/2012/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon) o léčivech*,

Zákon č. 372/2011 Sb. zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): zrušil dříve platné normy, např. zákon č. 20/1966 Sb., *o péči a zdraví lidu*). Mění právní formulaci zdravotnického zařízení/instituce, kdy nelze s ním uzavřít smlouvu, ale s poskytovatelem. Uvádí, že pacient má být předem informován, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, o ceně poskytovaných služeb a míře jejich úhrady zdravotní pojišťovnou. Kromě lékařské péče má poskytovatel vytvořit seznam cen poskytovaných zdravotních služeb opět s údaji o hrazení pojišťovnou a zpřístupnit ho veřejnosti, pokud není klient v ohrožení života, může mu být odmítnuta péče z důvodu překročení pracovního zatížení či jiných provozních důvodů, nebo když není pojištěncem, se kterým má poskytovatel smlouvu. Zákon se vyslovuje i k problematice mlčenlivosti a zásadám vedení zdravotnické dokumentace. V části dvanácté tohoto zákona v § 112 je možnost na žádost poskytovatele udělení Ministerstvem zdravotnictví statut centra vysoce specializované péče, pokud splní určené požadavky dané zákonem (na statut centra nevzniká právní nárok), - *zákon č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách*, - *zákon č. 375/2011 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě*, - zákon 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře: komory jako právnické osoby dohlíží na práci svých členů, aby byla profesionální po stránce odborné a etické, hájí jejich práva a profesní zájmy, *nelékařské obory komoru nemají (je tu pak i možný problém při dělbě/přesunu kompetencí vůči lékařským oborům)*.

Poskytovatelé zdravotní péče a služby musí počítat i s dalšími obecnými právními normami (všechny

⁵⁰³ Místní dostupnost: v ambulantní péči je kardiologie řazena do třetí skupiny s dojezdovým časem 60 minut, kardiochirurgie a cévní chirurgie do páté skupiny s časem 120 minut. V lůžkové péči pro první skupinu je pro akutní péči dojezd 60 minut, pro čtvrtou skupinu, kam patří kardiochirurgie 180 minut. Časová dostupnost vybraných výkonů např. angiografie a vaskulární výkony 8 týdnů, echokardiografie 10 týdnů.

⁵⁰⁴ např. vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb č. 99/2012.

⁵⁰⁵ Předchozí vyhláška č. 425/2011 Sb. zavádí úhradový mechanismus v systému DRG. V současně platící vyhlášce je např. hodnota bodu 0,90 Kč za hrazené služby ze seznamu výkonů.

v platném znění): *zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník, zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, zákon o pohřebnictví č. 256/2001 Sb.*, dále jsou normy potřebné pro ekonomický subjekt: samotné oprávnění k provádění dané služby, např. pro poskytovatele péče v nestátních zařízeních je platný *zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních*, plnění hygienicko-epidemiologických norem: likvidace odpadů, prevence nález atd., (např. *vyhláška č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče*), bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, (např. *nařízení vlády č. 93/2012, kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, ve znění nařízení vlády č. 68/2010 Sb., zákon č. 309/2006 Sb., kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a o zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy (zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci)*, *vyhláška č. 410/2012 Sb. o stanovení pravidel a postupů při lékařském ozáření*, technických požadavků na zdravotnické prostředky a vybavení a způsobilost k poskytování péče zdravotnickým zařízením/institucí (stanoví se formou nařízení vlády a vyhlášek, např. pro diagnostické zdravotnické a implantabilní prostředky), *vyhláška č. 92/2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče*, *vyhláška č. 102/2012 Sb. o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*.

Stěžejní pro poskytovatele je oblast lidských zdrojů, kam se promítá též výrazně problematika finančních úspor (ohodnocení za práci, výdaje na vzdělání atd.) s vlivem na udržení stability a profesionalitu (např. fluktuace, odliv odborníků atd.) poskytovatele. Obecné normy jsou: *zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, zákon č. 365/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce*, (např. řeší odpovědnost za škodu způsobenou zaměstnancem, platové ohodnocení státních zaměstnanců), *ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*, řešení právního vztahu zaměstnance a zaměstnavatele, *zákon č. 367/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony*. V souvislosti s úrazem *zákon č. 463/2012 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, ve znění pozdějších zákonů*, při vzniklém pracovním úrazu: *vyhláška č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a tížení společenského uplatnění*. Důležité zákony o způsobilosti k povolání personálu: *zákon č. 346/2011, kterým se mění zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 105/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)*, ve znění pozdějších předpisů a *vyhláška č. 55/2011 Sb. (nahrazuje vyhlášku 424/2004 Sb.), kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, dále předpisy o platu a mzdě: např. *nařízení vlády č. 444/2011 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů*).

Poskytovatel zdravotní péče respektuje i hospodářské normy jako je získání registrace subjektu u finančního úřadu, vedení daní, účetnictví, a z toho vyplývající povinnosti, dále i uzavření pojistných smluv v případě odpovědnosti za škodu způsobenou s poskytováním zdravotnických služeb, či při škodě na majetku atp. Díky své variabilitě je pro zdravotnické subjekty obtížnější udržet zásady komplexní palety aktualizujících se norem než ostatními ekonomickými subjekty, kde je základem *obchodní zákoník, zákon č. 513/1991* dle aktuálního platného znění, problémem je ustanovení zdravotnických subjektů na základě obchodního zákoníku, který je prioritně napsán pro subjekty, jejichž primárním cílem je dosažení zisku. Nevznikají tak klasické obchodní společnosti, ale jejich specifická forma, např. krajské zdravotní zařízení ve formě akciové společnosti. Dochází pak k jistým rozdílům. Poskytovatelé zdravotnických služeb pracující v ziskové sféře s cílem nabýt zisk, při orientaci na vhodné klienty, např. akciové společnosti, ho nemusí reinvestovat pro svou organizaci, oproti akciovým společnostem v neziskové sféře, pro něž je to povinnost investovat do sama sebe, do svého poslání poskytovat danou službu stanovenou ve

svých zřizovacích dokumentech. Pro příspěvkové organizace při vytvoření kladného hospodářského zisku je nevýhodou jeho možného odnětí zřizovatelem při možnosti reinvestice do svých potřeb. Dále *zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví* (novelizován zákonem 410/2010 Sb.), např. určení provádění odpisů, s povinností uveřejnění účetní uzávěrky a výroční zprávy danými účetními jednotkami (zapsané do obchodního rejstříku, určené předpisem), některé mají účetní závěrku povinně ověřenou auditorem,⁵⁰⁶ *vyhláška č. 500/2002 Sb., tzv. prováděcí vyhláška k podvojnému účetnictví, která navazuje na zákon o účetnictví.*

Pro daňovou oblast (nepříměřené zvyšování daňového zatížení má negativní vliv např. pro investiční činnost a ekonomický rozvoj subjektu) platí např. *zákon č. 370/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony, zákon č. 346/2010 Sb., kterým se mění zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony,* Nad hospodařením s veřejnými financemi je nutná právní kontrola v podobě *zákona o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů (zákon o finanční kontrole) č. 320/2001 Sb.* a navazující předpisy platné pro poskytovatele manipulující s veřejným majetkem, sleduje se finanční kontrola správnosti finanční a majetkové operace, její hospodárnost, efektivnost a účelnost. Určuje podmínky externího a interního auditu, větší důraz se klade na interní audit, s jehož výsledky je seznámen v roční zprávě vedoucí orgán veřejné správy, otázka ohledně schopnosti pružně systémově reagovat při zjištění nesrovnalostí, dále *zákon č. 55/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, ve znění pozdějších předpisů.* Pro uchazeče získání veřejné zakázky je věc prestiže a jistého výdělku, je nutná kontrola procesu zadávání a výběru mezi zájemci. U příspěvkových organizací (státní, krajů, měst a obcí), platí: a) u státní: *zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, co se týká hospodaření a finanční kontroly zákon č. 482/2004 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla),* v platném znění obsahuje např. pravidla pro vytvoření zřizovací listiny a obdobně b) u příspěvkové organizace krajů, měst a obcí: *zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů: změněn zákonem č. 477/2008 Sb., dále i např. zákony v platném znění č. 128/2000 Sb., o obcích a č. 129/2000 o krajích, dále zákon 131/2000 Sb., o hlavním městě Praze, z vyhlášek např. vyhláška č. 365/2010 o fondu kulturních a sociálních potřeb* ve znění pozdějších předpisů, která se týká příspěvků zaměstnanců ohledně rekreace, vzdělávání, kultury apod., přechod organizace na jiného zřizovatele provádí nový zákon ohledně dané organizace. Roční zprávy, které vypracovávají příspěvkové organizace, z nichž vycházím v této práci se řídí *vyhláškou Ministerstva financí České republiky č. 323/2005 Sb., v platném znění.*⁵⁰⁷

LITERATURA A PRAMENY

GLADKIJ, Ivan, aj. *Management ve zdravotnictví.* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 393 s. ISBN 80-

7226-996-8. Podkap. 1.4, Hlavní funkce jednotlivých typů zdravotnických institucí a zařízení, s. 46-54.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zákony a vyhlášky* [online]. Praha: MZ ČR, 2013

[cit. 2013-05-11]. Dostupné na WWW:

<www.mzcr.cz>.

