

Technická univerzita v Liberci

Hospodářská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

1998

Lenka Tvrzníková

Technická univerzita v Liberci
Hospodářská fakulta

Obor: Podniková ekonomika

Management neziskové sféry

BO – PE – KPE - 98080

Lenka Tvrzníková

Vedoucí práce: Ing. Hynek Štor, CSc. Katedra Podnikové ekonomiky

Konzultant: Ing. Pavel Zahradníček Nemocnice Liberec

Počet stran: 43

Počet příloh: 5

Datum odevzdání: 20.května 1997

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Hospodářská fakulta

Katedra podnikové ekonomiky

Školní rok 1997/98

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

pro Lenku Tvrzníkovou

obor 62-68-7 Podniková ekonomika

Vedoucí katedry Vám ve smyslu zákona číslo 172/1990 Sb. O vysokých školách určuje tuto bakalářskou práci

Název tématu : Management neziskové sféry

Zásady pro vypracování:

Ve své bakalářské práci zpracujte:

- literární a informační průzkum z oblasti řízení organizací neziskové sféry, resp. zdravotnictví, zahraniční i tuzemské zkušenosti (fungování systému zdravotní péče, financování atd.
- popis a analýzu Nemocnice Liberec z hlediska zvolených manažerských oblastí
- návrh na možná zefektivnění činností a výsledků řízení daného systému ve zvolených manažerských oblastech
- zhodnocení vytvořeného návrhu.

KPE/PE
432, 8.8. příl.
11/147/98 H₆ (101)

Anotace

Název bakalářské práce: Management neziskových organizací

V mé práci se zabývám sektorem neziskových organizací. Především jsem se zaměřila na zdravotnictví. Popsala jsem vývoj a současný stav českého zdravotnictví. Jako příklad jsem uvedla Nemocnici Liberec. Dále jsem poukázala na zkušenosti a poznatky z amerického zdravotnictví, zde jsem jako příklad použila firmu Columbia/HCA Healthcare Corporation. Ze srovnání obou systémů vyplynuly hlavní rozdíly jednak ve financování a dále v kvalitě managementu. Z mé práce jsem dospěla k názoru, že v českém zdravotnictví chybí odborný management. Je třeba, aby pracovníci managementu se vzdělávali dle kvalitních studijních programů získaných na moderních poznatcích z příslušných oborů. Vyškolený management by snadněji řešil finanční situace s odborným přístupem. České zdravotnictví by mělo být otevřené, vícezdrojové a tím by získalo větší možnosti přílivu financí do zdravotnictví.

Executive Summary

Name: Management of Non-for-profit organizations

The purpose of my thesis was to review the economic sector of non-for-profit organizations. In this paper I primarily focused on healthcare industry. I have described the development of and the current situation in the Czech healthcare industry. As an example, I analyzed the situation in the Liberec Hospital. To compare these systems, I also described the healthcare system in the United States. I tried to highlight some similarities and differences between these two systems. As an example, I used the Columbia/HCA Healthcare Corporation of both systems revealed main differences in the areas of financing and quality of management. After analyzing both systems I came to the conclusion that the Czech healthcare environment lacks specialized management. It is necessary for managers in healthcare industry to be educated according to a sophisticated curriculum based on the contemporary knowledge in this field. Properly trained and educated management will solve the difficult financial situations of their facilities with a higher sophistication. The Czech healthcare system should be open and multi-source, which would enable a larger inflow of so much needed financial resources to the system.

