

MORAVSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA OLMOUC

Ústav managementu a marketingu

Porovnání stavových a dynamických parametrů českých nemocnic před převodem na
univerzitní nemocnice

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Zuzana Ťulpová

Vedoucí práce: RNDr. Ing. Miroslav Rössler, CSc., MBA

Olomouc 2018

PROHLÁŠENÍ

Čestně prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jsem v ní pouze zdroje uvedené v seznamu literatury a použitých zdrojů na konci práce.

Tištěná verze textu práce je shodná s textem práce na CD nosiči.

V Olomouci dne 26. 5. 2018

Zuzana Ťulpová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu panu RNDr. Ing. Miroslavu Rösslerovi CSc., MBA za všechny cenné odborné rady, připomínky a poznámky, stejně tak jako za vstřícnost, ochotu a trpělivost při vypracovávání mé bakalářské práce.

Obsah

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Teoretická část..... | 1 |
| 1.1 | Zdraví a právo na něj..... | 2 |
| 1.2 | Zdravotnictví a ekonomie..... | 4 |
| 1.3 | Zájmové skupiny ve zdravotnictví..... | 5 |
| 1.4 | Kvalita zdravotní péče a služeb..... | 8 |
| 1.5 | Léková politika..... | 9 |
| 1.6 | Obecný přehled výdajů ve zdravotnictví..... | 12 |
| 1.7 | Nemocnice v České republice..... | 13 |
| 1.8 | Současný stav českých nemocnic..... | 14 |
| 1.9 | Problémy nemocnic..... | 15 |
| 1.10 | Metody analýzy a strategického hodnocení nemocničních služeb..... | 16 |
| 1.10.1 | Empirické měření potřeby lůžek..... | 16 |
| 1.10.2 | Analýza prostřednictvím finančních ukazatelů..... | 17 |
| 2. | Metodická část..... | 21 |
| 2.1 | Volba metodického postupu a její zdůvodnění..... | 21 |
| 2.2 | Model Domorazského motýla..... | 21 |
| 2.3 | Přehled parametrů Domorazského motýla..... | 24 |
| 2.4 | Přednosti metody Domorazského motýla, perspektiva do budoucna..... | 26 |
| 2.5 | Úvaha o respondentech..... | 27 |
| 2.6 | Zisk podkladů pro Domorazského motýla..... | 27 |
| 2.7 | Návrh oficiálního dopisu k oslovení managementu nemocnic..... | 28 |
| 3. | Praktická část..... | 30 |
| 3.1 | Výběr jedné z plánovaných univerzitních nemocnic..... | 30 |
| 3.2 | Získání dat od Fakultní nemocnice v Motole..... | 31 |
| 3.3 | Sestavení Domorazského motýla pro FN Motol..... | 31 |
| 4. | Zhodnocení Fakultní nemocnice Motol na základě získaných parametrů..... | 33 |

| | |
|--|----|
| 5. Tabulka pro komparaci nemocnic | 34 |
| 6. Závěr | 36 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ | |
| ANOTACE | |

Úvod

Zdraví a jeho ochrana se stávají v dnešní době stále důležitějšími prvky ve společnosti. Jedná se o vlastnictví něčeho laicky abstraktního, avšak mimořádně sociálně, ekonomicky, právně a životně důležitého, neboť bez pevného zdraví zabezpečeného kvalitní, profesionální péčí na úrovni člověk zpravidla dlouho nevydrží, aniž by nebyl poznamenán následky z podstaty problému (dle závažnosti zdravotního stavu) vyplývajícími. Ti, kteří si to mohou dovolit a jsou finančně nezávislí na sociálním systému financování zdravotních služeb, si zpravidla rádi za své zdraví připlatí. To v praxi znamená, že si mohou dovolit oslovit jen ty nejlepší lékaře v oboru, předběhnout v čekacích frontách plánů operací, neřešit náklady spojené s dobou jejich pracovní neschopnosti a v neposlední řadě si rádi připlatí za určité „luxusní“ služby typu plastických operací či příplatků za nadstandartní péči v nemocnicích. Ne všichni však na tyto možnosti dosáhnou.

Drtivá většina společnosti je součástí sociálního systému. Zaměstnanci pravidelně ze svého platu odvádějí peníze zdravotním pojišťovnám a v případě potřeby očekávají, že pojišťovna potřebné výkony, vyšetření či preventivní prohlídky uhradí. Nikdo se však již neptá, kolik skutečně daný výkon či zákrok stál a kolik peněz za něj ve skutečnosti dostane samotný vykonavatel – tedy ošetřující doktor. Nejen proto se domnívám, že bychom měli uvažovat nad určitými ekonomickými opatřeními a souvislostmi, které nám tuto problematiku přiblíží a pomohou nám lépe pochopit fungování systému zdravotnictví.

Problematika zdravotnictví je mi velmi blízká, sama se chci stát doktorem, který bude pomáhat lidem léčit jejich nemoci a starat se o to, aby se opět cítili dobře. Na druhé straně si uvědomuji, že nic není pouze černobílé a na každý problém bychom měli nahlížet z několika úhlů pohledu. Studium medicíny poskytne lékařům perfektní základ pro to, aby byli v budoucnosti výbornými diagnostiky, operatéry či vědeckými pracovníky. Nikoho z nich však nenaučí, jak funguje financování jednotlivých prováděných zdravotnických výkonů, jak hospodaří nemocnice jako takové (náklady na zaměstnance, na provoz, na jednotlivá oddělení, na jednotlivé výkony apod.), nebo jaké metody analýzy mohou daná pracoviště využít pro hodnocení a zvýšení efektivity a výkonnosti. V této práci se proto pokusím poskytnout ucelený přehled týkající se problematiky zdravotnictví a jeho financování, dále nabídnu možnosti analýzy a hodnocení vybraných zdravotnických parametrů. V poslední části bakalářské práce se zaměřím na porovnání a vyhodnocení vybraných statických

a dynamických parametrů jedné konkrétní fakultní nemocnice (před jejím plánovaným převodem na nemocnici univerzitního typu). K tomuto hodnocení vybrané nemocnice využiji metodu Domorazského motýla, který v sobě spojuje jak parametry zdravotnické, tak parametry ekonomické. Navíc celou praktickou část podpořím a doplním kompletně zpracovanou metodikou vhodnou k hodnocení i všech ostatních (nejen) fakultních nemocnic před jejich plánovaným převodem na nemocnice univerzitní.

Cíl práce:

Ve své bakalářské práci si stanovuji, popisuji a dosahuji hned několika cílů, z nichž některé jsou pouze druhotné a jeden je zcela zásadní, stěžejní. V rámci teoretické části přiblížím, objasním a nastíním zdravotnickou problematiku, vysvětlím a podám některé základní pojmy a fakta související s tématem, ozřejmím důležitost zdravotnické ekonomie tak, aby bylo možné pochopit určité souvislosti a snahu o zlepšení a zefektivnění hospodaření českých nemocnic.

Výsledkem a zároveň hlavním cílem celé práce bude kompletně sestavená, zpracovaná a připravená metodika, včetně veškerých potřebných podkladů (za využití metody Domorazského motýla) sloužící k následné komparaci vybraných nemocnic před jejich plánovaným převodem na nemocnice univerzitního typu (konkrétně se jedná o Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnici Ostrava, Fakultní nemocnici Plzeň, Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnici v Motole, Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze a Ústřední vojenskou nemocnici v Praze). Zároveň chci, aby tato práce sloužila jako podklad pro budoucí výzkum, nebo navazující diplomovou závěrečnou práci.

V praktické části otestuji a použiji zvolenou metodiku na jedné z těchto nemocnic, zhodnotím vybrané ukazatele, navrhnou možnosti zlepšení, zefektivnění stávající situace (použiji poslední možná dostupná data z roku 2017) tak, aby poskytnuté závěry sloužily dané nemocnici/zdravotnickému zařízení jako vodítko do budoucích let.

1. Teoretická část

Jak jsem již předeslala v úvodu, problematika zdraví a zdravotní péče hraje ve všech zemích světa významnou a nezastupitelnou roli. Nezřídka se stávají otázky financování, fungování, poskytování zdravotních služeb (potažmo zdravotnického systému jako takového) tématy mnoha odborných i laických diskuzí se snahou dobrat se společensky, politicky, ekonomicky smířlivého a přijatelného výsledku. Není se čemu divit. Ze státního rozpočtu, z poplatků zdravotního pojištění a dalších finančních zdrojů přichází do zdravotnictví každým rokem nemalá, ba dokonce enormní částka finančních prostředků. Pro představu – v roce 2016 dosáhly celkové výdaje na zdravotní péči v České republice 361,6 mld. Kč¹, přičemž největší část byla pokryta z veřejných zdrojů. Zajímavý je rovněž fakt, že v letech 2010 až 2016 rostly celkové výdaje na zdravotní péči v běžných cenách v průměru o 1,33 % ročně.² Pro upřesnění se jednalo o nárůst z 334,1 mld. Kč vynaložených na zdravotní péči v roce 2010 na již zmíněných 361,6 mld. Kč v roce 2016, současně vzrostly jak meziroční výdaje zdravotních pojišťoven (o 1,4 %), tak i výdaje ze státního rozpočtu (o 6,2 %).

Na druhou stranu je potřeba zmínit také fakt, že větší přísun peněz do zdravotnictví ještě neznamená lepší, vyšší a dostupnější kvalitu služeb pro každého. V souvislosti s novými poznatky, technologiemi a možnostmi rostou přímo úměrně také náklady (ve všech zemích bez výjimky) na poskytování, zabezpečování, financování zdravotní péče. Je však potřeba se zamyslet nad účelovostí všech takto vynaložených prostředků a nad tím, zda není možnost zlepšit a zefektivnit některé procesy, které jsou součástí zdravotní péče. Domnívám se, že k tomu, aby byla zabezpečena dostatečně kvalitní zdravotní péče, musí být splněna řada dílčích podmínek, jako jsou například:

- stanovení priorit ve zdravotnictví;
- přesně definovat a vymežit zdroje a způsob financování zdravotní péče;
- vzdělávání laické veřejnosti i odborníků v oblasti poskytování, zajišťování zdravotních služeb;
- zpětná vazba, bilancování a reflektování;
- vymezení slabých stránek, snaha o snížení míry neefektivnosti v řízení zdravotnických zařízení.

¹ Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, zdroj: www.czso.cz

² Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, zdroj: www.czso.cz

V teoretické části práce se pokusím podat, ozřejmit a vysvětlit základní informace týkající se problematiky zdravotnictví, zdravotní péče a jejího poskytování.

1.1 Zdraví a právo na něj

Jednotná definice pojmu zdraví neexistuje, neboť si pod ním každý z nás představí něco jiného. Lze se ale shodnout na tom, že se jedná o vůbec nejdůležitější lidskou hodnotu, která se dá jen obtížně vyjádřit finančními nebo jinými prostředky.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav plné fyzické, psychické i sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.³ Jedná se o definici velmi obecnou, uznávanou a platnou, neboť v sobě kromě fyzického zdraví (akutní či chronické bolesti, neschopnost pohybu a jiné) zahrnuje také otázky duševního zdraví (psychického rozpoložení člověka) či sociálních vazeb (mezilidské vztahy, sociální život, interpersonální komunikace, rodina). Vzhledem k důležitosti zdraví považují za nezbytné se o něj řádně starat, pečovat o něj a neohrožovat s vlastním zdravím a lidským životem.

I laik ví, že se zdraví proměňuje v čase, v závislosti na nejrůznějších faktorech. Tyto faktory mohou být jak ovlivnitelné (životní styl, prevence, životní prostředí, dostupnost zdravotní péče), tak neovlivnitelné (dané), kam patří zejména genetická výbava každého jedince. Řada autorů uvádí následující čtyři základní faktory ovlivňující zdravotní stav:

- faktor vnitřního prostředí – genetický základ (biologické individuální vklady);
- faktory vnějšího prostředí – životního prostředí, způsobu života, zdravotní péče (množství zdravotnických zařízení, struktura, vybavenost, počet a kvalita zdravotnického personálu, způsob financování).⁴

Pro lepší přehlednost a orientaci přikládám graf s podílem jednotlivých složek na zdravotním stavu jedince.

³ MAAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 11

⁴ MAAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 12



Obr. 1: Faktory působící na zdraví jedince, zdroj: vlastní zpracování

Z grafu je patrné, že zcela zásadní roli ve vztahu k našemu zdraví zaujímá způsob života lidí. Pod pojem způsob života můžeme zahrnout užívání návykových látek, přemíru stresu, dostatek sportu, pohybu, stravu (její složení a pravidelnost) či profesní vytížení (workoholismus versus pasivita). Všechny tyto faktory patří k faktorům ovlivnitelným, tudíž je lze změnit, hýbat s nimi v čase a zlepšovat je. Každý jedinec tak nepřímou velmi významně ovlivňuje celý zdravotnický systém a finanční výdaje s ním spojené. Podle odborníků a jejich odhadů bude do roku 2025 tvořit 10 % všech zdravotnických výdajů léčba obezity a komplikací s ní spojených (diabetes mellitus 2. typu apod.), přitom se jedná o faktor individuálně ovlivnitelný.