BUSINESS CENTER. *Sbírka právních předpisů* [online]. Hradec Králové:ESIPA, 2013 [cit. 2013-05-11].

Dostupné na WWW:

<<http://business.center.cz/business/pravo/zakony/vzp/>>.

⁵⁰⁶ Srov. Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví (v aktuálním znění zákona 410/2010 Sb), část 3. účetní uzávěrka.

⁵⁰⁷ Uvedené zákony, vyhlášky Srov. webový portál MZ ČR a Business center, neuvádím proto konkrétní odkazy, jak je obvyklé.

Příl. 3 – Tabulky 1-20

Tab. 1 Počet vybraných výkonů CKTCH (2006– 2011)⁵⁰⁸

Vybraný výkon	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011	Komentář
Transplantace srdce	25	23	25	19	31	30	25	V roce 2009 nejvíce výkonů (kromě roku 1997)
Transplantace jater	20	31	36	31	30	28	25	Nejvíce rok 2007, nejméně 2011
Transplantace ledvin	50	44	34	37	41	45	34	V roce 2010 nejvíce výkonů.
Počet operací srdce	1280	1120	1116	1128	1138	1141	1060	Nejvíce v roce 2005

Tab. 2 Počet vybraných výkonů IKEM (2006– 2011)⁵⁰⁹

Vybraný výkon	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Komentář
Srdeční operace celkem	1 286	1 145	1 188	1 222	1 281	1 157	1 127	Nejvíce v roce 2005
Transplantace srdce	37	34	44 + 1 (srdce a plíce)	40	49	40	43	Nejvíce v roce 2007
Mechanické srdeční podpory	13	13	29	27	19	33	22	Nejvíce v roce 2007
Transplantace ledvin/jater/slinivky břišní	199/ 62/ 18	211/ 67/ 25	251/ 79/ 27	194/ 66/ 26	186/ 72/ 28	190/ 74/ 4	214/ 64/ 32	Kromě operací slinivky břišní nejvíce v roce 2007
Cévní výkony	1 549 (630) ⁵¹⁰	1 516 (616)	1 699 (691)	1 823 (551)	(693)	(725)	(741)	Nejvíce 2008, (2011): udávají různé údaje, proto koncové stavy jsou podle uživatele odlišné

⁵⁰⁸ Srov. CKTCH, *Výroční zpráva 2011*.

⁵⁰⁹ Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁵¹⁰ Údaje v závorkách jsou data z roku 2010. Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2010*, s. 7.

Tab. 3 Vertikální a horizontální analýza aktiv CKTCH⁵¹¹

CKTCH: vertikální analýza v % z celk. aktiv								CKTCH: horizontální analýza v %						
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Období	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Aktiva celkem	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	Aktiva celkem	-6,0%	-4,0%	39,1%	-10,9%	7,0%	7,0%
Dlouhodobý majetek (stálá aktiva) CKTCH	54,0%	48,7%	42,7%	50,5%	51,3%	47,7%	42,0 %	Dlouhodobý majetek (stálá aktiva) CKTCH	-15,3%	-15,7%	64,5%	9,6%	-0,3%	6,1%
Dlouhodobý nehmotný majetek	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	Dlouhodobý nehmotný majetek	-41,3%	99,3%	-32,3%	92,7%	-15,1%	-2,0%
Dlouhodobý hmotný majetek	53,8%	48,7%	42,6%	50,4%	51,0%	47,5%	41,9 %	Dlouhodobý hmotný majetek	-15,2%	-67,9%	-61,1%	-4,5%	-0,3%	1,9%
Dlouhodobý finanční majetek	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Dlouhodobý finanční majetek	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Oběžná aktiva celkem CKTCH	46,0%	51,3%	57,3%	49,5%	48,7%	52,3%	58,0 %	Oběžná aktiva celkem CKTCH	4,8%	7,3%	20,1%	-12,2%	14,9%	25,5%
Zásoby	1,2%	3,4%	4,4%	0,6%	0,7%	0,7%	0,3%	Zásoby	210,0%	12,9%	20,1%	2,4%	5,1%	-47,8%
Pohledávky celkem	29,2%	28,5%	22,1%	12,6%	34,7%	22,9%	15,0 %	Pohledávky celkem	-10,8%	-25,2%	-18,8%	45,2%	-29,4%	-20,5%
Finanční majetek celkem	12,5%	18,1%	30,1%	35,9%	12,8%	28,0%	42,7 %	Finanční majetek celkem	36,0%	59,4%	64,6%	-68,0%	84,4%	84,4%
Časové rozlišení	3,1%	1,3%	0,7%	0,4%	0,5%	0,7%	0,0%	Časové rozlišení	-61,8%	-50,8%	-10,0%	-39,1%	-100,0%	-100,0%

⁵¹¹ První uvádím vertikální (relativní či absolutní změna) vybraných položek v čase např. vůči předchozímu roku, poté horizontální analýzu (zvolí se jedna základna rovná 100 % a vybrané položky se určují jako její procentuální podíl). Ukazatelé jsou zpracovány (včetně postupu jejich výpočtu) podle Knápkové a Pavelkové. Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 29-11.5. Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*.

Tab. 4 Vertikální a horizontální analýza pasiv CKTCH⁵¹²

CKTCH: vertikální analýza v %								CKTCH: horizontální analýza v %					
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Pasiva celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-6,0%	-4,0%	39,1%	-10,9%	7,0%	7,0%
Vlastní zdroje	88,8%	90,3%	89,9%	77,1%	85,0%	81,2%	71,9%	-4,4%	-4,3%	19,3%	-1,8%	9,0%	7,0%
Majetkové fondy	56,4%	66,3%	70,0%	63,7%	65,1%	67,8%	57,0%	10,4%	-11,5%	45,2%	-8,9%	1,1%	8,3%
Finanční a peněžní fondy	33,9%	24,0%	30,7%	12,7%	18,7%	13,4%	13,7%	-30,4%	-23,0%	-42,5%	31,5%	8,6%	4,4%
Zdroje krytí	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-23,5%	-24,7%
Cizí zdroje	11,2%	9,7%	10,1%	22,9%	15,0%	18,5%	28,1%	-18,8%	0,4%	215,2%	-41,5%	40,8%	71,7%
Zákonné rezervy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Krátkodobé závazky	10,3%	8,4%	8,4%	21,8%	13,5%	18,8%	21,4%	66,7%	-4,3%	262,2%	-44,8%	47,0%	39,8%
Dlouhodobé závazky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bankovní úvěry a půjčky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Časové rozlišení	0,9%	1,3%	1,8%	1,1%	1,6%	12,6%	6,7%	29,8%	30,4%	-10,9%	22,8%	-13,3%	-35,6%

Tab. 5 Vertikální a horizontální analýza nákladů CKTCH⁵¹³

CKTCH: vertikální analýza v %							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Celkové náklady	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Osobní náklady	33,0%	33,2%	34,4%	34,5%	33,9%	26,3%	27,8%
Spotřeba materiálu	46,6%	46,5%	45,9%	48,2%	48,9%	49,0%	41,3%
Spotřeba energie	1,4%	1,7%	1,4%	1,7%	1,6%	4,6%	3,3%
Opravy	0,8%	0,7%	0,9%	0,6%	1,1%	2,7%	2,9%
Daně	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Odpisy DM	10,1%	9,8%	8,4%	6,9%	5,7%	6,2%	6,4%
Služby	7,9%	7,9%	7,4%	7,9%	8,3%	10,0%	17,6%
Ostatní náklady	0,1%	0,1%	1,6%	0,1%	0,0%	1,2%	0,7%
CKTCH: horizontální analýza v %							
Období	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Celkové náklady	1,8%	4,3%	1,4%	6,0%	13,5%	0,0%	
Osobní náklady	2,5%	7,8%	1,0%	5,3%	11,2%	2,9%	

⁵¹² Srov. CKTCH, Výroční zprávy 2005-2011.

⁵¹³ Srov. CKTCH, Výroční zprávy 2005-2011.

Spotřeba materiálu	0,1%	3,8%	7,0%	7,3%	13,6%	-0,1%
Spotřeba energie	24,8%	-16,4%	20,4%	4,3%	6,4%	-9,5%
Opravy	19,9%	34,1%	-25,5%	89,0%	-1,0%	23,6%
Daně	87,8%	-100,0%	0,0%	-81,9%	-82,3%	-26,7%
Odpisy DM	-1,2%	-10,9%	-16,7%	-11,3%	5,8%	21,0%
Služby	1,8%	-1,9%	8,6%	10,8%	10,3%	-9,8%
Ostatní náklady	18,7%	132,7%	-91,7%	125,3%	616,3%	-84,7%

Tab. 6 Vertikální a horizontální analýza výnosů CKTCH⁵¹⁴

CKTCH: vertikální analýza v %							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Celkové výnosy	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tržby z prodeje služeb	97,6%	99,2%	97,6%	98,6%	96,1%	96,8%	98,4%
Fondy	1,2%	0,0%	0,0%	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%
Úroky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Ostatní výnosy	0,7%	0,1%	1,8%	0,1%	0,4%	0,7%	1,3%
Dotace na provoz	0,5%	0,7%	0,6%	1,1%	3,1%	2,5%	0,0%
CKTCH: horizontální analýza v %							
Období	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Výnosy celkem	1,6%	3,5%	2,8%	6,6%	13,0%	0,5%	
Tržby z prodeje služeb	3,2%	1,9%	3,8%	3,9%	13,9%	1,3%	
Fondy	-100,0%	0,0%	1000,0%	100,0%	-0,9%	100,0%	
Úroky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Ostatní výnosy	-78,1%	1076,0%	-96,5%	521,4%	120,3%	81,1%	
Dotace na provoz	40,2%	-4,8%	73,0%	208,4%	-9,1%	-58,9%	

Tab. 7 Vertikální a horizontální analýza aktiv IKEMu⁵¹⁵

IKEM: vertikální analýza v %													
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	IKEM: Horizontální analýza v %					
								2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11
Aktiva celkem	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-5,4%	1,1%	-1,0%	5,1%	5,9%	-1,0%
Dlouhodobý majetek (stálá aktiva) IKEM	72,0%	72,0%	73,5%	73,8%	67,8%	66,9%	67,5%	-3,5%	0,0%	-6,8%	2,7%	4,5%	0,0%
Dlouhodobý nehmotný majetek	0,4%	0,4%	0,3%	1,5%	0,1%	0,1%	0,2%	-0,3%	9,2%	8,3%	2,5%	4,9%	6,0%
Dlouhodobý hmotný majetek	71,6%	71,6%	73,2%	72,3%	67,7%	66,8%	67,3%	-32,3%	5,7%	1,9%	-5,2%	4,2%	5,0%
Dlouhodobý finanční majetek	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Oběžná aktiva celkem IKEM	28,0%	28,0%	26,5%	27,6%	32,2%	33,0%	32,5%	-10,4%	5,4%	9,3%	10,3%	-56,5%	-2,9%

⁵¹⁴ Srov. CKTCH, Výroční zprávy 2005-2011.

⁵¹⁵ Srov. IKEM, Výroční zprávy 2005-2011.

Zásoby	2,1%	0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,9%	0,7%	-3,2%	11,8%	7,8%	-18,2%	-0,6%	-19,6%
Pohledávky celkem	15,2%	17,2%	12,8%	9,6%	10,9%	10,1%	7,4%	-29,6%	-27,1%	20,0%	2,0%	-0,7%	-27,7%
Finanční majetek celkem	10,7%	10,2%	12,0%	16,9%	20,3%	22,0%	24,4%	12,4%	16,5%	20,5%	26,2%	15,1%	9,2%
Časové rozlišení	0,0%	0,0%	1,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	25,8%	28,7%	-56,8%	-7,9%	0,0%	0,0%

Tab. 8 Vertikální a horizontální analýza pasiv IKEMu⁵¹⁶

IKEM: vertikální analýza v %							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Pasiva celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Vlastní zdroje IKEM	87,4%	84,3%	87,8%	88,8%	89,8%	85,6%	88,1%
Majetkové fondy	76,0%	72,9%	73,3%	72,4%	69,5%	70,1%	68,7%
Finanční a peněžní fondy	11,4%	11,2%	14,0%	15,1%	17,1%	14,7%	17,3%
HV běžného účetního období	0,0%	0,2%	0,5%	0,7%	1,8%	0,8%	2,1%
Cizí zdroje IKEM	12,6%	15,7%	12,2%	11,2%	10,2%	14,3%	11,9%
Zákonné rezervy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Krátkodobé závazky	12,3%	15,4%	11,9%	10,6%	9,5%	14,1%	11,7%
Dlouhodobé závazky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bankovní úvěry a půjčky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Časové rozlišení	0,3%	0,3%	0,3%	0,6%	0,7%	0,2%	0,2%

IKEM: horizontální analýza v %							
Období	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Pasiva celkem	-5,4%	1,1%	-1,0%	5,1%	5,9%	-1,0%	
Vlastní zdroje	-1,5	-1,5%	0,0%	0,1%	4,1%	1,7%	
Majetkové fondy	-4,6	-4,6%	-4,3%	-5,0%	2,9%	-3,7%	
Finanční a peněžní fondy	16,9	16,9%	15,9%	20,7%	2,8%	-3,7%	
HV běžného účetního období	369	19,4%	139,1%	182,9%	-61,2%	208,1%	
Cizí zdroje	-26,5	26,5%	-6,9%	-10,2%	-14,5%	-17,5%	
Zákonné rezervy	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Krátkodobé závazky	-80,8	9,1%	-9,5%	-11,4%	60,0%	-17,9%	
Dlouhodobé závazky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Bankovní úvěry a půjčky	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Časové rozlišení	-6,7	-6,7%	88,4%	10,9%	17,1%	38,9%	

Tab. 9 Vertikální a horizontální analýza nákladů IKEMu⁵¹⁷

IKEM: vertikální analýza v %							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Celkové náklady	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Osobní náklady	26,4%	26,0%	27,0%	26,9%	27,3%	30,0%	30,2%
Spotřeba materiálu	33,2%	32,0%	35,0%	35,3%	35,0%	33,0%	30,2%

⁵¹⁶ Srov. tamtéž.

⁵¹⁷ Srov. tamtéž.

Léky	5,5%	5,6%	5,9%	6,2%	6,5%	7,4%	7,8%
Zboží:léky	15,6%	14,0%	15,6%	14,5%	14,7%	14,4%	14,7%
Spotřeba energie	2,5%	2,2%	1,8%	2,2%	2,0%	1,9%	1,8%
Daně	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Odpisy DM	8,2%	8,5%	8,1%	7,5%	7,0%	6,3%	7,2%
Služby	7,0%	6,7%	4,5%	4,4%	5,6%	5,8%	6,4%
Ostatní náklady	1,6%	5,0%	2,1%	3,0%	1,9%	1,2%	1,7%
IKEM: horizontální analýza v %							
Období	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Celkové náklady	13,3%	8,3%	7,3%	8,8%	-1,9%	1,9%	
Osobní náklady	11,5%	12,4%	6,9%	10,6%	7,6%	2,6%	
Spotřeba materiálu	9,7%	9,7%	18,3%	7,8%	4,4%	-6,8%	
Léky	-59,1%	13,5%	13,4%	13,7%	10,9%	7,3%	
Zboží:léky	-0,2%	20,4%	0,2%	10,0%	10,9%	4,3%	
Spotřeba energie	-6,8%	-3,4%	28,2%	-1,3%	-7,3%	0,6%	
Daně	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Odpisy DM	17,4%	2,2%	0,1%	1,1%	-11,3%	16,5%	
Služby	7,4%	-26,8%	4,3%	39,0%	3,0%	11,4%	
Ostatní náklady	248,9	-55,2	55,4	-30,1	-38,6	42,8	

Tab. 10 Průměrný hrubý měsíční plat (v Kč) pracovníků center v letech 2005-2010⁵¹⁸

Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CKTCH	28688,0	34134	33895	30586	31789	34103
IKEM	24913,0	26914	neuveďeno	neuveďeno	32758	35865

Tab. 11 Přehled nákladů na platy IKEMu za rok 2005 – 2011⁵¹⁹

Kategorie pracovníků (plat v tis. Kč)	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011
Lékaři/ Farmaceuti/ Všeobecné sestry	9 798 460,0 (12 226 774,0)/ 389 015,0 (498 745,0)/ 11 033 024,0 (11 259 448,0)	13 446,0 356,0/ 495 569,0 / 13 320 045,0	14 49,01 272,0/ 536 880,0/ 14 756 000,0	16 3120 920,0/ 620 144,0/ 15 899 696,0	16 667,0 151,0/ 532 548,0/ 17 509 184,0	19 137,0 625,0/ 666 510,0/ 19 858 355,0	20 804 520,0/ 7 22 336,0/ 19 016 883,0
Celkem náklady na platy	34 340 273,0 (37 568 242,0)	42 654 835,0	38 228 155,0	41 727 722,0	51 182 209,0	58 219 170,0	56 967 073,0

Tab. 12 Vertikální a horizontální analýza výnosů IKEMu⁵²⁰

⁵¹⁸ Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005 – 2010*. Dále CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2010*.