Další bod, který bych v této části chtěla zmínit, je právo na zdraví. V zásadě lze tuto problematiku chápat jako zajištění, umožnění přístupu ke zdravotní péči a zdravotnickým službám. Někteří se domnívají, že jim toto právo zaručuje nepřítomnost nemoci po většinu doby jejich života, ve skutečnosti tomu tak není. Nemoc si bohužel nevybírá a čas od času se nevyhne nikomu z nás. Pokud už se tak ale stane, máme všichni rovnocenné možnosti ošetření, léčby, dostupnosti zdravotní péče.

V zásadě rozlišujeme dva přístupy ve vztahu ke zdraví: liberální a rovnostářský. K charakteristice liberálního přístupu, jehož základem je právo na svobodu a autonomii, mimo jiné patří: přístup ke zdravotní péči je výsledkem individuálního úsilí a výběru; jedinec získá takovou zdravotní péči, na kterou má finanční prostředky; zdravotnické služby jsou předmětem svobodné směny; cena je určena na trhu; poskytovatelé si konkurují; pojištění je

dobrovolné; dobrovolná je i solidarita.⁵ Jak je z uvedené charakteristiky patrné, nikdo v systému poskytování zdravotnických služeb s využíváním liberálního přístupu ke zdraví nemůže donutit bohaté, aby financovali a přispívali ze svých peněz na zdravotní pojištění chudších. Každý v tomto systému dostane pouze to, na co má finanční prostředky.

Rovnostářský přístup je přesně opačný, protože se snaží zajistit srovnatelnou lékařskou péči všem, bez ohledu na finanční situaci daného jedince. V rámci rovnostářského přístupu je užití zdrojů vázáno na morální hodnoty a lidé mají povinnost zacházet se zdroji tak, aby jejich distribuce byla co nejméně rovná a spravedlivá.⁶

1.2 Zdravotnictví a ekonomie

Ekonomika zdravotnictví zkoumá, jak optimálně alokovat finanční zdroje, aby docházelo k integraci medicínské, organizační a ekonomické racionality.⁷ Vzhledem k tomu, že je zdravotnictví významnou součástí národního hospodářství, nikoho nepřekvapí, že je třeba regulovat a usměrňovat výdaje poskytované zdravotnictví a vydávané do zdravotních služeb (zdravotním zařízením, výzkumným ústavům, soukromým praxím lékařů aj.), sledovat jejich vývoj v čase a snažit se o jejich optimalizaci. Do zdravotnictví patří všechny zdravotnické instituce, proto je tvoří instituce resortu zdravotnictví, ale i dalších resortů, které mají z různých důvodů vlastní zdravotnické instituce a přirozeně i instituce soukromé.⁸ Všechny tyto zdravotnické subjekty se dále dělí dle toho, kdo je zřizuje a tudíž i financuje jejich činnost (státní a nestátní).

Vzhledem k důležitosti zdravotnictví se postupem času vydělila samostatná část ekonomie, zabývající se pouze zdravotnickou problematikou – ekonomie zdravotnictví. Ekonomie zdravotnictví definuje charakteristiky trhu se zdravotnickou péčí, analyzuje jeho případná selhání, uplatňuje na podmínky zdravotnických služeb tradiční metody ekonomické analýzy.⁹ Zdravotnická ekonomie tak umožňuje analyzovat, hodnotit a porovnávat chování jednotlivých ekonomických subjektů v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.

Specifika a odlišnosti zdravotnictví (oproti jiným odvětvím ekonomie) vyplývají hned z několika základních faktů. Prvním z nich je neschopnost předpovídat poptávku. Na straně poptávky stojí ve zdravotnictví pacienti. Zdravotnická zařízení ani lékaři v soukromých

⁵ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 17

⁶ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 17

⁷ BOROVSÝ, J., DYNAROVÁ V., *Ekonomika zdravotnických zařízení*, s. 11

⁸ PAPEŠ, Z., ULRICH, M., *Zdravotnická ekonomika*, s. 9

⁹ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 25

ambulancích nemohou dopředu predikovat, kolik pacientů bude v jeden čas nemocných, kolik z nich bude potřebovat další odborná vyšetření či specializované výkony. Naopak - na straně pacientů hrají významnou roli peníze. Pokud pacient nastoupí na tzv. nemocenskou, ztratí část výdělku, takže mnohdy raději ani lékaře nenavštíví.

Dalším specifíkem zdravotnické ekonomie rozumíme nejasnost výsledku. Nelze dopředu odhadnout, zda se daný pacient uzdraví či nikoliv, zda nenastane po čase remise určitá recidiva a druhotná progrese onemocnění, nebo nenastanou jiné, předem neočekávané komplikace spojené s určitým typem léčby, operačním výkonem apod. Tato míra nejistoty patří k významným faktorům, které ekonomiku zdravotnictví ovlivňují.

V neposlední řadě bych ráda zmínila neexistenci konkurence v klasickém ekonomickém pojetí. V klasickém tržním pojetí konkurence se konkurenti snaží o zisk co nejvyššího množství zákazníků s využitím nejrůznějších forem propagace (reklama apod.). Na poli zdravotnické ekonomie se s tímto klasickým modelem neseťkáváme. Lékař má za úkol vyšetřit pacienty, kteří k němu přicházejí, provést nezbytné testy, určit diagnózu a stanovit postup léčby, na jehož konci je určitý výsledek. Předpokládá se, že zájem vydat korektní informace je u lékaře vyšší než případný zájem uspokojit své zákazníky.¹⁰

Zdravotnických specifíků a odlišností oproti klasickému tržnímu prostředí nalezneme mnohem více, než jsou ta výše zmíněná. Ve stručnosti připomenu ještě informační asymetrii jednotlivých subjektů (informovanost pacienta nedosahuje informovanosti lékaře, který zná jednotlivou povahu a účel prováděných výkonů, pacient mu během léčby zpravidla plně důvěřuje); fakt, že většina nemocnic funguje jako neziskové organizace (tudíž jejich primárním cílem není maximalizace zisku), a dále pak prostý fakt související s hrazením zdravotní péče. Zatímco v klasickém tržním konkurenčním prostředí dostává prodávající ihned (či s určitou splatností) celou smlouvenou částku od kupujícího, pacient náklady spojené s jeho péčí hradí jen částečně a nepřímo – skrz povinné zákonné pojištění.

1.3 Zájmové skupiny ve zdravotnictví

Ač by se mohlo na první pohled zdát, že tato kapitola nesouvisí s metodami hodnocení a analýzy zdravotnických zařízení, opak je pravdou. Vzhledem k tlaku vyvíjenému určitými zájmovými (lobbingovými) skupinami dochází mnohdy k nerovnoměrnému, neúměrnému a neefektivnímu přidělování finančních zdrojů nejen nemocnicím či jiným zdravotnickým

¹⁰ MAAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 27

zařízením, ale i lékařům v privátních praxích. Kdyby se podařilo tento tlak alespoň v určitých směrech eliminovat a zároveň provádět pravidelná hodnocení, statistiky a analýzy výsledků hospodaření jednotlivých subjektů, došlo by k zefektivnění celého procesu financování zdravotní péče a výdajů poskytovaných pro chod systému zdravotnictví.

Obecné vymezení zájmových skupin

Na chod zdravotnictví se každoročně vynaloží značné množství finančních prostředků. S tím logicky souvisí i rostoucí zájem určitých skupin (lidí, firem), které se snaží skrze zdravotnictví a zdravotní systém dosáhnout svých cílů a profitovat. Mezi tyto skupiny řadíme lékaře, farmaceutické firmy, zdravotní pojišťovny, samotné pacienty i řídicí vrcholové instituce (byrokracii). Stát, který významně jednotlivé aktivity ve zdravotnictví reguluje, limituje zájmové skupiny v zisku a dosažení chtěných výhod, financí. Stále rostoucí sektor, spojený s veřejnými penězi, ve kterém jdou proti sobě zájmy jednotlivých aktérů, je vhodným prostorem pro korupci na různých úrovních.¹¹

Kdybychom chtěli pojem zájmová skupina definovat, těžko bychom hledali jednotnou, obecně platnou a uznávanou definici. Jestliže zájem definujeme jako určité zaměření, orientaci jednotlivce či skupiny, jež se odvozuje z hodnot a preferencí a skupinu vymežíme jako uskupení tvořené třemi a více jedinci, pak z uvedených informací vyplývá, že zájmovou skupinu můžeme vymežit jako dobrovolně utvářenou skupinu jedinců sledujících společný zájem.¹² Jednoduše lze tedy zájmovou skupinu chápat jako lidské uskupení (různé velikosti) sledující vlastní, specifický, společně jednotný zájem, i za cenu omezení zájmů, potřeb jiné strany.

Zdravotnické zájmové skupiny

Mezi nejčastější a největší zájmové skupiny ve zdravotnictví patří výše zmíněné subjekty – farmaceutické firmy, samotní lékaři, pacienti, zdravotní pojišťovny a dozorující byrokracie, přičemž každá z těchto skupin usiluje o dosažení vlastních privilegií, výhod, odměn. Dobře organizovanou zájmovou skupinou jsou doktoři. Ti se často sdružují do nejrůznějších komor (jako například Česká lékařská komora, Česká nefrologická společnost, Česká pediatriká společnost apod.). V rámci těchto komor (ale i mimo ně) se snaží lékaři prosazovat své zájmy. Lékaři preferují zavádění omezujících podmínek pro vstup do odvětví před využíváním cenového mechanismu, což jim umožňuje zlepšit své postavení.¹³ Tento způsob prosazování

¹¹ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 47

¹² KOTÁSKOVÁ, Š., *Vliv zájmových skupin na utváření hospodářské politiky*, s. 12

¹³ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 51

vlastních zájmů, zlepšování pozice lékařů a zajištění určité míry integrity a jedinečnosti využívají lékaři nejen v Česku, ale i v okolních zemích.

Farmaceutické firmy vyvíjí na lékaře stále větší a větší tlak a snaží se lékaře motivovat (formou odměn, výhod, protislužeb), aby předepisovali léky vyráběné právě jejich firmou. Jedná se ve své podstatě o jednoduchý mechanismus založený na faktu, že lék volí lékař, a ne pacient. Ten lékaři důvěřuje a podřídí se jeho odbornému úsudku a rozhodnutí. Farmaceutické firmy se prostřednictvím lékařů snaží přímo ovlivnit spotřebitele – pacienta a maximalizovat tak své zisky. Prokázat propojení mezi lékaři, lékárníky a farmaceutickými firmami je velmi obtížné.¹⁴ Tento fakt jen umocňuje vysokou úspěšnost lobujících firem.

Neméně významnou zájmovou skupinu ve zdravotnictví tvoří zdravotní pojišťovny. V rámci této skupiny nalézáme hned několik různých cílů. Nejdříve je však důležité si uvědomit několik základních faktů. Zdravotní pojišťovny v České republice nefungují na tržním principu.¹⁵ Tuto skutečnost lze dobře demonstrovat na několika faktech, a sice:

- stát podstatnou měrou ovlivňuje chod a fungování zdravotních pojišťoven;
- příjmy, které pojišťovnám plynou, pochází od státu, zaměstnavatelů či samotných pojištěnců;
- pravomoc zdravotních pojišťoven je značně omezena (zákony).

I přes tato omezení se snaží zdravotní pojišťovny dosáhnout svých programových cílů a zvyšování příjmů, důležitým mechanismem je konkurenční boj o klienty (pacienty).

Předposlední zájmovou skupinu, které se zde chci věnovat, tvoří byrokracie. Lze ji definovat jako množinu úřadů (odborů, oddělení, sekcí), které jsou odpovědné za státem zabezpečované služby.¹⁶ Úředníci tvořící tuto skupinu chtějí v drtivé většině vyšší mzdy, lepší postavení, pozici či růst vlivu na rozhodování o zásadních věcech (pocit moci).

Poslední, hlavní zájmová skupina ve zdravotnictví se skládá z pacientů samotných. Jde o výběr lidí různých věkových skupin, etnik, profesí, sociálních vrstev, sdružujících se a podporujících se v rámci dosažení/podpoření společných cílů. Přestože je tato skupina ze všech zájmových skupin nejpočetnější, její pozice na poli prosazování zájmů je vůbec nejhorší. Hlavní důvod spatřuji v informační asymetrii mezi lékaři a pacienty. Pacienti

¹⁴ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 53

¹⁵ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 56

¹⁶ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 56

většinou spoléhají na to, že doktor jedná v jejich nejlepším zájmu a snaží se pro ně udělat maximum, což ale často nemusí být pravda (lékař může být ovlivněn tlakem ze strany zdravotních pojišťoven či farmaceutických firem).