⁵¹⁹ Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

IKEM: vertikální analýza							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Výnosy celkem IKEM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Tržby celkem	92,7%	90,9%	92,2%	92,2%	91,3%	92,2%	91,0%
Ostatní tržby	2,4%	3,7%	1,9%	3,4%	3,7%	0,1%	0,1%
Dotace na provoz	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	3,4%	4,8%
Granty	4,5%	5,2%	5,8%	4,4%	5,0%	4,3%	4,1%
Z položek tržeb z celkových výnosů:							
Tržby od zdravotních pojišťoven	72,3%	72,8%	72,5%	72,9%	72,3%	74,2%	72,9%
Tržby mimo zdravotní pojišťovny	1,4%	1,3%	1,3%	16,5%	16,3%	2,3%	2,0%
Zboží	19,0%	16,6%	18,4%	2,8%	2,7%	15,7%	16,1%
IKEM: horizontální analýza výnosů v %							
Období	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Výnosy celkem	13,6%	8,3%	7,9%	12,1%	4,4%	4,7%	
Tržby celkem	11,4%	9,8%	8,0%	11,0%	-3,4%	3,2%	
Ostatní tržby	76,4%	76,4%	-43,9%	88,5%	22,4%	85,4%	
Dotace na provoz	158,1%	97,7%	100,0%	-	-	-	
Granty	29,3%	21,8%	-17,4%	25,9%	-18,0%	-17,9%	
Z položek tržeb z celkových výnosů:							
Tržby od zdravotních pojišťoven	14,5%	7,8%	8,5%	11,2%	-1,8%	2,3%	
Tržby mimo zdravotní pojišťovny	8,0%	0,3%	41,0%	10,8%	86,4%	9,3%	
Zboží	-0,1%	19,1%	-83,5%	8,5%	41,9%	7,9%	

Tab. 13 Hospodářský výsledek (zisk/ztráta) IKEMu a CKTCH⁵²¹

Hospodářský výsledek CKTCH: (vše v tisících Kč)							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Před zdaněním	1139	276	-3008	3159	4262	2648	5021
Po zdanění	15	174	-4341	2672	3312	2610	4261
Daňový rozdíl	1124	102	1333	487	950	38	760
% změna meziroční	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Před zdaněním	-75,8%	-989,9%	205,0%	34,9%	-37,9%	89,6%	
Po zdanění	-1060,0%	-2394,8%	161,6%	24,0%	-21,2%	63,3%	
Daňový rozdíl	-90,9%	1206,9%	-63,5%	95,1%	-96,0%	1900,0%	
Hospodářský výsledek IKEM: (vše v tisících Kč)							
Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Před zdaněním IKEM	neuveden	37944	30076	16500	127376	44262	130809
Po zdanění IKEM	2176	10209	12192	0	82475	32007	98612
Daňový rozdíl IKEM	nelze	27735	17884	16500	44901	1255	32197
% změna meziroční	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	2010/11	
Před zdaněním	-	-20,7%	-45,1%	672,0%	-65,2	195,5%	
Po zdanění	369,2%	75,1%	-100,0%	100,0%	-61,2%	208,1%	
Daňový rozdíl	-	-35,5%	-7,7%	172,1%	-72,7%	1627,0%	

Tab. 14 Objem investic během období 2005-2011 (v tis. Kč) CKTCH a IKEMu⁵²²

⁵²⁰ Srov. tamtéž.

⁵²¹ Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005 – 2010*. Dále CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2010*.

CKTCH/ Období	Investice	Komentář
2005	Zhruba 1, 5 mil. Kč - na výzkum a vývoj ze státního rozpočtu přes Interní grantovou agenturu MZ ČR	<p>Pouze výzkum a vývoj Hybridní sál, výzkum a vývoj, investice se zvyšují. Investice do nového operačního sálu a vybavení, žádné dotace z Evropské unie nečerpá.</p> <p>V roce 2010 se investuje do přístrojů díky jejich morální a technické zastaralosti</p> <p>V roce 2011 se investovalo do obměny a modernizace přístrojů pro jejich morální a technickou zastaralost. Další peníze se vynaložily na výzkum a vývoj. Celkově se investovalo od roku 2005 62 miliard Kč státních dotací a zhruba o něco více z Evropské unie.</p>
2006	2, 9 mil. Kč - na výzkum a vývoj ze státního rozpočtu přes Interní grantovou agenturu MZ ČR	
2007	2, 8 mil. Kč - na výzkum a vývoj ze státního rozpočtu přes Interní grantovou agenturu MZ ČR, začíná se s investicí do stavby hybridního sálu	
2008	Hybridní sál 86 mil. Kč (čerpá se postupně od roku 2007), přístroj srdeční podpory HEART MATE II 1 mil. 231, 7 tis. Kč, výzkum a vývoj: 14 mil. 772 tis. Kč (Interní grantová agentura MZ ČR a MŠMT ČR)	
2009	31 mil. Kč přístroje: (Dotace z EU) 68 mil. Kč výzkum a vývoj: 14 433 tis. Kč (Interní grantová agentura MZ ČR a MŠMT ČR)	
2010	31 mil. Kč přístroje: (Dotace z EU) 68 mil. Kč výzkum a vývoj: 14 433 tis. Kč (Interní grantová agentura MZ ČR a MŠMT ČR)	
2011	42 mil. 864 tis. 526 Kč přístroje: 21 miliard Kč (vlastní zdroje) 17 mil. 080 tis. 895 Kč (z Integrovaného Operačního Programu EU) výzkum a vývoj: 4 mil. 783 tis. 631 Kč (Interní grantová agentura MZ ČR a MŠMT ČR)	
IKEM/ Období	Investice	
2005	do nákupu zdravotnické techniky a jejího servisu, stavebních prací (výstavba a dostavba pavilonu, laboratoří, operačního sálu) a služeb, organizují se na toto i veřejné zakázky. Především byl důraz na dostavbu nového kardiocentra, dotována ze stran státu 172, 595 tis. Kč na stavbu, na 77, 405 tis. Kč zdravotní techniku. Investice do informačního systému (klinický portál Zlatokop, klinický expertní systém PATS – správa klinických registrů, obrazový a komunikační systém PACS, postupně se aktualizuje, od roku 2007 se zavádí elektronické aukce	
2006	do dostavby pracoviště experimentální medicíny. Pracuje se na projektu umělých mechanických podpor, zahájil se ambulantní provoz pro koronarografii a angioplastiku, nová léčba fibrilace síní přes katétr roboticky.	
2007	pokračují investice do dostavby a vybavení kardiocentra, laboratoří, pavilonu magnetické rezonance.	
2008	proběhly investice do experimentální části (laboratoře pro zvířata), úprava pavilonu pro preventivní kardiologii.	
2009	investice do rekonstrukce pavilonu preventivní kardiologie (38 mil. Kč), obnova techniky a přístrojů (6 mil. Kč), do jiných stavebních úprav 26 mil. Kč, výstavba hybridního sálu necelých 77 mil. Kč (z toho na přístroje 57 mil. Kč).	
2010	Dokončení hybridního sálu, investice do dostavby, rekonstrukce (klimatizace), oprav budov, nových přístrojů, např. tomograf a do výzkumu.	
2011	V roce 2011 se plánují investice do nového pavilonu Centra experimentální medicíny (k podpoře IKEM jako experimentálního a výzkumného střediska) a restrukturalizaci urgentního příjmu.	

Tab. 15 Kardiocentrum IKEM - údaje⁵²³

⁵²² Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005 – 2010*. Dále CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2010*.

⁵²³ Srov. IKEM, *Využití lůžkového fondu 2005-2011*.

Příklad kalkulace nákladů kardiochirurgického výkonu v roce 2011 v tis. Kč

Klinika anesteziologie a resuscitační péče

Materiál 28 134, 0 (léky 11409, 0; krev a krevní deriváty 5454,0)

Materiální náklady na 1 výkon: 30,4 (léky 12,3)

Variabilní náklady na 1 oš.den 21,7

Variabilní náklady na 1 kardiochirurgický výkon 66,8

Variabilní náklady na 1 výkon 45,9

Osobní náklady na 1 výkon 31,1

Náklady komplementu na 1 výkon 12,9

Náklady na 1 ošetřovací den 39,4

Příklad výkonů v IKEMu	Průměrný věk 47 let/skoro všechny podpory u mužů	Náklady/ Průměrná úhrada pojišť'ovnou	Průměrná ztráta po odečtení úhrady pojišť'ovnou
		4 495 900,0 Kč/ 2 565 971,0 Kč	
Srdeční podpora typu Heart Mate II. v roce 2009			-1 929 929,0 Kč
Průměrné náklady na vybrané výkony v tis. Kč			
Období	2008		2011
Průměrné náklady na 1 výkon na chlopni	259540,0		315542,0
Průměrné náklady na 1 výkon bypass	215813,0		273133,0
Průměrné variabilní náklady na 1 kardiochirurgický výkon	124105,0		141401,0
Období / Úhrada výkonů dle DRG systému v tis. Kč	2009		2011
Výkon na chlopni s mimotělním oběhem	456300,0		359100,0
Výkon bypass s mimotělním oběhem	275940,0		232200,0

Výkonnost (lůžkodny/lékař)

Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lékař IKEM	287	293	296	312	309	325
Lůžkodny IKEM	54306	113880	113880	114192	113880	113880
Lékař Kardiocentra	80	82	79	83	93	95
Lůžkodny	54673	114255	114255	114587	114282	114300
Lékař IKEM	189	389	385	366	369	350
Lékař Kardiocentrum	687	1398	1450	1386	1229	1203

Období/Obložnost v % u otevřených lůžek	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
IKEM celkem	86,0	86,0	86,0	86,0	85,0	83,0	80,0
Klinika kardiologie	78,0	83,0	84,0	83,0	82,0	77,0	75,0
Klinika kardiiovaskulární chirurgie	95,0	82,0	85,0	85,0	85,0	87,0	78,0
Klinika anesteziologie a resuscitace	97,0	100,0	100,0	100,0	99,0	97,0	94,0
Průměr klinik	90,0	88,3	89,7	89,3	88,7	87,0	82,3

Lůžkodny (na potřebnou dobu schopnot přijmout pacienty)
celkem (otevřené čili využité a zavřené)

Období	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
IKEM celkem	54306,0	113880,0	113880,0	114192,0	113880,0	113880,0	112408,0
Klinika kardiologie	15616,0	31025,0	31025,0	31110,0	31025,0	31025,0	31025,0
Klinika kardiiovaskulární chirurgie	9834,0	24090,0	24090,0	24156,0	24090,0	24090,0	24090,0
Klinika anesteziologie a resuscitace	2428,0	5840,0	5840,0	5856,0	5840,0	5840,0	5840,0
Kardiocentrum celkem	27878,0	60955,0	60955,0	61122,0	60955,0	60955,0	60955,0

Období/Počet ošetřovacích dnů	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
-------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

IKEM celkem	39506,0	113880,0	90568,0	89209,0	87152,0	85169,0	83307,0
Klinika kardiologie	10389,0	23703,0	24189,0	23968,0	23375,0	22598,0	21541,0
Klinika kardiiovaskulární chirurgie	6096,0	24090,0	17928,0	16465,0	16262,0	15995,0	16358,0
Klinika anesteziologie a resuscitace	1865,0	5840,0	3798,0	4065,0	4500,0	4070,0	3833,0
Kardiocentrum celkem	18350,0	53633,0	45915,0	44498,0	44137,0	42663,0	41732,0
Období/Počet hospitalizací	2009	2010	2011	2012			
IKEM celkem	15866,0	15554,0	15491,0	15413,0			
Klinika kardiologie	4150,0	4306,0	3198,0	4597,0			
Klinika kardiiovaskulární chirurgie	3601,0	3279,0	4231,0	2648,0			
Klinika anesteziologie a resuscitace	1370,0	1285,0	1184,0	1228,0			
Kardiocentrum celkem	9121,0	8870,0	8613,0	8473,0			

Tab 16 Ukazatele k finančnímu zdraví center⁵²⁴

Období	2007	2008	2009	2010	2011
Rozdílový ukazatel					
<i>ČPK, čistý pracovní kapitál v tisících Kč</i>					
CKTCH	177268	92251	104265	17331	140994
Poměrové ukazatele					
IKEM	730974	893865	1020902	898124	972195
likvidita					
1. st.					
CKTCH	3,6	1,6	0,9	1,5	2,0
IKEM	1,3	1,8	2,2	1,5	2,1
2. st.					
CKTCH	6,3	2,2	3,5	2,7	2,6
IKEM	2,5	3,1	3,3	2,3	2,7
3. st.					
CKTCH	6,9	2,3	3,6	2,8	2,7
IKEM	2,6	3,2	3,4	2,3	2,8
4. st.					
CKTCH	11,8	4,6	7,4	5,3	4,7
IKEM	8,4	10,3	10,6	6,8	8,4
aktivita					
doba obratu zásob					
CKTCH	39,7	188,9	267,8	225,1	437,0
IKEM	8,3	81,9	111,5	137,9	80,8
doba obratu pohledávek					
CKTCH	44,2	51,0	81,6	50,6	39,7
IKEM	57,4	62,9	57,6	29,6	21,3
obrat stálých aktiv					
CKTCH	40,7	2,6	3,0	3,4	3,3
IKEM	0,8	0,9	1,0	1,9	0,9
obrat celkových aktiv					
CKTCH	1,8	1,3	1,5	1,6	1,3
IKEM	0,6	0,6	0,7	1,2	0,6
CD/CA*100 (v %)					
CKTCH	8,6%	21,8%	13,5%	18,5%	21,4%
IKEM	10,6%	9,5%	9,3%	14,2%	11,9%

⁵²⁴ Srov. CKTCH, Výroční zprávy 2005-2011. Dále srov. IKEM, Výroční zprávy 2005-2011.

VZ/CA					
CKTCH	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7
IKEM	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
stabilita					
Celkové dluhy/VZ					
CKTCH	0	0,3	0,2	0,3	0,3
IKEM	0,1	9,4	9,5	0,7	0,1
rentabilita					
nákladová CN/tržby					
CKTCH	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
IKEM	1,0	1,0	0,9	0,5	1,0
čistý zisk/tržby					
CKTCH	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IKEM	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
čistý zisk/aktiva					
CKTCH	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
IKEM					
Finanční páka AC/VJ					
CKTCH	1,0	1,3	1,1	0,8	0,7
IKEM	1,1	0,9	1,1	0,9	0,9

Tab. 17 Zlatá pravidla u CKTCH a IKEM⁵²⁵

zlatá pravidla rok 2011	
IKEM	
1.	4137708 je větší než 551944+5858
2.	4695511 větší než 3171372
3.	3171372 je menší než 4137708+5858 2731736 je větší než zhruba totéž,
4.	Zhruba totéž s CKTCH 39 000
CKTCH	
1.	276235 je větší než 82311
2.	160982=160982+0
3.	160982 je menší než 276235
4.	524468 je více než 38081

Tab. 18 Cashflow center⁵²⁶

Cashlow CKTCH A IKEMu v tisících Kč					
CF=čistý zisk+odpisy dlouhodobého majetku-přechodné účty aktivní					
CKTCH	2007	2008	2009	2010	2011
CF	-2 029 956,0	-2 096 511,0	-2 064 201,0	-2 265 267,0	-1 631 599,0
CV	2 647 366,0	2 856 603,0	3 202 322,0	3 062 307,0	3 206 141,0
CN	2 635 174,0	2 827 436,0	3 075 146,0	3 018 045,0	3 075 332,0
Poměr roku	2008/07	2009/08	2010/2009	2011/2010	
Index CF	1,0	1,0	1,1	0,7	
Index CV	1,1	1,1	1,1	1,1	
Index CN	1,1	1,1	1,1	1,1	
IKEM	2007	2008	2009	2010	2011
Index CF	-382539,0	-391262,0	-403 071,0	-402956,0	-428762,0

⁵²⁵ Srov. CKTCH, *Výroční zprávy 2005-2011*. Dále srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁵²⁶ Srov. tamtéž.

Index CV	434746,0	440708,0	469073,0	532518,0	533030,0
Index CN	431738,0	443867,0	473335,0	535166,0	538030,0
Poměr roku	2008/07	2009/08	2010/2009	2011/2010	538051,0
Index CF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Index CV	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Index CN	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
CKTCH	2007	2008	2009	2010	2011
Řízení dluhu=CF/Závazky (rentabilita) CF/Tržby	-19,0	-5,4	-10,0	-6,8	-5,2
IKEM	2007	2008	2009	2010	2011
Řízení dluhu=CF/Závazky (rentabilita) CF/Tržby	-0,4	-0,5	-4,9	-3,4	-2,3
	-0,8	-0,7	-0,7	-1,0	-0,6

Tab. 19 Vybrané údaje z rozvah a výsledovky CKTCH za období 2005 – 2011
(osnova dle CKTCH) ⁵²⁷

Rozvaha (vše netto)	Položky (v tisících Kč)	Rozvaha	Rozvaha	Rozvaha	Rozvaha	Základní komentář
		ke dni 31. 12. 2005 ⁵²⁸	ke dni 31. 12. 2006	ke dni 31. 12. 2007	ke dni 31. 12. 2008	
AKTIVA	CELKEM aktiva (CA)	265 403	249 349	239 635	333 295	Aktiva se mírně zvyšují
	stálá aktiva (SA)	143 315	121 395	102 352	168 414	Skokové změny, vyšší nárůst až v roce 2008
	dlouhodobý nehmotný majetek (DNM)	1 453	1 361	1 787	1 931	Mírný nárůst
	oprávky k DNM celkem	-996	-1 093	-1 253	-1 573	Odpis ze 2/3
	dlouhodobý hmotný majetek (DHM)	446 632	462 036	468 606	549 035	Mírný růst
	oprávky k DHM celkem	-303 774	-340 909	-366 787	-380 978	Odpis ze 2/3
	oprávky stavby	-4820	-6 919	-8270	-10 033	Odpis z ¼
	oprávky samostatné movité věci a soubor movitých věcí	-264724	-295 021	-318 042	-338 941	Odpis ze 2/3
	pozemky	0	0	0	0	Žádné
	stavby	31 734	39 727	39 727	41 309	Budou nutné opravy
	samostatné movité věci a soubor movitých věcí	349 639	381 169	387 120	392 054	Zastaralé
	dlouhodobý finanční majetek (DFM)	0	0	0	0	Žádný
	celková oběžná aktiva (OA)	122 088	127 954	137 283	164 881	Mírné navýšení
	- celkové zásoby (Z)	3 034	9416	10 631	2 137	Pokles
- materiál	0	0	0	0	Žádný	

⁵²⁷ Kromě 2005. Srov. CKTCH. Výroční zpráva 2011.