Vliv zájmových skupin na ekonomii zdravotnictví

Vzhledem k výše uvedených faktům nikoho nepřekvapí, že zájmové skupiny ovlivňují nejen ekonomii zdravotnictví, ale i celé národní hospodářství, jehož je zdravotnictví součástí. Zde hraje důležitou roli korupce a nepřehlednost některých rozhodnutí. Dříve docházelo k předepisování falešných receptů doktory (tlak farmaceutických firem), což se v dnešní době daří eliminovat povinnými elektronickými recepty, které jsou zasílány do centrálního úložiště (to je pod kontrolou Státního ústavu pro kontrolu léčiv). Na druhou stranu vazbu mezi lékaři a farmaceutickými firmami lze prokázat jen velmi těžce. Farmaceutické firmy i nadále tlačí na doktory, aby předepisovali právě jejich léčiva, což se jim daří. Míra průkaznosti těchto vzájemných vazeb je však velmi malá až nulová. Jisté je však to, že hodnota benefitů pro jednotlivé lékaře za předpis daného léku se projeví v konečné ceně přípravku. Ztrátu spojenou s existencí zájmové skupiny farmaceutických firem lze nalézt ve vyšší ceně léků.¹⁷

Možnosti, jak zabránit tomu, aby lékaři nevytvářeli úzkou spolupráci s farmaceutickými firmami, jsou v zásadě dvě. Jedna spočívá v navýšení platů lékařům, kteří tím ztratí motivaci spolupracovat s farmaceutickými společnostmi. Jako druhá možnost se nabízí tvrdá a neústupná politika vůči lékařům, tzn. sankce a postihy za neetické a protiprávní jednání, v nejhorším případě i odnětí licencí. Tato varianta však naráží na problém špatné průkaznosti.

Obecně lze ovlivnit chování a vliv zájmových skupin ve zdravotnictví určitými státními formami regulace a dozoru. Lobbying je možné regulovat buď pomocí zákona, nebo samoregulací, která probíhá v rámci profesionálních lobbistů nebo prostřednictvím určitých pravidel (etických kodexů) společenského jednání veřejných činitelů.¹⁸

1.4 Kvalita zdravotní péče a služeb

Poskytování zdravotnických služeb je vyhrazeno zdravotnickým institucím jako specializovaným a pověřeným institucím pro tento okruh služeb.¹⁹ Tato obecná definice platí jak pro velké instituce (krajské a okresní nemocnice), tak pro jednotlivce (soukromé lékařské

¹⁷ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 62

¹⁸ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 69

¹⁹ PAPEŠ, Z., ULRICH, M., *Zdravotnická ekonomika*, s. 29

praxe). Úroveň kvality poskytovaných služeb balancuje mezi dvěma základními proměnnými. Nejdůležitějšími z nich jsou na jedné straně příjmy do zdravotnictví, na straně druhé výdaje zdravotnických zařízení. Příjmy ve zdravotnictví jsou odvozeny z důchodů, což znamená, že jsou citlivé na vývoj hospodářského cyklu.²⁰ Výdaje jsou ovlivněny celou řadou faktorů – jak ekonomických (platy zaměstnanců, náklady na provoz zařízení), tak neekonomických (stárnutím populace a průměrnou délkou života, vědeckým pokrokem a investicemi do nových technologií). Nemohu zároveň nezmínit důležitost role lékařů v otázce kvality služeb. Lékaři se přirozeně snaží pomoci pacientům, to však nevyklučuje určitou míru možného pochybení (nikdo není neomylný). Nejen proto se kontrola zdravotnických služeb stala nezbytností a nutností v současném moderním světě. Komise evropských společenství odhaduje, že v EU je 8 - 12 procentům pacientů přijatých do nemocnic způsobena újma v důsledku nežádoucích účinků v průběhu poskytování zdravotní péče.²¹

Pro měření a hodnocení kvality poskytovaných zdravotnických služeb využíváme řadu parametrů, veličin, metod. Abychom mohli jednotlivá zařízení porovnávat a posuzovat, došlo ke stanovení nejrůznějších indikátorů kvality. Indikátor kvality je definován jako měřitelné kritérium, které v porovnání s určitým standardem, směrnicí, požadavkem ukazuje, jak dalece bylo standardu dosaženo.²² Jednotlivé indikátory se dají dále dle nejrůznějších kritérií dělit, zpravidla podle toho, jaký parametr chceme hodnotit a analyzovat. V rámci hodnocení zdravotnických programů a samotné kvality zdravotní péče se využívají metody CBA, CEA a CUA, a to i v nejrůznějších modifikacích.²³

1.5 Léková politika

Kapitolu věnovanou lékové politice zařazují pro úplnost a celkovou názornost, ucelenost textu, neboť náklady vydávané na výzkum, rozvoj, výrobu a technologie související s produkcí a distribucí nových léčiv tvoří enormní část nákladů vydávaných do zdravotnictví.

Většina zemí světa se snaží v rámci svých politických rozhodnutí řešit otázku léčiv a lékových doplňků. Tento krok souvisí zejména se stále více rostoucími náklady, které jednotlivé země na léčiva ročně vynaloží. V zájmu snahy zajistit dostupnost léků pro všechny (plošně, bez rozdílů) se otázka regulace (tj. zejména regulace cen), ale i dostupnosti, prodeje, úhrad a doplatků za léčiva, stala významnou součástí vládních programů, slibů, předsevzetí

²⁰ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 75

²¹ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 76

²² VÁLKOVÁ, M., *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*, s. 16

²³ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 109

a opatření, která tvoří nemalou část národního hospodářství. Jednotlivé vlády se pokoušejí zajistit svým občanům co možná nejlepší dostupná léčiva odpovídající současnému medicínskému, biochemickému, vědeckému pokroku a poznání. Na druhou stranu rostoucí náklady spojené s investicemi do výzkumu, výroby, prodeje či úhrad léčiv z veřejných zdrojů nutí vrcholové politiky přemýšlet, jak současný trend změnit a snížit všechny náklady s léčivou spojené.

Lékovou politiku je možno definovat jako soubor opatření, která směřují k zajištění dostupnosti a efektivity farmakoterapie.²⁴ Stát zasahuje do lékové politiky prostřednictvím zákonných opatření (intervencí), kterými se snaží regulovat množství doma vyráběných či dovážených léčiv, objemy prodeje a předepisování léčiv (tlakem na doktory), ceny léčiv a stanovení jejich úhrad či doplateků, využití generických léčiv (pro lepší cenu), strategií v dostupnosti léčiv. Komplikovanost této problematiky spočívá zejména v tom, že v sobě léková politika zahrnuje jak složku odbornou (medicínskou), tak složku ekonomickou. Medicína usiluje o maximální dostupnost kvalitních léčiv pro všechny, bez rozdílu věku, pohlaví, národnosti, rasy. V rámci ekonomické roviny se tato tendence spojuje se souběžnou snahou o snížení nákladů vynakládaných do všech aktivit s léky spojených. Hlavní aktéry lékové politiky lze rozčlenit do následujících skupin:

- stát – vytváří právní rámec, reguluje a registruje léčiva, stanoví profesní standardy, zajišťuje přístup k základním léčivům, podporuje racionální užívání léčiv;
- zdravotní pojišťovny – provádějí kontrolu předepsaných léků z hlediska objemu, pacienta, lékaře;
- výrobci – ovlivňují lékaře, politiky i pacienty;
- distributoři, lékárníci, lékaři a pacienti/občané.²⁵

Každá z výše uvedených skupin se logicky snaží o maximalizaci zisku a realizaci svých zájmů, přičemž vzniká rozpor. Stát se na jedné straně pokouší o nastavení určitého platného rámce tak, aby výdaje každoročně pokud možno nerostly, ale zůstávaly konstantní. Naproti tomu výrobci (jako představitelé tržních subjektů) chtějí maximalizovat svůj zisk a nebojí se ovlivňovat další skupiny (lékaře, lékárníky, distributory) tak, aby svých cílů dosáhli. Výdaje

²⁴ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*, s. 115

²⁵ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*, s. 116

na léky jsou tedy výsledkem působení mnoha faktorů, které jsou navzájem propojeny a vzájemně se ovlivňují.²⁶

Regulace výdajů v rámci lékové politiky

Každý stát se v rámci své lékové politiky snaží o to, aby udržel výdaje spojené s výrobou, prodejem, distribucí a úhradami léčivých přípravků v určitých mezích. V rámci Evropské unie neplatí jednotná legislativa, která by dogmaticky stanovovala členským státům, jak mají vytvářet, regulovat (omezovat či posilovat) vývoj nákladů spojený s léčivy a jejich národní distribucí. Každý stát tedy funguje jako samostatná jednotka, jež si sama určuje (na základě vývoje HDP, růstu ekonomiky, ale i na podkladu historických specifik a zvyklostí), kolik je ochotná do lékové politiky investovat. V rámci regulace výdajů hraje jednu z důležitých rolí také regulace cen. Ačkoliv jednotlivé státy přistupují k regulaci cen léků a výdajů na ně odlišně, cíl je stejný.²⁷ V zásadě by měla vždy platit jednoduchá rovnice:

$$P * Q = W * Z = T + C + R$$

Příčemž:

- P – cena léčiva
- Q – objem léčiv
- W – množství vstupů
- Z – cena těchto vstupů
- T – daně
- C – povinné platby (zdravotní pojištění)
- R – přímé platby, dobrovolné příspěvky (volně prodejná léčiva apod.).

Cena léčiv je zároveň předmětem mnoha vyjednávání mezi státem a výrobcí léčiv (popřípadě jeho distributory pro daný trh). Stát usiluje o co nejnižší cenu léku, zatímco výrobci chtějí maximalizovat svůj zisk a získat si určitou stabilní pozici na národním trhu. Tak jako u všech jiných výrobků i u léčiv platí, že je jejich konečná cena pro spotřebitele (občana, pacienta) utvářena vzájemně působícími vlivy na straně nabídky (výrobce) i poptávky (tedy státu). Výrobce zahrnuje do ceny výrobku nejen použitý materiál a práci, ale i výdaje na reklamní či obchodní činnost. Konečná cena je však navíc navýšena o daň z přidané hodnoty, ta tvoří v jednotlivých státech jiné procento z ceny výrobku. Ve většině zemí dochází k využívání takzvaného RPS. Použití RPS (Reference Price Systems) představuje sdružování obdobných

²⁶ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 117

²⁷ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 125

přípravků do určitých skupin.²⁸ Stát si u léčiv v dané skupině sám nastaví jednotnou cenu. Tato takzvaná referenční cena je maximální cenou, kterou je stát ochoten na léčivo přispět. Čím více se tato částka překročí, tím více se bude pacient spolupodílet na doplacení ceny léčiva. V České republice se o kontrolu ceny léčiv stará Státní ústav pro kontrolu léčiv v kooperaci s Ministerstvem zdravotnictví. Státní ústav pro kontrolu léčiv zároveň provádí dohled nad medicínskou stránkou léčiva – kontrola účinných látek, nežádoucích účinků, délky léčby, indikací k léčbě, náhradu generikem²⁹ apod.

1.6 Obecný přehled výdajů ve zdravotnictví

Výdaje do zdravotnictví se stávají často předmětem nejrůznějších odborných, či laických diskuzí. V odborných diskuzích proti sobě často stojí názory ekonomů a zdravotnických pracovníků. Úloha ekonomů v této otázce není vůbec jednoduchá, neboť se snaží řešit problém klesajících dostupných zdrojů (financí), avšak neustále rostoucích nároků, požadavků (souvisejících s rozvojem medicíny a poskytovaných služeb). Na přelomu století bylo dokonce jasně prokázáno, že ve zdravotnictví hraje tento rozpor důležitější roli, než ve většině jiných oborů a odvětví ekonomiky. Úskalí je pro nás v odmítání a přehlížení objektivních pravd, šance jsou naopak v jejich poznání, pochopení souvislostí a využívání dřív, než je začnou využívat jiní.³⁰ Našemu zdravotnictví nepomůže neustálé porovnávání se se sousedními zeměmi a konstatování, že disponujeme méně dostupnými zdroji než jinde. Je třeba uvažovat v souvislostech, hledat nová řešení problémů a snažit se do budoucna zajistit dostatek prostředků na to, aby každý, kdo bude potřebovat, dostal adekvátní zdravotní péči a nezbytné ošetření.

V České republice výdaje do zdravotnictví pochází z několika zdrojů. Tyto zdroje obecně dělíme na veřejné a soukromé.

Mezi výdaje veřejné řadíme výdaje z veřejných rozpočtů (nejen státního, ale i místních, územních) a výdaje hrazené ze zdravotního pojištění. Důležité je si také uvědomit, že například výzkum či správa nemocnic nejsou financovány ze zdravotního pojištění, ale naopak zase jiné položky jsou z něj pokryty více (ambulantní péče).

²⁸ MAAYTOVÁ, A., *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*, s. 127

²⁹ Generika = ekvivalenty originálních léčivých přípravků, které mohou přijít na trh po vypršení jejich patentové ochrany, cena je zpravidla nižší než u originálních léčiv.