⁵²⁸ CKTCH. Výroční zpráva 2005.

PASIVA	uvedeny celkově: dlouhodobé pohledávky, krátkodobé pohledávky, pohledávky z obchodních vztahů (P)	77 548	69 143	51 738	42 035	Uvedený jen celkový součet, který má klesající tendenci
	finanční majetek celkem (FM)	33 211	45 173	72 017	118 548	Zvyšuje se
	přechodné účty aktivní (PÚA)	8 296	3 173	1 561	1 405	Snižují se
	CELKEM – vlastní zdroje na krytí stálých a oběžných aktiv (vlastní kapitál, VZ, VK)	235 671	225 210	215 405	256 910	Mírně rostou
	majetkové fondy celkem	149 697	165 197	146 154	212 218	Navyšují se
	Fond odměn	85 959	59 839	73 593	42 328	Radikální pokles
	Fond kulturních a sociálních potřeb	2 975	2 975	3 113	2 113	
	Fond reprodukce majetku	1 803	2 010	2 250	2 207	
	finanční a peněžní fondy	3 968	50 856	64 197	37 883	
	cizí zdroje celkem (CZ)					
	zákonné rezervy ®	29 732	24 140	24 230	76 385	Objem cizích zdrojů se více než zdvojnásobil, krátkodobé závazky se zhruba dvaapůlkrát zvýšily
	dlouhodobé závazky celkem (DZ)	0	0	0	0	
	krátkodobé závazky celkem (KZ)	27 242	20 910	20 015	72 630	
	bankovní úvěry a půjčky celkem	0	0	0	0	
	bankovní úvěry a půjčky celkem	2 490	3 230	4 215	3 755	
přechodné účty pasivní celkem (PÚP)						
Rozvaha (vše netto)	Položky (v tisících Kč)	Rozvaha ke dni 31. 12. 2009⁵²⁹	Rozvaha ke dni 31. 12. 2010⁵³⁰	Rozvaha ke dni 31. 12. 2011⁵³¹	Základní komentář	
AKTIVA	CELKEM aktiva (CA)	297 022	317 983	384 287	Rostoucí trend, zvláště v posledním roce	

⁵²⁹ Srov. CKTCH, Výroční zpráva 2009, tabulka č. 2

⁵³⁰ Srov. Výroční zpráva 2010, tabulka č. 2

⁵³¹ Srov. CKTCH, Výroční zpráva 2011.

	stálá aktiva (SA)	152 275	151 716	160 982	Mírný nárůst
	dlouhodobý nehmotný majetek (DNM)	2 115	1 987	1913	Pokles
	oprávky k DNM	-1 425	-1 401	-1 369	1/3 odepsán
	dlouhodobý hmotný majetek (DHM)	505 089	506 089	499 780	2/3 odepsán
	oprávky k DHM celkem	-353 544	-355 041	-339342	Zastaralé
	oprávky stavby	-11 301	-13 308	-15316	Zvyšují se
	oprávky samostatné movité věci a soubor movitých věcí	-310 865	-309 032	-324026	Zvyšují se
	pozemky	0	0	0	Nemá
	stavby	65 234	65 234	65 234	Konstantní trend
	samostatné movité věci a soubor movitých věcí	405 323	405 046	434 546	Mírné navýšení
	dlouhodobý finanční majetek (DFM)	0	0	0	Žádný
	celková oběžná aktiva (OA)	144 747	166 267	223 305	Navýšení až v roce 2011
	- celkové zásoby (Z)	2 188	2 300	1 200	Snížení na zhruba polovinu
	- materiál	0	0	0	Žádný
	uvedeny celkové: dlouhodobé pohledávky, krátkodobé pohledávky, pohledávky z obchodních vztahů (P)	103 102	72 802	57 862	Po navýšení v roce 2009 se snížily o necelou polovinu
	finanční majetek celkem (FM)	37 937	89 075	164 243	Navýšení v posledním roce čtyřikrát více než v roce 2009
	přechodné účty aktivní (PÚA)	1 502	2090	0	V roce 2011 již žádné
PASIVA	CELKEM – vlastní zdroje na krytí stálých a oběžných aktiv (vlastní kapitál, VK, VZ)	252 328	255 050	276 235	Mírně se zvyšují
	majetkové fondy celkem	193 349	209 886	219 152	Mírně navýšení
	finanční a peněžní fondy	55 667	42 554	52 822	Fond odměn se mírně zvýšil, FKSP radikálně zeštíhlé o polovinu, fond reprodukce majetku se v roce 2011 opět zvýšil
	Fond odměn	2 004	4 654	6 654	
	Fond kulturních a sociálních potřeb	2 266	1 762	974	
	Fond reprodukce majetku	50 573	0	41 996	

zákonné rezervy ®	0	0	0	Cizí zdroje postupně více rostou: krátkodobé závazky se zvyšují
dlouhodobé závazky celkem (DZ)	0	0	0	
krátkodobé závazky celkem (KZ)	40 082	58936	82 311	
bankovní úvěry a půjčky celkem	0	0	0	
přechodné účty pasivní celkem (PÚP)	4 612	39 997	25 741	
cizí zdroje celkem (CZ)	44 694	62 933	108 052	

Výkaz zisku a ztráty (v tisících Kč)	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12.					Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2009 ⁵³³	Základní komentář
	2005 ⁵³²	2006	2007	2008	2009 ⁵³³		
Položky s komentářem							
NÁKLADY CELKEM (CN)							469 073
(pouze z hlavní činnosti, ne z hospodářské)	409 466	417 018	434 746	440 708			Rostou mírně
Spotřeba materiálu	190 991	191 153	198 471	212 592			229 414 Také narůstá
Spotřeba energie	5 827	7 273	6 078	7 320			7 636 Narůstá, největší skok z let 2005-2006
Prodané zboží	0	0	0	0			0 Žádné
Opravy a udržování	2 314	2 774	3 719	2 772			5 239 Zvyšují se
Cestovné	245	444	388	434			375 Udržuje se zhruba ve stejné výši
Náklady na reprezentaci	221	206	206	170			230 Také konstantní trend

⁵³² Srov. CKTCH, Výroční zpráva 2005.

⁵³³ Srov. CKTCH, Výroční zpráva 2009, tabulka č. 3

Ostatní služby	32 350	32 934	32 297	35 063	38 863
					Náklady rostou
Mzdové náklady					116 922
(červeně označené položky pro součet OSOBNÍ NÁKLADY, ON)	98 523	100 866	108 463	110 059	Osobní náklady rostou
Zákonné sociální pojištění	34 384	35 297	37 995	38 147	39 006
Ostatní sociální pojištění	0	0	0	0	487
Zákonné sociální náklady	2 348	2 456	2 949	2 658	2 469
Ostatní sociální náklady	0	0	0	0	140
					3
Daň silniční	1	1	14	4	Nízké, kolísá
Daň z nemovitostí	0	0	0	0	0
					84
Ostatní daně a poplatky	287	539	0	463	Snižují se, kolísá
Smluvní pokuty a roky z prodlení	0	5	10	0	1
					Snižují se
					5
Ostatní pokuty a penále	0	0	735	0	Občasné, nejvíce v roce 735
Odpis pohledávky	0	0	0	0	0
Úroky	0	1 577	0	0	0
					Vyjímečně
Kursově ztráty	0	7	2	61	-51
					Zvyšují
Dary	0	0	0	0	0
					Žádné
Manka a škody	0	0	0	0	0
					Žádné

Jiné ostatní náklady (OSTN)	476	565	6 965	581	1 309 Zvyšují
Odpisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	41 399	40 921	36 454	30 384	26 941 Odpisy se snižují
Tvorba zákonných rezerv	0	0	0	0	0 Žádné
VÝNOSY CELKEM	410 605	417 294	431 738	443 867	473 335 Rostou
(červeně označené položky pro součet tržeb celkem, T)	0	0	0	0	0 Žádné
Tržby za vlastní výrobky (TV)					
Tržby z prodeje služeb (T)	400 794	413 754	421 580	437 608	454 815 Mírný růst
Ostatní pokuty a penále	0	0	0	0	0
Platby za odepsané pohledávky	0	0	0	0	0
Úroky	7	12	32	211	151 Rostou
Kursově zisky	0	0	0	1	0 Žádné
Zúčtování fondů	4 857	0	0	1 000	2 000 Zvyšuje se
Jiné ostatní výnosy	2 839	621	7 303	257	1 597 V posledním roce nárůst, kolísá
Tržby z dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	35	0	55	0	0 Ojedinelé
Příspěvky a dotace na provoz	2 073	2 907	2 768	4 790	14 772 Rostou