³⁰ PAPEŠ, Z., ULRICH, M., *Zdravotnická ekonomika*, s. 16

Soukromé výdaje jsou výdaje jednotlivců - pacientů. Sem patří zejména nákupy léků bez předpisu, doplatky na léky i lázeňské pobyty, koupě různých zdravotnických pomůcek a vybavení nebo preventivní opatření typu očkování aj.

Pro demonstraci a srovnání vybraných zemí přikládám tabulku s posledními možnými dostupnými daty. Jedná se o výdaje na zdravotnictví v roce 2013 podle zdrojů financování jako % z běžných výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD.

Tab. 1: Podíl zdrojů financování jako % z běžných výdajů ve vybraných zemích, zdroj: OECD Health Statistics, červen 2015, vlastní zpracování

| Země | Veřejné výdaje | Soukromé výdaje |
|------------------------|----------------|-----------------|
| Česká republika | 84,1 | 15,9 |
| Nizozemsko | 87,6 | 12,4 |
| Norsko | 85,0 | 15,0 |
| Belgie | 77,8 | 22,2 |
| Německo | 76,3 | 23,7 |
| Slovensko | 74,2 | 25,8 |
| Portugalsko | 66,0 | 34,0 |
| Maďarsko | 64,6 | 35,4 |
| Korea | 55,9 | 44,1 |
| USA | 48,2 | 51,8 |

1.7 Nemocnice v České republice

Nemocnice jsou taková zařízení, jejichž primární funkce spočívá v zajištění a poskytnutí zdravotní péče obyvatelstvu dané země, přičemž rozsah poskytovaných služeb souvisí se zdravotním stavem pacienta (ambulantní ošetření či nutná hospitalizace). Jednotlivé nemocnice se mezi sebou navzájem liší, ať už velikostí (počtem lůžek, personálu), technickým vybavením (přístrojová a laboratorní technika) či vlastníkem (soukromé či veřejné nemocnice). Podle těchto a mnoha dalších parametrů proto můžeme jednotlivé nemocnice třídit. Základním kritériem, sloužícím k třídění nemocnic, je doba, po kterou pacient v nemocnici může zůstat – rozlišujeme nemocnice poskytující pouze denní (ambulantní) péči či nemocnice s lůžkovým oddělením, kde pacient může být hospitalizován.

Další dělení nemocnic se odvozuje podle toho, kdo danou nemocnici spravuje či vlastní. Podle toho rozlišujeme nemocnice ve vlastnictví státu (fakultní či vojenské), nemocnice soukromé (vlastníkem nebo správcem je soukromý subjekt - právnická či fyzická osoba), nemocnice vlastněné církví apod. Jako poslední zmíním dělení dle možností poskytované péče – nemocnice všeobecné (s interními, chirurgickými, dětskými a dalšími odděleními) a specializované, odborné (úzce zaměřené pouze na určité typy prováděných výkonů, například centra asistované reprodukce).

Vzhledem k tomu, že se v praktické části své práce zaměřuji na nemocnice fakultní, je třeba nejdříve vysvětlit, o jaké nemocnice se vlastně jedná. Jako v každé jiné nemocnici mají i fakultní nemocnice základní a zcela zásadní úkol – poskytovat zdravotní péči a lékařskou diagnostiku pacientům bez rozdílu. Kromě toho tyto nemocnice také úzce spolupracují s přidruženou lékařskou fakultou spadající pod určitou univerzitu. Díky úzké spolupráci a provázanosti fakulty s nemocnicí se studenti lékařských fakult mohou vzdělávat, pracovat či se zapojovat do výzkumu již během svých studií. Fakultní nemocnice jsou zřizovány ministerstvem zdravotnictví. Provázanost obou subjektů (fakulty i nemocnice) lze dokumentovat na faktu dvojího řízení. V čele fakultní nemocnice stojí ředitel jmenovaný ministrem zdravotnictví, pod jehož kompetenci spadají primáři, a děkan, pod nějž spadají přednostové klinik.³¹

1.8 Současný stav českých nemocnic

Dle údajů ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který se zabývá nejen otázkou stavu českých nemocnic, lze zjistit, že bylo v roce 2013 v České republice evidováno celkově 188 zdravotnických zařízení (novější informace bohužel nejsou dostupné, trend ve vývoji však přetrvává stejný). Už v té době docházelo k poměrně rapidnímu snižování počtu českých nemocnic, což je jev přetrvávající do dnešní doby. Tímto to však zdaleka nekončí. Každoročně totiž pozorujeme (kromě úbytku zdravotnických zařízení a nemocnic) i snižování počtu lůžek v jednotlivých nemocnicích, dále dochází k omezování prováděných výkonů v určitých zařízeních (dochází k centralizaci některých výkonů, operací), k redukci počtu zaměstnanců na vybraných odděleních, ke snížení průměrné ošetrovací doby a mnoha dalším opatřením ve snaze optimalizovat výkonnost a hospodaření nemocnic.

³¹ KOČUROVÁ L., *Hospodaření vybraných fakultních nemocnic v České republice*, s. 12

1.9 Problémy nemocnic

O problémech nejen českých, ale i zahraničních nemocnic bychom mohli psát rozsáhlé práce a nabízet možnosti ke zlepšení současného stavu, avšak přes komplikovanost, rozsáhlost a provázanost dílčích problémů, bychom pravděpodobně stejně nedosáhli optima či výrazného zlepšení stávajících problémů. Za jeden z hlavních problémů považuji neustále rostoucí zadluženost nemocnic a to i v době, kdy ekonomika České republiky roste a dosahuje svého maxima (dochází ke každoročnímu nárůstu investic a výdajů do zdravotnictví). Mezi další současné a bohatě diskutované problémy patří nedostatek lékařů a s ním související zvyšování průměrného věku lékařů + příjem lékařů ze států východní Evropy, uzavírání některých oddělení a s ním spojená centralizace určitých výkonů, nutnost reformy zdravotního pojištění, dále pak obecně zhoršená dostupnost zdravotní péče (přestože technologicky a odborně jsme na úrovni států s nejlepší zdravotní péčí na světě).

Jako poslední bych zmínila přetrvávající problém bez jasného východiska, řešení. Jde o neschopnost alokace fixních nákladů jednotlivých nemocnic na konkrétní oddělení v rámci daného zařízení. V praxi se jedná například o neschopnost konkretizovat a vyčíslit náklady na energie a topení vynakládané jednotlivými odděleními dané nemocnice. Jednotné řešení tohoto problému ovšem stále neexistuje.

Existují však určitá platná doporučení, která by mohla minimálně snížit míru zadlužení českých nemocnic a pomoci ke zlepšení stávající situace. Reálně by se jednalo o zavedení určitého zpětnovazebného systému, který nám v současné době chybí. Takto by se mohlo omezit například neúčelné vynakládání určitých prostředků (zejména finančních) a kapacit na ty aktivity, které se dlouhodobě jeví jako neefektivní, neudržitelné. Na druhou stranu snižováním produkce, množství poskytovaných služeb vede ke zdražování služeb stávajících, neboť nejsou plně, optimálně využity přístroje a budovy nemocnic a současně roste podíl fixních nákladů na jednotku produkce (rozpočítají se mezi méně provedených akcí, výkonů).

Jako další možné řešení zadluženosti českých nemocnic by mohla například posloužit objektivizace nákladů jednotlivých nemocnic. Značný rozptyl v hlavních nákladových skupinách ukazuje, že neexistují žádná objektivní kritéria pro stanovení ceny lůžkodne v jednotlivých typech nemocnic a ústavů.³² Nemocnice totiž často poskytují služby a provádí

³² FIALA, P., Dluhový problém českých nemocnic, in: *Nákladové analýzy a informační technologie při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení: sborník příspěvků z konference: Jindřichův Hradec 18. – 19. 9. 2003*

výkony, které jiná nemocnice dokáže obstarat levněji. Snížením počtu vytipovaných výkonů by tak mohla daná nemocnice ušetřit finance pro jiná, pro ni klíčová a stěžejní oddělení.

1.10 Metody analýzy a strategického hodnocení nemocničních služeb

K tomu, aby se prováděla racionální, účelná a efektivní rozhodnutí týkající se nejen finanční stránky chodu nemocnic, je v první řadě potřeba, aby vedoucí, rozhodující pracovníci a manažeři plánovali a předvíдали. Plánování jako takové je jednou ze základních nezbytných dovedností každého manažera. V rámci plánování je zejména důležité porozumění poptávce po zdravotní péči a zdravotnických službách. Toto plánování v sobě skrývá několik dílčích úkolů, jako jsou například evidence využití lůžek, počet lůžkodnů, množství hodin ošetrovatelské péče, počet prováděných výkonů, údaje o počtu přijímaných pacientů a délce jejich pobytu v nemocnici apod. Údaje o poptávce po nemocniční péči mohou být využity:

- ke studiu skutečného využívání nemocničních služeb;
- k pochopení faktorů ovlivňujících skutečné využívání služeb;
- k předvídání poptávky po péči;
- k rozpoznání potřebných úrovní jak krátkodobé, tak dlouhodobé péče;
- a k provádění kritických rozhodnutí o vývoji programu, plánování a budování zařízení a nákupu nového vybavení.³³

Sledování poptávky po péči zkrátka manažerům umožňuje se rychleji, snáze rozhodovat a provádět nezbytná opatření související s udržitelným chodem nemocnice.

1.10.1 Empirické měření potřeby lůžek

Měření potřeby lůžek by mělo být jedním z hlavních a automaticky prováděných úkolů manažerů zdravotnických zařízení. Zejména v dnešní době, kdy se mnohá oddělení ruší a likvidují a naopak jiná se lůžkově posilují, je nezbytné tyto počty, trendy vývoje registrovat, zaznamenávat a vyhodnocovat. Obecně mohou být techniky odhadování rozděleny do čtyř skupin:

- regresivní metody;
- modely dané vzorci;
- stochastické metody;
- simulační metody.³⁴

³³ WAN, T., *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 125

Metody regresivní pracují s analytickými metodami, v nichž využívají k předpovědi potřeby lůžek řady nezávislých veličin. Tyto veličiny poté slouží jako zástupné hodnoty sloužící k výpočtu budoucí poptávky.

Model daný vzorcem je předem definovaný, jasný a umožňuje celkem jednoduchý výpočet odhadu počtu lůžek. Vypadat by mohl následovně:

$$LŮŽKODNY (za rok) = \left(\frac{\text{Populace nemocných}}{\text{Populace}} \right) * \text{Průměrná ošetřovací doba} * \text{Projektovaná populace}^{35}$$

Stochastický model využívá prvků pravděpodobnosti. To v praxi znamená, že pracuje s příjmem nemocných jako s pravděpodobnostní veličinou, neboť neví, kolik nemocných v daný čas nemocnice přijme. Na druhou stranu je pomocí tohoto modelu manažer schopen pracovat s určitou očekávanou průměrnou rychlostí jednotlivých přijatých pacientů.

Metoda situačního modelu vytváří dynamický (interaktivní) model pro zvládnutí složitých situací, ve kterých není změna složek reálné situace proveditelná.³⁶ Manažer tak má k dispozici zpravidla několik plánů jednotlivých zásahů pro danou konkrétní nemocnici, které mu mohou v určitých případech pomoci k rozhodnutí, opatřením.

S měřením počtu potřebných lůžek souvisí také snaha o sledování trendů v počtu ošetřených a propuštěných pacientů v určitém čase (zpravidla za rok). Tyto informace mohou pomoci manažerům nemocnic a zdravotnických zařízení předvídat poptávku po péči i v následujících obdobích. Předpovědi se vytváří krátkodobé, střednědobé i dlouhodobé s ohledem na možná kolísání. Výzkum zahrnující pouze objektivní data vede k nepřesným předpovědím, jsou-li tato data nedokonalá.³⁷ Jinými slovy lze říci, že aby byla předpověď dané poptávky co nejpřesnější, doporučuje se současně pracovat s názorem lékařů, kteří mohou manažerům poskytnout cenná, užitečná data.

1.10.2 Analýza prostřednictvím finančních ukazatelů

Všechna zdravotnická zařízení mohou využívat, stejně jako je tomu i u jiných podnikatelských subjektů (firmy, živnostníci aj.), analýz finančních ukazatelů a dokumentů, které patří mezi standardní součásti výročních zpráv. V rámci finanční analýzy a hodnocení prosperity a hospodaření podniku se bavíme zejména o třech dokumentech. Jedná se o rozvahu, výkaz zisku a ztrát a cash flow. Všechny tyto nástroje, výkazy finanční analýzy

³⁴ WAN, T., *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 126

³⁵ WAN, T., *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 126

³⁶ WAN, T., *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 126

³⁷ WAN, T., *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*, s. 139

posledně mohou sloužit k porovnávání jednotlivých subjektů (nemocnic) mezi sebou, k hodnocení finanční stability a prosperity, nebo k hodnocení udržitelnosti stávajícího vývoje. Každý, z výše zmíněných finančních výkazů, přitom informuje management a vedení nemocnice o dílčích aspektech, trendech ve vývoji za konkrétní časový interval (zpravidla za předchozí rok). Prvním výkazem, který může sloužit k analýze současného stavu a hospodaření nemocnice, je rozvaha. Ve stručnosti pro ni platí tyto zásady:

- Rozvaha je účetní výkaz, který eviduje stav majetku a kapitálu v podniku k určitému datu.
- Majetek se nazývá aktiva a zdroje, ze kterých byl pořízen, kapitál neboli pasiva.
- Bilanční princip říká: aktiva = pasiva.
- Během života podniku se velikost položek v rozvaze stále mění, ale musí být zachován bilanční princip, což znamená, že se změna nikdy nemůže odrazit pouze v jedné položce.³⁸

Z rozvahy lze zjistit hned několik informací. Dostaneme přehled o veškerém dlouhodobém i krátkodobém majetku nemocnice, stejně tak jako přehled o jeho likviditě. Likvidita vyjadřuje schopnost daného subjektu být likvidní – převeditelný na peníze (hotovost). Sledování likvidity hraje pro manažery důležitou roli, neboť se jedná o určitou formu rezervy v případě potřeby (rychlá úhrada dluhů, splátka krátkodobých i dlouhodobých závazků apod.). Velmi nízká míra likvidity pak představuje pro dané zdravotnické zařízení nejistotu, neschopnost dostát včas svým závazkům.

Kromě sledování strany aktiv, která se v rozvaze nacházejí tradičně vlevo, je důležité sledovat i pasiva, tedy závazky a pohyb vlastního kapitálu nemocnice. Trend objevující se v českých nemocnicích velmi často je jasný – vysoká míra zejména krátkodobých závazků (mzdy zaměstnancům, odvody daní, závazky z obchodního styku apod.). Práce se závazky (zejména těmi krátkodobými) a jejich pravidelným splácením tvoří důležitou, klíčovou roli manažerů. Všimnout by si přitom měli toho, zda krátkodobé závazky nemocnice splácí včas a v jakém časovém odstupu od jejich vzniku, zda jejich množství během roku neroste a nepřevyšuje dostupný finanční kapitál (peníze na účtech a v hotovosti), nebo zda není možnost snížit tyto závazky na přijatelnější hodnotu.

³⁸ SCHOLLEOVÁ, H., *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*, s. 17

Dalším výkazem, který slouží managementu nemocnice k hodnocení zejména tokových veličin v daném časovém období, je výkaz zisku a ztrát, v ekonomickém slangu výsledovka. Výkaz zisku a ztrát zjednodušeně pracuje se dvěma pojmy – s náklady a výnosy. Výnosy v penězích vyjadřují hospodaření podniku za určitý čas, přitom výnos v daném období ještě současně nutně neznamená i příjem finančních prostředků (pouze pokud by se jednalo o platbu v hotovosti a okamžitě). Snadno se tak stane, že pokud někdo z partnerů (zdravotní pojišťovny, stát) nezplatí nemocnici za provedené výkony, ošetření, potencionální výnos z těchto úkonů bude kladný, ale reálný příjem peněz nulový – to by znamenalo, že nemocnice dané výkony dělala zdarma (což zejména z dlouhodobého hlediska nelze).

Náklad je peněžním vyjádřením spotřeby podniku – opět v závislosti na tom, zda skutečně proběhla peněžní transakce.³⁹ Problémem souvisejícím s náklady, jsou odpisy. Odpisy (zejména dlouhodobého majetku) představují ve finančních výkazech náklad. Na tom samotném by nic špatného nebylo. Jenže současně v tomto období (kdy se daný majetek odepisuje) nepředstavují výdaj (úbytek peněžních prostředků). Řada nemocnic si takto prostřednictvím odpisů uměle zvyšuje náklady, aby zvýšila roční výsledek hospodaření a nevykázala ztrátu. Skutečnost hospodaření však může být úplně jiná a i přes kladný hospodářský výsledek (náklady jsou nižší než výnosy), je nemocnice ve skutečnosti ztrátová.

Po rozvaze, která sleduje stav majetku a kapitálu v podniku, a výsledovce, která zachycuje výsledky hospodaření jako rozdíl mezi výnosy a náklady podniku, se ukazuje jako důležité mít přehled i o skutečných penězích, které do podniku přicházejí a odcházejí z něj.⁴⁰ Pro tyto účely se sestavuje výkaz cash flow – peněžních toků za určité časové období. Výkaz cash flow mezi sebou porovnává, podobně jako výsledovka, dvě veličiny. Jedná se o porovnání příjmů a výdajů. Příjmy představují skutečný tok peněz do zdravotnického zařízení v daném časovém období, přitom nezáleží na tom, zda v daném období došlo k uskutečnění placeného výkonu (příjem plateb za provedené operace po měsíci od doby uskutečnění těchto operací). Výdaje jsou reálné peníze, které z podniku odcházejí a nemusí přitom docházet ke spotřebě výrobních faktorů.⁴¹ Dlouhodobě nezvladatelná kontrola finančních toků a záporné hodnoty cash flow (příjmy jsou nižší než výdaje) mohou postupem času znamenat i samotný konec příslušné nemocnice/zdravotnického zařízení, které nebude schopné dodržovat a plnit zejména své krátkodobé závazky (vůči zaměstnancům i jiným obchodním partnerům).

³⁹ SCHOLLEOVÁ, H., *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*, s. 19

⁴⁰ SCHOLLEOVÁ, H., *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*, s. 27

⁴¹ SCHOLLEOVÁ, H., *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*, s. 27

Všechny tyto tři základní výkazy finanční analýzy umožňují managementu nemocnic získat přiměřenou, ucelenou informaci o dlouhodobém fungování, hospodaření, finanční stabilitě příslušné nemocnice. Nevýhodou těchto výkazů zůstává fakt, že nezohledňují žádných ze zdravotnických aspektů (počet ošetřených pacientů v daném časovém období, množství lůžek a jejich obslužnost apod.). Na druhou stranu z nich lze vyčíst všechny důležité ekonomické údaje, které posléze mohou sloužit k zamyšlení, návrhům, přijetím opatření ve snaze o zlepšení chodu nemocnice a zefektivnění jejího hospodaření.

2. Metodická část

V metodické části práce bych ráda přiblížila zvolený analytický (hodnoticí) postup, který jsem si vybrala a udám zde důvody, které mne k tomuto rozhodnutí vedly.

2.1 Volba metodického postupu a její zdůvodnění

Volba správného metodického postupu při hodnocení jakýchkoliv parametrů patří ke klíčovým bodům, neboť ovlivňuje konečný výsledek a s tím související splnění nebo nesplnění stanoveného cíle. V oblasti zdravotnictví máme hned několik možností, jak můžeme jednotlivé nemocnice či jiná zdravotnická zařízení hodnotit, analyzovat a porovnávat. Vzhledem k tomu, že se ve své práci snažím o zhodnocení efektivity vybraných nemocnic ve vztahu k jejich možné a dostupné kapacitě, nestačí mi pouze metody klasické, popisné, ekonomické analýzy s jejími tradičními výkazy (rozvaha, výsledovka, cash flow), ale nutí mě to sáhnout po metodě, která v sobě obsáhne jak problematikou ekonomickou, tak specifiku medicínskou. Zde bych totiž chtěla upozornit na zásadní problém, při využití nejrůznějších analýz a metod srovnávání.

V nemocnici se mezi sebou střetávají dvě skupiny profesionálů. Na jedné straně stojí zdravotníci (odborníci na poli medicíny) a ekonomové (specialisti v oblastech financí, tvorby rozpočtů, plánů). V současnosti se stále nedaří dosáhnout kýženého stavu, kdy by zejména lékaři, ale i ostatní zdravotníci, začali brát ekonomickou stránku zdravotnictví velmi vážně a snažili se jí porozumět, pochopit ji. Tento fakt znesnadňují zejména nepřesné, rozporuplné, šířené informace vytvářející dojem složitosti a nepřehlednosti. Současné vnímání a provázanost ekonomie a medicíny považují za zcela nezbytné pro provedení kvalitní analýzy jednotlivých zdravotnických subjektů. Vybrala jsem si metodu založenou na komparaci (srovnávání) souhrnných ukazatelů, tzv. „Domorazského motýla“.

2.2 Model Domorazského motýla

„Domorazský motýl“ využívá celkem dvacet dynamických (intenzivních) a osm stavových ukazatelů, které jsou zpravidla běžnou součástí výsledných ročních zpráv jednotlivých nemocnic či jiných zdravotnických zařízení. Propočet intenzivních ukazatelů a všech osmi stavových ukazatelů a jejich kombinování umožňuje lokalizaci problémových oblastí z hlediska efektivity nemocnice.⁴² Současně:

- analýza jednotlivých intenzivních ukazatelů a jejich souvislostí ukazuje možné cíle zvyšování efektivity;

⁴² PAPEŠ Z., ULRICH M., *Zdravotnická ekonomika*, s. 74

- zpětné propočty stavových ukazatelů ukazují potřebné změny kapacit a příjmů pacientů (admission, hospitalizace), tedy upozorňují na potřebné změny v nemocnici a v jejím vztahu k poptávce po zdravotnických službách.⁴³

Domorazského motýla (respektive jeho schéma) lze rozdělit do několika částí, z nichž každá koresponduje s určitými procesy, výkony v nemocnici/zdravotnickém zařízení. Základní dělení je následující:

- v horní polovině schématu (horní = hnací křídla) jsou vyobrazeny medicínské ukazatele;
- v dolní polovině (dolní = kormidlovací křídla motýla) nalezneme jejich ekonomické protějšky;
- levou polovinu tvoří statické parametry nemocnice či jiné zdravotnické instituce – ty, v jejichž rámci se odehrává život organizace;
- pravá polovina je věnována těm, jichž se život v dané instituci týká – tedy lékařům, zdravotním sestřám, pomocnému zdravotnickému personálu, pacientům a ostatním.

Charakteristiku celkového chování nemocnice lze odvodit následujícím způsobem:

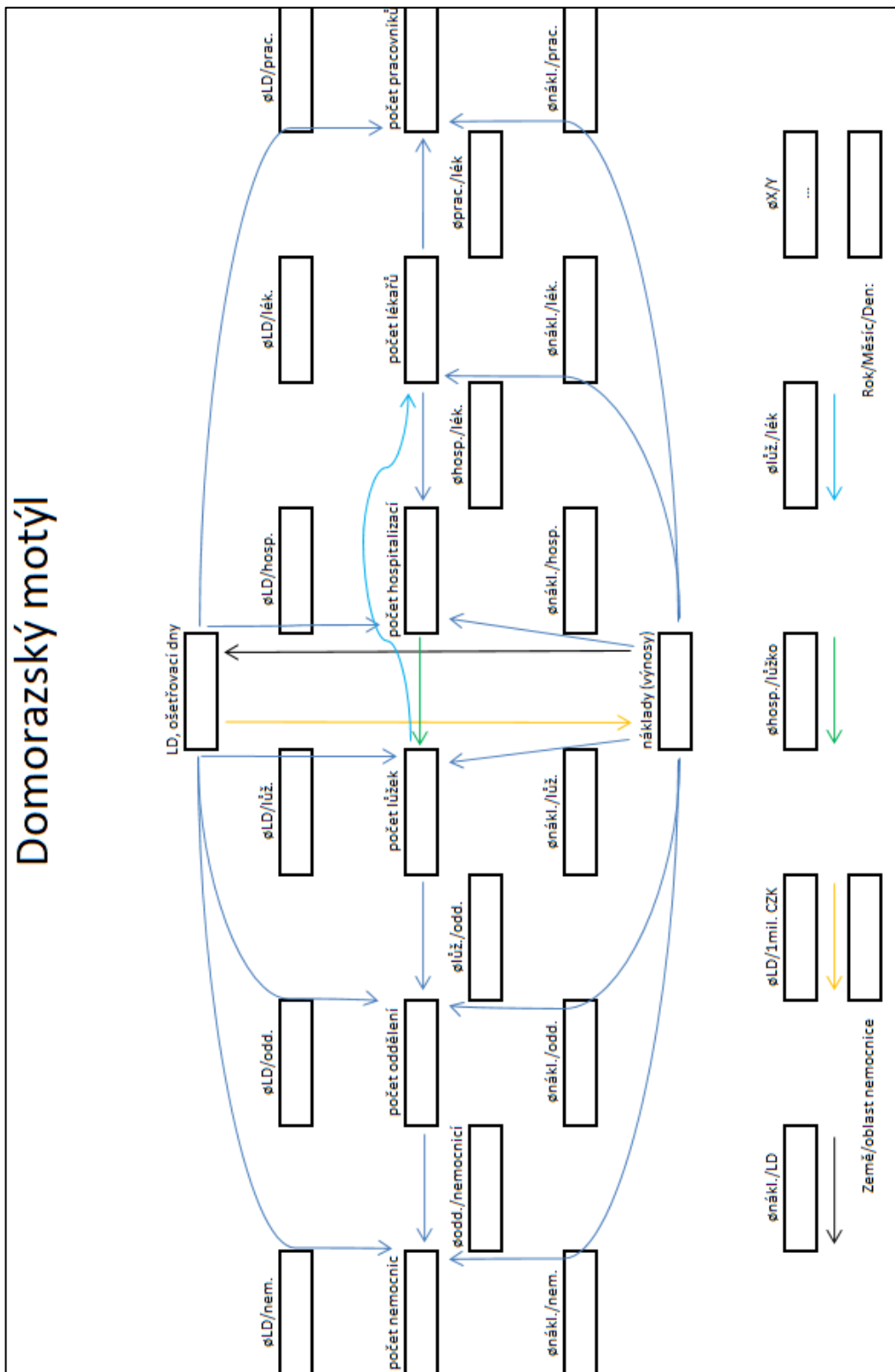
Vzhledem k přihlídnutí k jednotlivým parametrům lze říci, že levá část parametrů popisuje a charakterizuje určitou statiku nemocnice (závislost na relativně neměnném množství lůžek, počtu všech oddělení apod.). Naproti tomu pravá strana motýla určuje a signalizuje dynamiku nemocnice (vysoce proměnné množství pacientů, proměnlivost zdravotnického personálu atd.).