Výsledek hospodaření před zdaněním/po zdanění	1139/ 15	276/ 174	-3 008/ -4 341	3 159 /2 672	4 262/3 312 Roste
Daň z příjmů	928	102	0	487	950 Zvyšuje se
Dodatečné odvody daně z příjmů	196	0	1 333	0	0

CASH FLOW (v tis. Kč) : jen nepřímou metodou pro rok 2011

Výkaz zisku a ztráty (v tisících Kč)	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2010 ⁵³⁴	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2011 ⁵³⁵	Základní komentář
Položky s komentářem			

NÁKLADY CELKEM (CN)	532 518	533 030	Již jen nepatrný růst
Spotřeba materiálu	260 685	260 453	Minimální pokles
Spotřeba energie	8 125	7 350	V roce 2011 se opět snížila
Prodané zboží	0	0	Žádné
Opravy a udržování	5 184	6 409	Se zvyšují
Cestovné	703	626	Mírný nárůst v roce 2010
Náklady na reprezentaci	285	447	Zvyšují
Ostatní služby	42 895	38 677	Mírný pokles
(červeně označené položky pro součet Osobní náklady, ON)	129 668	133 954	
Mzdové náklady			
Zákonné sociální pojištění	43 908	45 547	Osobní náklady rostou
Ostatní sociální pojištění	545	562	
Zákonné sociální náklady	2 586	1 336	
Ostatní sociální náklady	138	594	
Daň silniční	14	8	V posledním roce pokles

⁵³⁴ Srov. CKTCH, Výroční zpráva 2010, tabulka č. 3.

⁵³⁵ Srov. Výroční zpráva 2011.

Daň z nemovitostí	0	0	Žádné
Ostatní daně a poplatky	1	3	Mírný růst
Smluvní pokuty a roky z prodlení	1	1250	V roce 2011 navýšení
Ostatní pokuty a penále	0	0	Žádné
Odpis pohledávky	2	0	Snížily
Úroky	0	0	Žádné
Kurové ztráty	3	3	Konstantní
Dary	0	0	Žádné
Manka a škody	0	0	Žádné
Jiné ostatní náklady	9 377	1 436	Oproti předchozímu roku se šestkrát snížily
Odpisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	28 398	34 375	Zvyšují
Tvorba zákonných rezerv	0	0	Žádné
VÝNOSY CELKEM	535 166	538 051	Mírný růst
(červeně označené položky pro součet tržeb celkem, T)	0	0	Žádné
Tržby za vlastní výrobky			
Tržby z prodeje služeb	517 894	524 468	Mírný růst
Ostatní pokuty a penále	1	1	Konstantní
Platby za odepsané pohledávky	0	0	Žádné
Úroky	137	1 694	Zvyšují
Kurové zisky	2	0	Minimální
Zúčtování fondů	180	0	V roce 2011 již žádné
Jiné ostatní výnosy	3 519	6 373	Zvyšují
Tržby z dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	0	0	Žádné
Příspěvky a dotace na provoz	13 433	5 517	V roce 2011 pokles o ½
Výsledek hospodaření před zdaněním/po zdanění	2 648/2 610	5 021/4 261	Vzrostl

Daň z příjmů	38	760	Zvýšila se
Dodatečné odvody daně z příjmů	0	0	Žádné

CASH FLOW (v tis. Kč) Jen pro rok 2011 nepřímou metodou: zdroje: čistý zisk 4 261-odpisy 340711+pohledávky 57862-zásoby1200-krátkodobé závazky 82311: čistý cashflow v provozu je – 362 099, čistý z investic1938-45147+0=-43209: a financování: nestanovím z dostupných dat.

Tab. 20 Vybrané údaje z rozvah a výsledovky kardiocentra IKEM za období 2005 – 2011⁵³⁶
(osnova IKEMu)⁵³⁷

Rozvaha (vše netto)	Položky (v tis. Kč)	Rozvaha ke dni 31. 12. 2005 ⁵³⁸	Rozvaha ke dni 31. 12. 2006 ⁵³⁹	Rozvaha ke dni 31. 12. 2007 ⁵⁴⁰	Rozvaha ke dni 31. 12. 2008 ⁵⁴¹	Komentář
AKTIVA	CELKEM (CA)	4 504 568	4 259 372	4 306 791	4 261 893	Klesají
	1. stálá aktiva (SA)	3 245 505	3 130 985	3 177 477	2 961 744	Klesá
	- dlouhodobý nehmotný majetek (DNM)	63 402	64 550	66 075	69 348	Mírně roste
	- dlouhodobý hmotný majetek (DHM)	4 757 764	4 751 431	4 929 257	4 917 847	Mírně roste
	- dlouhodobý finanční majetek (DFM)	100	100	100	100	Konstantní
	- oprávký k dlouhodobému nehmotnému majetku	-42 062	-49 701	-58 686	- 65 824	Skoro odepsán
	- oprávký k dlouhodobému hmotnému majetku	-1 533 700	-1 635 394	-1 819 298	- 1 959 726	Z necelých 2/3 odepsán
	2. oběžná aktiva (OA)	1 259 063	1 128 387	1 189 344	1 300 149	Mírný vzrůst
	- zásoby (Z)	26 805	27 678	30 932	33 339	Rostou
	- pohledávky (P)	774 671	545 571	397 665	477 039	Zvyšují se
	- finanční majetek (FM)	455 590	511 929	596 630	718 810	Roste
	- přechodné účty aktivní (PÚA)	1 997	43 109	164 118	70 961	Pokles o polovinu
	PASIVA	CELKEM pasiva (CP)	4 504 528	4 259 372	4 306 791	4 261 893
3. vlastní kapitál, zdroje (VK, VZ)		3 796 564	3 738 952	3 822 333	3 826 867	Rostou
- majetkové fondy		3 282 965	3 130 985	3 117 447	2 961 744	Pokles
- finanční fondy		511 433	597 757	692 694	835 966	rostou
- hospodářský výsledek běžného účetního období (HV), zde uvádí IKEM		2 176	10 209	12 192	29 157	Zvýšil skoro dvakrát
4. cizí zdroje (CZ)		707 964	520 421	484 458	435 026	Snižují se
- rezervy (R)		0	0	0	0	žádné

⁵³⁶ Srov. IKEM, *Výroční zprávy 2005-2011*.

⁵³⁷ Srov. tamtéž.

⁵³⁸ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2005*, s. 57.

⁵³⁹ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2006*, s. 64. Dále srov. IKEM, *Výroční zpráva 2007*, s. 63.

⁵⁴⁰ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2007*, s. 61, 63.

⁵⁴¹ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2008*, s. 70

					V roce 2006 Se třikrát navýšily, poté mírně klesají
	- krátkodobé závazky (KZ)	263 649	506 671	458 550	406 284
	- bankovní výpomoci	0	0	0	0
	- přechodné účty pasivní (PÚP)	14 745	13 750	25 908	28 742
					Žádné Navýšení dvojnásobné v posledních letech
Rozvaha (vše netto)	Položky (v tis. Kč)	Rozvaha ke dni 31. 12. 2009 ⁵⁴²	Rozvaha ke dni 31. 12. 2010 ⁵⁴³	Rozvaha ke dni 31. 12. 2011 ⁵⁴⁴	Komentář
	CELKEM	4 479 992	4 746 419	4 695 511 (4 695 510 608)	V posledním roce se snižují
AKTIVA	1. stálá aktiva	3 039 111	3 176 052	3 171 372 (3 171 371 563)	Snižují
	- dlouhodobý nehmotný majetek (DNM)	70 463	74 320	80 346 (7 401 545- dlouhodobý nehmotný majetek), (5 185 921- software)	Zvyšuje se
	- dlouhodobý hmotný majetek (DHM)	5 135 165	5 378 817	5 563 549(3 163 724 145- dlouhodobý hmotný majetek), (428 842 168- pozemky), (2 161 559 092- stavby), (483 467 246- samostatné movité věci a soubor movitých věcí)	Roste
	- dlouhodobý finanční majetek (DFM)	100	100	100 (100 000- dlouhodobý finanční majetek)	Konstantní
	- oprávky k dlouhodobému nehmotnému majetku	- 68 401	- 70 320	- 72 945 (0)	Skoro odepsán
	- oprávky k dlouhodobému hmotnému majetku	- 2 098 215	- 2 207 014	- 2 399 825 (0)	Skoro polovina odepsána

⁵⁴² Srov. IKEM, Výroční zpráva 2009, s. 77.