V horní části nacházíme stavové indikátory nemocnic/ zdravotnických zařízení a indikátory intenzity jejich života. Sem bychom zařadili například využití lůžek, průměrný počet lůžkodnů připadajících na jednoho lékaře, průměrnou ošetrovací dobu nebo počet zdravotnických pracovníků připadajících na jednoho lékaře. V dolní části nalezneme všechny stavové veličiny a z nich odvozené indikátory intenzity spojeny indikátorem čistě ekonomickým – a sice náklady lůžkových činností (respektive výnosy z nich). Tyto parametry charakterizují celkový rozsah činnosti nemocnice v korunách.

Pro hodnocení efektivity nemocnice je důležité pracovat s celým souborem indikátorů, z nichž některé u nás ještě nejsou doceněny.⁴⁴

⁴³ PAPEŠ Z., ULRICH M., *Zdravotnická ekonomika*, s. 75

Abychom si mohli model Domorazského motýla lépe představit, vkládám zde jeho schéma.



Obr. 2: Schéma Domorazského motýla, zdroj: vlastní zpracování

⁴⁴ PAPEŠ Z., ULRICH M., *Zdravotnická ekonomika*, s. 76

2.3 Přehled parametrů Domorazského motýla

Jak jsem již zmínila výše, model Domorazského v sobě skrývá 8 stavových a 21 dynamických parametrů. Vysvětlení a charakteristiku jednotlivých parametrů přikládám následovně.

STAVOVÉ PARAMETRY

LD/ošetrovací dny – tento parametr vyjadřuje celkový počet dní, ve kterých byli v daném časovém období (zpravidla v jednom roce) ošetřováni pacienti analyzované nemocnice nebo zdravotnického zařízení.

Počet pracovníků – tento údaj udává celkový počet všech pracovníků (bez ohledu na jejich funkci, pozici či vzdělání) dané nemocnice/zdravotnického zařízení.

Počet lékařů – je roven množství všech lékařů působících v nemocnici/zdravotnickém zařízení.

Počet hospitalizací – tento parametr říká, kolik hospitalizovaných pacientů měla daná nemocnice/zdravotnické zařízení v průběhu sledovaného časového období.

Počet lůžek – jedná se o celkový počet všech lůžek na všech lůžkových odděleních příslušné nemocnice/zdravotnického zařízení. Trendem českých nemocnic v současnosti je snižování počtu lůžek a lůžkových oddělení, což s sebou samozřejmě nese i příslušná rizika, komplikace, problémy.

Počet oddělení – tento parametr informuje o celkovém množství všech oddělení dané nemocnice. Patřilo by sem například dětské, interní, gynekologické, urologické, chirurgické oddělení.

Počet nemocnic – do tohoto parametru dosazujeme celkové množství sledovaných nemocnic (pokud sledujeme jednu konkrétní, logicky bude toto číslo rovno 1).

Náklady (výkony) – parametr nákladů v sobě zahrnuje všechny náklady (ekonomicky – náklad = úbytek, spotřeba ekonomických zdrojů spojená zpravidla s finančním výdejem) vydané daným zdravotnickým zařízením/nemocnicí v průběhu sledovaného období. Náklady nemocnic a zdravotnických zařízení v sobě zahrnují náklady fixní (na pronájem budov, elektřinu, topení, stálé platby) i variabilní (platby personálu, nákup materiálu včetně medikace, koupě nové přístrojové a zobrazovací techniky apod.).

DYNAMICKÉ PARAMETRY

ϕ LD/nem. – tento parametr vyhodnocuje počet ošetřovacích dnů připadajících v průměru ve sledovaném období na jednu nemocnici.

ϕ LD/odd. – jedná se o údaj informující o průměrném počtu ošetřovacích dnů připadajících na jedno (konkrétní) oddělení v nemocnici/ zdravotnickém zařízení.

ϕ LD/lůž. – informuje o průměrném počtu ošetřovacích dnů připadajících na jedno nemocniční lůžko. Dalo by se tedy říci, jak bude dané lůžko v průměru vytíženo, využito. Tento fakt může napovědět směrem k otázce, zda převažovala péče ambulantní či lůžková a zda byla kapacita lůžek dostatečně využita.

ϕ LD/hosp. – říká, kolik v průměru připadá ošetřovacích dní na množství hospitalizací (tedy průměrnou dobu hospitalizace pacienta).

ϕ LD/lék. – tento parametr poskytuje informaci o průměrném množství ošetřovacích dní vztahujících se k jednomu lékaři, tedy jak často (ve významu dní) za časový úsek (zpravidla rok) daný lékař pracoval (jak byl vytížen).

ϕ LD/prac. – parametr informuje o průměrném počtu ošetřovacích dní na jednoho pracovníka ve sledovaném čase. Dobré je využít tento ukazatel v komparaci s ukazatelem předchozím a porovnat pracovní zatížení lékařů a všech ostatních nelékařských pracovníků.

ϕ nákl./nem. – první zmiňovaný nákladový parametr dokládající informaci o průměrných nákladech připadajících na nemocnici či zdravotnické zařízení ve sledovaném období. Vyplatí se sledovat vývoj tohoto ukazatele v čase a zpětně porovnávat, analyzovat a vyhodnocovat výsledky.

ϕ nákl./odd. – průměrné náklady na oddělení. Zde by se v praxi jednalo o průměrné náklady spojené s provozem, řízením jednoho konkrétního oddělení nemocnice.

ϕ nákl./lůž. – průměrné náklady na jedno nemocniční lůžko. Jedná se o průměrné náklady spojené s „živením“ jednoho lůžka nezávisle na jeho výtěžnosti (zaplatíme je, i když bude lůžko celý rok prázdné).

ϕ nákl./hosp. – průměrné náklady připadající na jednu hospitalizaci, náklady spojené s jedinou hospitalizací v nemocnici během sledovaného období. Délka hospitalizace se nerozliší.

ϕ nákl./lék. – průměrné náklady na jednoho lékaře (zejména průměrné roční mzdy lékaře), při vydělení počtem měsíců dostaneme průměrné měsíční náklady na jednoho lékaře v nemocnici (opět platí hlavně pro mzdy, ale ve výpočtu jsou zahrnuty všechny náklady).

ϕ nákl./prac. – průměrné náklady na jednoho pracovníka bez ohledu na to, o jakého pracovníka se jedná.

ϕ nákl./LD – průměrné náklady připadající na jeden ošetřující den, na celý jeho chod, personální i materiální vybavenost.

ϕ LD/1 mil. CZK – tento parametr nám říká, kolik v průměru finančně pokryjeme ošetrovacích (léčebných) dní s rozpočtem 1 milion korun českých.

ϕ hosp./lůž. – průměrné množství hospitalizovaných pacientů připadajících na jedno zdravotnické lůžko (opět za sledovaný čas).

ϕ lůž./lék. – průměrný počet lůžek na jednoho lékaře. Lze si taky představit jako množství lůžek, o která se lékař během dané doby musí starat (pokud jsou využity kapacity a lůžka zaplněná pacienty).

ϕ odd./nemocnici – průměrný počet oddělení na jednu nemocnici.

ϕ lůž./odd. – průměrný počet lůžek na jednom oddělení. Tento faktor se na různých odděleních zpravidla značně odlišuje.

ϕ hosp./lék. – ukazatel průměrného počtu hospitalizovaných pacientů připadajících na jednoho lékaře za daný čas.

ϕ prac./lék. – průměrný počet všech pracovníků na jednoho lékaře.

Zde je nutné ještě zmínit fakt, že existuje možnost přidání si svých vlastních dynamických i parametrů (na míru, dle tradic a zvyklostí daného subjektu) specifických pro dané zdravotnické zařízení nebo nemocnici.

2.4 Přednosti metody Domorazského motýla, perspektiva do budoucna

Hodnocení efektivnosti a hospodaření nemocnic či jiných zdravotnických zařízení prostřednictvím Domorazského motýla nabízí celou řadu výhod, předností. Umožňuje zejména managementu nemocnic (ale i lékařům samotným) dále se získanými parametry pracovat, vyhodnocovat je a provádět následná opatření a vyvozovat patřičné závěry. V rámci

provádění následných analýz může management porovnávat jednotlivé výkonové parametry, hodnotit vývoj dostupných a možných kapacit či zjišťovat ekonomickou efektivnost hospodaření a finanční stability.

Jednotlivá zdravotnická zařízení/ nemocnice (s lůžkovými odděleními) se zároveň mohou porovnávat mezi sebou a to nejen v rámci České republiky, ale i v rámci dalších států (přednostně v Evropské unii).

2.5 Úvaha o respondentech

Aby byla tato metoda použitelná, platná a ne pouze teoretická, je třeba se zamyslet nad zařízeními (respondenty), kde by našla své využití a opodstatnění. Vzhledem k současnému stavu českého zdravotnictví považují využití metody Domorazského motýla za vhodné zejména u nemocnic přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví, které jsou plánovány (v návrhu) k převodu na nemocnice univerzitního typu. Jmenovitě se jedná o Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnici Ostrava, Fakultní nemocnici Plzeň, Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnici v Motole, Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze a Ústřední vojenskou nemocnici v Praze. Domorazský motýl by v tomto případě mohl sloužit nejen managementu jednotlivých nemocnic, ale současně i Ministerstvu zdravotnictví, které by tak bylo schopné:

- zanalyzovat a poté zhodnotit aktuální/ současný stav těchto nemocnic ještě před jejich převodem;
- provést návrh možných opatření k zefektivnění hospodaření a chodu daných nemocnic;
- aplikovat některé z parametrů do praxe a aktivně je začít využívat ve snaze o zlepšení finanční bilance, ještě než dojde k převodu nemocnic na nemocnice univerzitní.

2.6 Zisk podkladů pro Domorazského motýla

Podklady pro sestavení a aplikaci modelu Domorazského motýla lze v zásadě obstarat dvojitou cestou, přičemž jedna nevyžaduje oslovení samotné nemocnice, zatímco druhá ano. První možnost získání potřebných informací spočívá ve stažení veřejně přístupných výročních zpráv příslušných nemocnic za daný rok, následně důkladném pročetění těchto zpráv, vytažení potřebných dat a jejich podrobení analýze efektivnosti. Nevýhodou (zároveň i rizikem) této možnosti je fakt, že, přestože by měly všechny nemocnice a zdravotnická zařízení u nás dané

hodnoty oficiálně zveřejňovat a vykazovat, ne vždy tomu tak je. Snadno pak dojde k tomu, že i po důkladném prověření výročních zpráv, budou některé z parametrů chybět. Potom přistupuje v úvahu druhá možnost – tedy oslovení managementu příslušných nemocnic.

Oslovení managementu nemocnic by mělo proběhnout oficiální cestou – tedy dopisem. Oficiální dopis by měl obsahovat několik základních položek, a to:

- vhodné oslovení managementu nemocnice;
- představení sebe a základní nastínění důvodu dopisu;
- seznámení čtenáře (pravděpodobně pracovníka managementu) s modelem Domorazského motýla, včetně zmínění jeho výhod pro danou nemocnici, možností užití;
- žádost o poskytnutí potřebných (jinde nedohledatelných) údajů, informací nezbytných pro kompletní sestavení motýla;
- slib, že poskytnuté informace nebudou zneužity a poslouží pouze vědeckým a výzkumným účelům;
- poděkování za čas věnovaný naší žádosti, patřičné rozloučení;
- v příloze bude současně zaslán model Domorazského motýla.

2.7 Návrh oficiálního dopisu k oslovení managementu nemocnic

Vážený pane/ Vážená paní (titul),

v úvodu dopisu mi dovoluji, abych se vám představila. Jmenuji se Zuzana Ťulpová a v současnosti jsem studentkou 3. ročníku oboru Podniková ekonomika a management na Moravské vysoké škole v Olomouci. V rámci své bakalářské (nebo navazující diplomové) práce se zabývám analýzou statických a dynamických parametrů vybraných nemocnic před jejich převodem na univerzitní nemocnice. K této analýze pracuji s metodou modelu tzv. „Domorazského motýla“.

K tomu, abych ve své závěrečné práci mohla jednotlivé nemocnice zhodnotit, porovnat a zanalyzovat efektivitu jejich fungování, potřebuji vybraná data (viz příloha modelu Domorazského motýla). Většinu potřebných údajů o vaší nemocnici jsem našla ve veřejně vystavené výroční zprávě za rok 2017. Některé údaje mi však bohužel chybí. Právě onen nedostatek podkladů pro dopracování mé závěrečné práce mne vedl k tomu, abych Vás oslovila a požádala o jejich dodání. Zpracovanou analýzu Vám posléze mohu (v případě

zájmu) poskytnout, včetně přiložených doporučení, návrhů na zlepšení a zefektivnění některých procesů ve Vaší nemocnici.

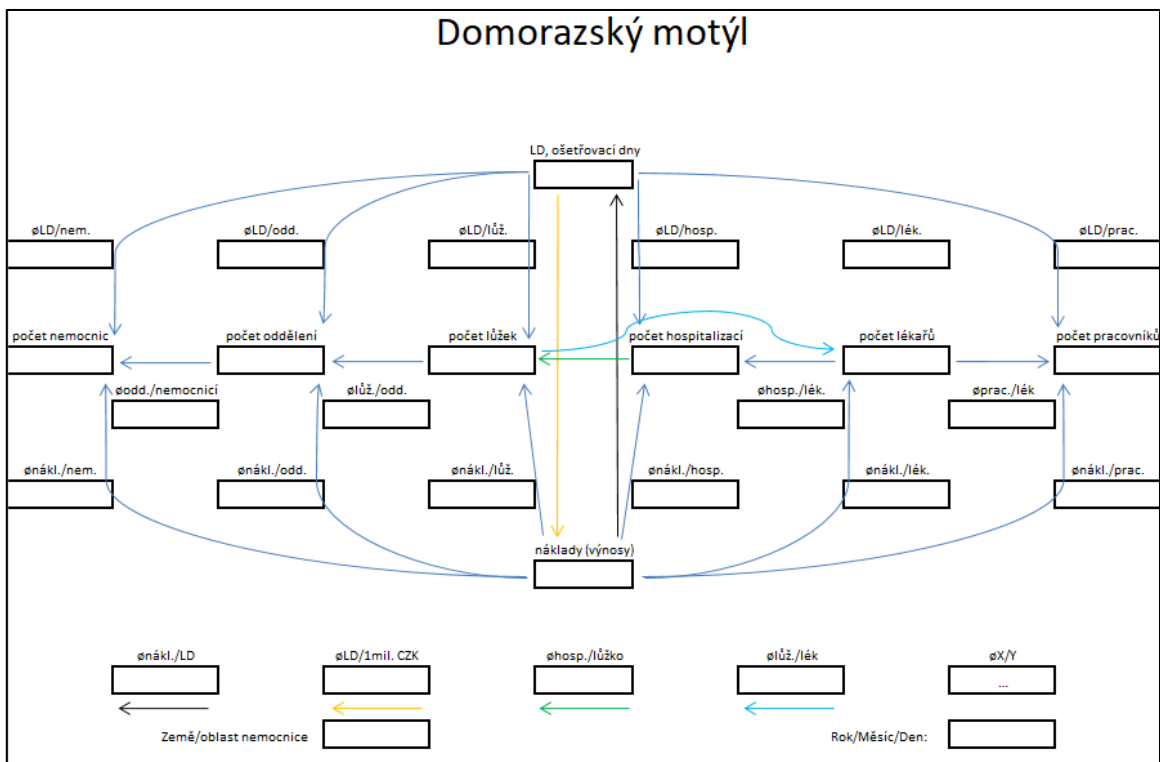
Slibuji, že poskytnuté informace budou využity pouze pro účely vědy a výzkumu, nebudou zneužity, ani nikde jinde zveřejněny. Děkuji za Váš čas i za případné poskytnutí potřebných chybějících materiálů.

S pozdravem a přáním hezkého zbytku dne,

Zuzana Ťulpová

V Olomouci dne:

Příloha: Model Domorazského motýla



3. Praktická část

K potvrzení platnosti, účinnosti a praktického využití modelu Domorazského motýla využiji příkladu jedné z nemocnic přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví, před jejím převodem na nemocnici univerzitní. Vzhledem k počtu plánovaných univerzitních nemocnic (jedná se celkem o 10 nemocnic: Fakultní nemocnici Brno, Fakultní nemocnici Hradec Králové, Fakultní nemocnici Královské Vinohrady, Fakultní nemocnici Olomouc, Fakultní nemocnici Ostrava, Fakultní nemocnici Plzeň, Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně, Fakultní nemocnici v Motole, Všeobecnou fakultní nemocnici v Praze a Ústřední vojenskou nemocnici v Praze) není v mých silách a ani v náplni a rozsahu této práce možno analyzovat a komparovat všechna tato zařízení. Právě z toho důvodu si vyberu jen jednu z těchto nemocnic a provedu u ní analýzu za využití metody Domorazského motýla.

3.1 Výběr jedné z plánovaných univerzitních nemocnic

Rozsah této práce mi dovoluje provést analýzu pouze jedné z vybraných nemocnic. Je tedy třeba zvolit kritéria, která budou ve výběru této nemocnice rozhodující. Vzhledem k tomu, že cílem každého autora je fakt, aby jeho práce byla co možná nejaktuálnější, zvolila jsem si jako první kritérium aktuálnost dostupných údajů od jednotlivých nemocnic. To v praxi znamenalo, že jsem provedla hledání maximálně aktuálních informací z výročních zpráv za rok 2017. Přestože je zveřejnění výročních zpráv povinné do dubna následujícího roku (tedy od všech nemocnic by měly být informace již dostupné), drtivá většina nemocnic tuto povinnost v okamžik vzniku této práce doposud nesplnila a chybí jejich výroční zprávy za rok 2017. Ze všech budoucích univerzitních nemocnic byly veřejně dostupné aktuální (informace k 31. 12. 2017) údaje pouze u čtyř z nich. A to u FN v Brně, FN v Hradci Králové, FN v Motole a Ústřední vojenské nemocnice v Praze.

Praktická část této práce má zanalyzovat aktuální dostupné informace a poskytnout tak návod ostatním (nejen těmto 10 vybraným) nemocnicím k tomu, aby zlepšily svoji efektivnost a hospodaření. Nezáleží tedy příliš na tom, která z těch, které zveřejnily své výroční zprávy za rok 2017, to bude. Proto jsem ve druhém kroku provedla závěrečný výběr jedné ze čtyř zmiňovaných nemocnic metodou náhodného losu. Pro všechny čtyři nemocnice jsem si vytvořila příslušné kartičky k losování, poté jsem je nechala nezávislou osobou zamíchat a nakonec jsem sama jednu z nich vylosovala. Výsledkem byl výběr Fakultní nemocnice v Motole v Praze k analýze v rámci praktické části.

3.2 Zisk dat od Fakultní nemocnice v Motole

Základem pro získání potřebných dat k analýze prostřednictvím Domorazského motýla byla výroční zpráva nemocnice za rok 2017. K mému překvapení obsahovala tato výroční zpráva všechny potřebné údaje pro vytvoření modelu motýla. Pokud by tomu tak nebylo, musela bych přistoupit k zisku interních informací oficiální cestou prostřednictvím dopisu managementu nemocnice (viz metodická část).

3.3 Sestavení Domorazského motýla pro FN Motol

Dle údajů získaných z výroční zprávy jsem vypracovala model Domorazského motýla pro FN Motol v Praze. Tento model v sobě obsahuje všech 8 statických parametrů i 20 parametrů dynamických (proměnlivých). Pro lepší přehlednost a názornost údajů, z nichž jsem čerpala, dokládám tabulku, ve které jsou přehledně jednotlivé parametry FN v Motole vypsány a uvedené.

Tab. 2: Informace dostupné ve výroční zprávě FN Motol, dostupné online, vlastní zpracování

| Stavové parametry/ 2017 | |
|----------------------------------|----------------|
| LD/ ošetřovací dny | 479 452 |
| Počet pracovníků | 5191 |
| Počet lékařů | 917 |
| Počet hospitalizací | 79 401 |
| Počet lůžek | 2199 |
| Počet oddělení | 55 |
| Počet nemocnic | 1 |
| Náklady (výnosy) [v tis. Kč] | 8 504 230 |
| Dynamické parametry/ 2017 | |
| φ LD/nem. | 479 452 |
| φ LD/odd. | 8 717,31 |
| φ LD/lůž. | 218,03 |
| φ LD/hosp. | 6,04 |
| φ LD/lék. | 522,85 |
| φ LD/prac. | 92,36 |
| φ nákl./nem. [Kč/nem.] | 8 504 229 000 |
| φ nákl./odd. [Kč/odd.] | 154 622 345,50 |
| φ nákl./lůž. [Kč/lůž.] | 3 867 316,51 |
| φ nákl./hosp. [Kč/hosp.] | 107 104,81 |
| φ nákl./lék. [Kč/lék.] | 9 273 968,38 |
| φ nákl./prac. [Kč/prac.] | 1 638 264,11 |
| φ nákl./LD [Kč/LD] | 17 737,40 |
| φ LD/1 mil. CZK | 56,38 |
| φ hosp./lůž. | 36,11 |

4. Zhodnocení Fakultní nemocnice Motol na základě získaných parametrů

Na základě získaných parametrů jsme schopni zanalyzovat efektivnost hospodaření Fakultní nemocnice Motol v Praze za uplynulý rok 2017. Z hodnot lze konstatovat hned několik faktů:

- V roce 2017 zaznamenala FN Motol ohromně vysoký počet ošetrovacích dnů/lůžkodnů (tedy lůžek, která byla přes noc obsazena pacienty) – jejich hodnota činila celkem 479 452. Toto vysoké číslo současně souvisí s poměrně vysokým počtem stálých lůžek, kterých bylo 2199. Z těchto dvou hodnot vychází i parametr dynamický, porovnávající průměrný počet lůžkodnů na jedno lůžko. Tato hodnota činí 218 a laicky by se dalo říci, že bylo každé lůžko využito v průměru 218 dní v roce. Nastává tedy otázka, zda není kapacita lůžek příliš vysoká a zdali by nebylo vhodné zvažovat redukci celkového počtu lůžek v nemocnici tak, aby se zvýšila vytíženost a obsazenost lůžek v průběhu celého roku.
- Na celkový počet hospitalizací připadalo v průměru 6 ošetrovacích dní. I když by se toto číslo nemuselo zdát vysoké, průměrné náklady na jeden ošetrovací den činily 17 737 Kč. Management, hlavně však lékaři by proto měli více individualizovat přístup k jednotlivým pacientům (resp. k jejich zdravotnímu stavu a prováděným výkonům). Je třeba si uvědomit, že každý pacient potřebuje na zotavení a zlepšení svého zdravotního stavu jiný čas), to znamená, někdo po téže operaci potřebuje tři a jiný deset dní hospitalizace. Dnešní medicína se snaží (v souvislosti s rozvojem vědy, výzkumu, technologií a dostupných možností) zachránit každého pacienta bez ohledu na jeho onemocnění. Měli bychom si však klást otázku, zda je to vždy správné a v zájmu pacientů. Tato úvaha však již překračuje rámeček této práce.
- Zajímavým se jeví faktor průměrného počtu lůžek připadajících na jednoho lékaře, který činí zhruba 2,5 lůžka. Pro pacienty je samozřejmě lepší, když se jim doktor více věnuje, poskytuje jim svůj čas a snaží se je vyléčit. Nicméně i přes tento fakt se mi toto číslo zdá celkem nízké. Nemocnice by podle mě mohla zvážit množství zaměstnaných lékařů (s tím souvisí i vysoké průměrné náklady na jednoho lékaře), nebo alespoň provádět monitoring vytíženosti jednotlivých pracovišť.
- FN v Motole má velké množství jednotlivých oddělení – celkem 55. Průměrné náklady na chod jednoho oddělení činí přibližně 154 622 345 Kč/rok. Pokud by nemocnice zvážila sloučení nebo redukci některých pracovišť (či prováděných výkonů), mohla by některé (zejména provozní) náklady ušetřit. K tomu by však byla

potřebná bližší analýza a zhodnocení ekonomické situace, hospodaření na konkrétních odděleních (snaha zejména o zachování nebo rozšíření prosperujících, ekonomicky výhodných pracovišť, která by zároveň mohla pokrýt část nákladů na provoz méně výdělečných oddělení – ta by se potom nemusela rušit).