⁵⁴³ Srov. IKEM, Výroční zpráva 2010, s. 79.

⁵⁴⁴ Srov. IKEM, Výroční zpráva 2011, s. 83, v závorce údaje Srov. IKEM, Příloha 2, Zřizovací listina..

PASIVA	2. oběžná aktiva (OA)	1 440 880	1 570 367	1 524 139 (1 524 139 046)	V posledním roce se snižují
	- zásoby (Z)	27 273	42 680	34 322 (34 322 255)	Klesají
	- pohledávky (P)	486 722	483 382	349 312 (349 311 776)	Snižují se
	- finanční majetek (FM)	906 946	1 044 305	1 140 505 (1 140 505 014)	Roste
	- přechodné účty aktivní (PÚA)	19 940	nevedeno	nevedeno (144 948 968)	Zvyšují se
	CELKEM pasiva (CP)	4 479 992	4 746 419	4 695 511 (4 695 510 608)	Klesají
	3. vlastní kapitál (vlastní zdroje, VK, VZ)				Mírný růst
	- majetkové fondy	3 039 111	3 192 786	3 225 370 (nevedeno)	Zvyšují se
	- finanční fondy	860 382	845 165	813 718 (813 718 011)	Snižuje se objem
	- výsledek hospodaření běžného účetního období, VH – zde uvádí oproti CKTCH	82 474	32 007	98 620 (98 619 845)	Oproti předchozímu roku se navýšil třikrát
	4. cizí zdroje (CZ)	498 025	676 461	557 802 (557 802 480)	Mírný pokles
	- rezervy ®	0	0	0 (0)	Žádné
	- krátkodobé závazky (KZ)	419 978	672 243	551 944 (551 944 206)	Lehký pokles proti předchozímu roku
	- bankovní výpomoci	0	0	0 (0)	Žádné
	- přechodné účty pasivní (PÚP)	78 047	nevedeno	(60 871 370)	Mírné snížení
	- dlouhodobé závazky (zmíněno ve výroční zprávě 2010-2011, DZ)	0	4 218	5 858 (0)	Zvyšují
	Výkaz zisku a ztráty (v tisících Kč)	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2005⁵⁴⁵	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2006⁵⁴⁶	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2007⁵⁴⁷	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2008⁵⁴⁸
Položky s komentářem					Komentář
NÁKLADY CELKEM (CN)	2 148 443	2 433 729	2 635 174	2 827 436	3 075 146
					Rostou
Spotřeba materiálu (bez léků)	712 905	781 750	925 302	997 865	1 075 866
					Zvyšuje se

⁵⁴⁵ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2005*, s. 58.

⁵⁴⁶ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2006*, s. 60.

⁵⁴⁷ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2007*, s. 64.

⁵⁴⁸ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2008*, s. 71,73.

⁵⁴⁹ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2009*, s. 78.

Spotřeba léků	335 034	137 030	155 551	176 377	200 489
					Roste
Prodej léků (od roku 2007 vedeno jako prodej zboží); vedeno zde podle IKEMu	335 034	340 469	409 926	410 557	451 440
					Zvyšuje se
Spotřeba energií	53 103	49 498	47 724	61 181	60 414
					Navyšuje se
Služby	151 233	162 436	118 927	124 095	172 453
					Objem roste
Osobní náklady, ON – mzdové prostředky, odvody na sociální a zdravotní pojištění, příspěvky do Fondu kulturních a sociálních potřeb, dotace na stravování⁵⁵⁰	567 324		711 060	759 979	840 595
(z toho na vzdělání)	(z toho na vzdělání)	632 685	(z toho na vzdělání)	(z toho na vzdělání)	(z toho na vzdělání)
	1 900)		2 600)	10 000)	12 300)
					Oproti roku 2005 vzrostly o třetinu
Ostatní náklady (OSTN)	35 193	122 803	55 063	85 565	59 816
					Kolisavý trend, roste
Odpisy	176 348	207 058	211 621	211 827	214 073
					Rostou
VÝNOSY CELKEM (CV)	2 150 619	2 443 938	2 647 366	2 856 603	3 202 522
					Zvyšují se
(pro součet celkových tržeb označeny položky červeně)	1 554 093	1 780 092	1 919 251	2 082 530	2 315 192
Tržby od zdravotních pojišťoven (T)					Rostou
Tržby mimo pojišťovny	30 026	32 432	33 478	472 319	522 942
					Zvyšuje se
Prodané zboží ústavní lékárny⁵⁵¹ (od roku 2007 vedeno jako prodané zboží), vedeno zde podle IKEMu	409 374	408 807	486 815	80 311	87 111
					Snižuje zhruba pětkrát

⁵⁵⁰ Položky dary, manka a škody, tvorba zákonných rezerv IKEM neuvádí.

⁵⁵¹ Srov. IKEM. *Výroční zpráva 2007*, s. 45. Od roku 2005 je pobočka ústavní lékárny i prodejna zdravotnických potřeb. Celkový obrat lékárny se od roku 2005 zvyšuje: v roce 2007 byl 1 464 922 583 Kč, výnos z prodejních aktivit se pohybuje kolem 70 miliónů Kč.

Provozní dotace	7 810	131 297	3 032	0	Neuvedeno Kolísavý trend, snižují
Ostatní tržby	51 773	91 310	51 238	96 576	118 161 Zvyšují
Granty	97 543	126 088	153 552	126 867	159 116 (označeno za dotace a granty) Rostou
	neuvedeno/				127 376/
Výsledek hospodaření před zdaněním/po zdanění	2 176 mil. Kč	37 944/ 10 209	30 076/ 12 192	16 500/ 0	82 475 Kolísavý, zvyšuje

CASH FLOW (v tis. Kč) Jen nepřímou metodou pro rok 2011

Výkaz zisku a ztráty (v tis. Kč)	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2010 ⁵⁵²	Výkaz zisku a ztráty ke dni 31.12. 2011 ⁵⁵³	Komentář
Položky s komentářem			
NÁKLADY CELKEM	3 018 045	3 075 332	Zhruba stejné
Spotřeba materiálu (bez léků)	996 463	928 306	Snižuje se
Spotřeba léků	222 332	238 653	Mírný růst
Prodej léků (od roku 2007 vedeno jako prodej zboží)	434 670	452 139	Mírný růst
Spotřeba energií	55 984	56 356	Stoupá
Služby	177 701	198 013	Zvyšují se
Osobní náklady (ON) – mzdové prostředky, odvody na sociální a zdravotní pojištění, příspěvky do Fondu kulturních a sociálních potřeb, dotace na stravování⁵⁵⁴	904 172	928 079	Rostou
Ostatní náklady	36 924	52 714	Zvyšuje se
Odpisy	189 798	221 075	Rostou

⁵⁵² Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2010*, s. 80.

⁵⁵³ Srov. IKEM, *Výroční zpráva 2011*, s. 84.

⁵⁵⁴ Položky dary, manka a škody, tvorba zákonných rezerv IKEM neuvádí.

VÝNOSY CELKEM (VN)	3 062 307	3 206 141	Zvyšují se
(červeně označené položky pro součet tržeb celkem, T)			
Tržby od zdravotních pojišťoven	2 273 481	2 336 228	Rostou
Tržby mimo pojišťovny	71 231	64 786	Klesají
Prodané zboží ústavní lékárny	480 779	515 999	Zvyšuje se
Provozní dotace	neuveďeno	neuveďeno	Nelze hodnotit
Ostatní tržby	17 262	17 662	Zvyšují
Granty	130 516	169 432	Rostou
Výsledek hospodaření před zdaněním/po zdanění	44 262/ 32 007	130 809/ 98 612	V posledním roce se zvýšil tříkrát
CASH FLOW (v tis. Kč) Pouze nepřímou metodou pro rok 2011 z provozu - zdroje: čistý zisk 986 120-odpisy 2 472 770+pohledávky 349 312-zásoby 34 322-krátkodobé závazky: čistý cashflow v provozu je – 1 729 542, čistý z investic:-4680 a financování nelze stanovit z dostupných dat.⁵⁵⁵			

LITERATURA A PRAMENY

CENTRUM KLINICKÉ A TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE. *Výroční zprávy 2005-2011*. Praha: IKEM, 2005-2011.

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Výroční zprávy 2005-2011*. Praha: IKEM, 2005-2011.

INSTITUT KLINICKÉ A EXPERIMENTÁLNÍ MEDICÍNY. *Využití lůžkového fondu 2005-2011*. Praha: IKEM, 2005-2011.

IKEM, *Zřizovací listina*. Příloha 2. Praha: IKEM, 2011.

KNÁPKOVÁ, Adriana, a PAVELKOVÁ, Drahomíra. *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-3349-4. Kap. 3, Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, s. 59-63.

⁵⁵⁵ Srov. KNÁPKOVÁ, A., a PAVELKOVÁ, D., Metody, postupy a ukazatele finanční analýzy, *Finanční analýza. Komplexní průvodce s příklady*, s. 52-53.