- Jako poslední bych ráda zmínila, že nemocnice zaplatí 1 milion Kč v průměru za 56 lůžkodní/ošetrovacích dní. Když vezmeme v úvahu roční počet lůžkodní (479 452), dostaneme se v nákladech na ohromnou částku, kterou nemocnice může ušetřit jedině redukcí počtu lůžek, propuštěním nadbytečného personálu (mzdové náklady jsou jedny z největších položek vůbec) či méně častými indikacemi k okamžité hospitalizaci (pacienty průběžně sledovat, ale hospitalizaci indikovat s rozvahou, pouze v nutných případech).

5. Tabulka pro komparaci nemocnic

Analýza efektivnosti a hospodárnosti nemocnic pomocí Domorazského motýla slouží nejen k získání informací, jejich následné analýze a zhodnocení jedné konkrétní nemocnice či zdravotnického zařízení, ale poskytuje i možnost srovnání jednotlivých subjektů (nemocnic) mezi sebou. Takto lze přehledně porovnávat (zejména dle dynamických parametrů) zařízení o různé velikosti, s rozdílným počtem zaměstnanců (včetně lékařů), s jiným počtem lůžek a disponující odlišnými náklady. Aby bylo možné zhodnotit stav všech vybraných nemocnic před jejich převodem na univerzitní nemocnice, vytvořila jsem přehlednou tabulku, která po získání a doplnění potřebných dat, může sloužit k hodnocení a komparaci nemocnic za daný časový úsek (zpravidla rok).

Tab. 3: Tabulka ke komparaci vybraných nemocnic, zdroj: vlastní zpracování

| Nemocnice | FN Motol | FN Brno | FN Hradec Králové | FN Královské Vinohrady | FN Olomouc | FN Ostrava | FN Pízeň | FN u svaté Anny v Brně | VFN Praha | ÚVN Praha |
|----------------------------------|----------------|---------|-------------------|------------------------|------------|------------|----------|------------------------|-----------|-----------|
| Stavové parametry/ 2017 | | | | | | | | | | |
| LD/ ošetřovací dny | 479 452 | | | | | | | | | |
| Počet pracovníků | 5 191 | | | | | | | | | |
| Počet lékařů | 917 | | | | | | | | | |
| Počet hospitalizací | 79 401 | | | | | | | | | |
| Počet lůžek | 2 199 | | | | | | | | | |
| Počet oddělení | 55 | | | | | | | | | |
| Počet nemocnic | 1 | | | | | | | | | |
| Náklady (výnosy) | 8 504 230 | | | | | | | | | |
| Dynamické parametry/ 2017 | | | | | | | | | | |
| LD/nem. | 479 452 | | | | | | | | | |
| LD/odd. | 8 717,31 | | | | | | | | | |
| LD/lůž. | 218,03 | | | | | | | | | |
| LD/hosp. | 6,04 | | | | | | | | | |
| LD/lék. | 522,85 | | | | | | | | | |
| LD/prac. | 92,36 | | | | | | | | | |
| nákl./nem. | 8 504 229 000 | | | | | | | | | |
| nákl./odd. | 154 622 345,50 | | | | | | | | | |
| nákl./lůž. | 3 867 316,51 | | | | | | | | | |
| nákl./hosp. | 107 104,81 | | | | | | | | | |
| nákl./lék. | 9 273 968,38 | | | | | | | | | |
| nákl./prac. | 1 638 264,11 | | | | | | | | | |
| nákl./LD | 17 737,40 | | | | | | | | | |
| LD/1 mil. CZK | 56,38 | | | | | | | | | |
| hosp./lůž. | 36,11 | | | | | | | | | |
| lůž./lék. | 2,4 | | | | | | | | | |
| odd./nemocnici | 55 | | | | | | | | | |
| lůž./odd. | 39,98 | | | | | | | | | |
| hosp./lék. | 86,59 | | | | | | | | | |
| erac./lék. | 5,66 | | | | | | | | | |

6. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se snažila podat ucelený, komplexní přehled týkající se českého zdravotnictví, včetně jeho nedostatků, předností, zdrojů financování, skupin, které rozhodují či nepřímo ovlivňují tok financí do zdravotnictví, hodnocení efektivnosti hospodaření jednotlivých nemocnic. Zaměřila jsem se na problematiku vybraných fakultních nemocnic před jejich plánovaným převodem na nemocnice univerzitní a poskytla jsem nástroj (Domorazského motýla), pomocí kterého je možno jednotlivé nemocnice porovnávat, hodnotit, sledovat a na základě jeho výsledků navrhnout a přijímat adekvátní opatření. Domorazský motýl je modelem dnes takřka zapomenutým, opomíjeným, což mi přijde jako velká škoda, zejména pak protože umožňuje srovnávání nejen nemocnic mezi sebou, ale i v rámci jedné konkrétní nemocnice (srovnávání jednotlivých pracovišť, oddělení mezi sebou). Tato metoda může sloužit nejen managementu jednotlivých zařízení, ale i státním institucím a orgánům, popřípadě doktorům, kteří by tak získali přehled nad ekonomicko-zdravotnickou stránkou hospodaření nemocnice. Jako další výhodu bych potom ráda zmínila zejména snadnou přípravu (stačí program Excel), doplňování dat a obsluhu Domorazského motýla, k níž není zapotřebí žádných odborníků, tzn., že ji zvládne zpracovávat i obyčejný úředník bez nutnosti dalšího vzdělání. Poslední nespornou předností užití mnou zvolené metodiky je fakt, že pomocí ní lze hodnotit jednotlivá zdravotnická zařízení téměř online – v reálném čase, takřka ihned po zadání dat do systému. To podává managementu pravidelný přehled a poskytuje mu to možnost operativního rozhodování, přijímání potřebných opatření. Za nevýhodu metody Domorazského motýla považuji snad jen fakt, že se jedná o metodu velmi citlivou na změnu financování i řízení jednotlivých zdravotnických zařízení (například transformaci všeobecné nemocnice v LDN zařízení apod.).

V metodické části práce jsem vypracovala a poskytla kompletní metodický postup vhodný pro využití v dalším navazujícím výzkumu či následně zpracovávané závěrečné (diplomové) práci. Sama jsem metodiku Domorazského motýla v praktické části práce otestovala a použila na jedné z vybraných fakultních nemocnic (konkrétně na FN Motol pro nejaktuálnější dostupná data), neboť by použití na všech vybraných, vytipovaných nemocnicích překračovalo rámec této práce. Dokázala jsem však, že se jedná o metodu a nástroj stále platný, fungující a umožňující hodnocení a analýzu nemocnic s využitím jak parametrů ekonomických, tak parametrů medicínských. Management zdravotnických zařízení se na základě získaných informací může rozhodovat ve snaze o zlepšení a zefektivnění hospodaření daného zařízení.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

BOROVSKÝ, Juraj a Věra DYNTAROVÁ. *Ekonomika zdravotnických zařízení*. V Praze: České vysoké učení technické, 2010. ISBN 978-80-01-04485-8.

KOČUROVÁ, Lenka. *Hospodaření vybraných fakultních nemocnic v České republice*. Ostrava, 2014. Diplomová práce. Vysoká škola báňská. Vedoucí práce Ivana Vaňková.

KOTÁSKOVÁ, Šárka. *Vliv zájmových skupin na utváření hospodářské politiky*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce Tomeš Zdeněk.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.

PAPeŠ, Zdeněk a Miloš ULRICH. *Zdravotnická ekonomika: (úvod)*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0567-9.

SCHOLLEOVÁ, Hana. *Ekonomické a finanční řízení pro neekonomy*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Expert (Grada). ISBN 978-80-271-0413-0.

VÁLKOVÁ, Monika. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2015. ISBN 978-80-87023-45-7.

WAN, Thomas T. H. *Analysis and evaluation of health care systems: an integrated approach to managerial decision making*. Baltimore: Health Professions Press, c1995. ISBN 18-788-1223-8.

Nákladové analýzy a informační technologie při manažerském rozhodování ve zdravotnickém zařízení: sborník příspěvků z konference: Jindřichův Hradec 18. - 19. 9. 2003. V Praze: Oeconomica, c2003. ISBN 80-245-0556-8.

Nemocnice v České republice v roce 2013. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*[online]. Praha, 2014 [cit. 2018-06-15].

Dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/nemocnice>

Souhrnné výsledky zdravotnických účtů. *Český statistický úřad* [online]. Praha, 2018 [cit. 2018-06-15]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr>

ANOTACE

Bibliografický údaj: Ťulpová Zuzana. Porovnání stavových a dynamických parametrů českých nemocnic před převodem na univerzitní nemocnice. Olomouc 2018. Bakalářská práce. Moravská vysoká škola Olomouc.

Vedoucí práce: RNDr. Ing. Miroslav Rössler, CSc., MBA.

Název práce: Porovnání stavových a dynamických parametrů českých nemocnic před převodem na univerzitní nemocnice

Autor: Ťulpová Zuzana

Ústav: Ústav managementu a marketingu

Vedoucí práce: RNDr. Ing. Miroslav Rössler, CSc., MBA

Abstrakt: Porovnání stavových a dynamických parametrů českých nemocnic před převodem na univerzitní nemocnice

V této práci se snažím podat komplexní a ucelený přehled o českém zdravotnictví, jeho fungování, efektivnosti využívání stávajících zdrojů a hospodaření s dostupnými finančními prostředky. V teoretické části práce se zabývám otázkou zdraví a jeho důležitosti v životě člověka, dále pak vztahem zdravotnictví a ekonomie včetně problémů, které se ve zdravotnictví objevují. Zmiňuji také zájmové skupiny, které se snaží prosadit své cíle na poli zdravotnické politiky a jejich roli v ovlivňování financování zdravotnických zařízení, pracovníků, jednotlivých lékařských i nelékařských výkonů, operací, léčiv apod. Součástí teoretické části je i kapitola věnovaná lékové politice, která tvoří jednu z vůbec nejvíce financovaných částí ve zdravotnictví. Poslední část teoretické části je zaměřena na problematiku českých nemocnic, jejich problémů a na možnosti hodnocení, analýzy zdravotnických zařízení (nemocnic). V metodické části práce je vytvořena a kompletně zpracována metodika Domorazského motýla pro několik vybraných fakultních nemocnic před jejich plánovaným převodem na univerzitní nemocnice, kterou lze využít v navazující závěrečné – diplomové práci, nebo v rámci budoucího výzkumu jednotlivých zmiňovaných nemocnic. V poslední tedy praktické části práce je zvolená metodika Domorazského motýla použita v praxi na jedné z fakultních nemocnic, konkrétně na Fakultní nemocnici v Motole v Praze, s využitím dat za rok 2017. Na základě dostupných dat vložených do modelu Domorazského motýla jsem provedla zhodnocení stávající situace ve FN Motol a navrhla

možnosti řešení, které by mohly sloužit managementu nemocnice jako podklad ke zlepšení stávající ekonomické situace a vést k zefektivnění hospodaření. Jednotlivé nemocnice se tak mohou porovnávat mezi sebou navzájem, nebo odděleně hodnotit svá oddělení.

Klíčová slova: zdravotnictví, zdraví, fakultní nemocnice, univerzitní nemocnice, Domorazský motýl, statické parametry, dynamické parametry, hodnocení, efektivita

Title: Comparison of State and Dynamic Parameters of Czech Hospitals before their Transition to University Hospitals

Author: Ťulpová Zuzana

Department: Department of Management and Marketing

Supervisor: RNDr. Ing. Miroslav Rössler, CSc., MBA

Abstract: Comparison of State and Dynamic Parameters of Czech Hospitals before their Transition to University Hospitals

In this bachelor work I will provide complete and comprehensive overview of the Czech healthcare (healthcare system), its functioning, efficiency in using current sources and dealing with available financial support. In theoretical part of this work I wrote about health and its importance in people's lives, then I continue with relation between healthcare and economics, including problems which appear. I talk also about health system - interested groups which try to uphold their own goals at health politics field. I mentioned their role in influencing and financing healthcare institutions, employees, medical and non medical performances, operations, drugs and so on. There is also chapter related to drug's policy in theoretical part, because it is one of the most supported and financed parts of healthcare system in the Czech Republic. Last chapters of theoretical part are focused on Czech hospitals, their problems and possibilities of their evaluation, plus some global analysis of healthcare institutions (hospitals). In methodical part there is created and completely made method - Domoraz's butterfly for some chosen faculty hospitals before their planned transformation into university hospitals. It is possible to use this model in the next - diploma work or during future research of these mentioned hospitals. In the last part of this work - practical part, I used previously described method - Domoraz's butterfly on one of the faculty hospitals before its transition, to be specific I used this method on Faculty hospital Motol in Prag, with using data from the

last year 2017. Based on the available data which I put into Domorazs's butterfly model, I made evaluation of actual situation in Faculty hospital in Motol and I gave there some solutions which could be helpful for management of this hospital to improve their economical situation. These suggestions can also help to improve their efficiency of economy. Hospitals can compare themselves in between (with using Domorazs's butterfly model) or each of them can use their own data to compare and judge their departments.

Keywords: healthcare, health, faculty hospitals, university hospitals, Domorazs's butterfly, state parameters, dynamic parameters, evaluation, efficiency