Obsah

1. Úvod	9
2. <u>Neziskové organizace</u>	11
2.1. Charakteristika neziskových organizací.....	11
2.2. Formy neziskových organizací.....	11
2.3. Management neziskových organizací.....	13
3. <u>České zdravotnictví</u>	15
3.1 Zdravotnická zařízení	16
3.2 Financování českého zdravotnictví	18
3.3 Management zdravotnictví	20
4. <u>Nemocnice Liberec</u>	23
4.1. Historický vývoj nemocnice v Liberci.....	23
4.2. Plánování managementem v Nemocnici Liberec	24
4.3. Mise	24
4.4. Vize	25
5. <u>Americké zdravotnictví</u>.....	26
5.1 Financování a koncepce zdravotní péče	27
5.2 Nemocniční služby	30
5.3 Management	32
6. <u>Columbia/HCA Healthcare Corporation</u>.....	34
6.1 Úvod.....	34
6.2 Mise.....	34
6.3 Vize.....	34
6.4 Columbia a Marketing.....	35
6.5 Obchodní strategie	35
6.6 Černý rok Columbie.....	36
7. <u>Porovnání českého a amerického zdravotního systému</u>.....	37
7.1 Společné rysy.....	37
7.2 Odlišné rysy.....	37
7.3 Společné cíle.....	38
7.4 Rozdílné cíle.....	38
7.5 Společné rysy obou zemí z hlediska managementu.....	39
7.6 Rozdílné rysy obou zemí z hlediska managementu.....	39
8. <u>Závěr</u>.....	40
9. <u>Seznam použité literatury</u>.....	42
10. <u>Seznam příloh</u>	43

Seznam použitých zkratk a symbolů

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
DRG	Diagnostic Related Groups
FFS	Fee-For-Service (honorář za službu)
HCA	Healthcare Corporation
HDP	hrubý domácí produkt
Kč	Česká koruna
mil.	milion
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
obyv.	obyvatel
OECD	Organizace pro vzájemnou hospodářskou spolupráci a rozvoj
OÚ	Okresní úřad
OÚNZ	Okresní ústav národního zdraví
tab.	tabulka
tzv.	tak zvaný
USA	Spojené státy americké
USD	Americký dolar
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

1. Úvod

Motto:

Společnost zraje a manažeři s ní,
mimo jiné také tím, že hledají cesty,
jak společnost ovlivňovat tak účinně,
jako ji ovlivňují kolegové v jiných zemích.

Shortell

Sektor neziskových organizací, stejně jako mnoho jiných oblastí, se v posledních několika letech vyvíjí překotným způsobem. Stále častěji dochází k diskusím mezi představiteli státu a těmito organizacemi. Diskuse se týkají především právních úprav, sporů v oblasti financování, managementu a ekonomické průhlednosti neziskových organizací.

Neziskovou organizací je společnost, která svobodně sdružuje lidi a působí jako přirozená a nezbytná součást demokratického státu. Poskytuje služby lépe a levněji než je toho schopen stát. Není založena za účelem dosahování zisku. Neziskové organizace jsou jednou z forem uspokojování specifických potřeb občana a mají charakter i veřejného zájmu. Jejich základním rysem je dobrovolná aktivita lidí ve vymezené oblasti společenského života a veřejný zájem na nevýdělečně poskytovaných službách. V oblasti managementu těchto organizací najdeme jen velmi málo metod určených pro jejich provoz. Mají odlišný charakter provozu a potřeb vzhledem k podnikům a ziskovým institucím. Je potřeba řídit je tak, aby dosahovaly stanovených cílů, orientovaly se na vztahy s nejrůznějšími vrstvami spoluobčanů, na získávání finančních prostředků a hospodaření s nimi.

Zřejmě nejsilnější pozici mají neziskové organizace ve Spojených státech, kde tvoří nezanedbatelnou část hrubého domácího produktu (údaje se liší dle pramene od 5 - 8%)¹. V USA postupem času stále roste zaměstnanost v tomto sektoru, a to rychleji než v jiných sektorech (v letech 1977 až 1990 o 55%). V západní Evropě se podíl neziskového sektoru na HDP odhaduje na 3 - 4%, ale liší se samozřejmě podle jednotlivých zemí. Informace v celém sektoru jsou i ve vyspělých zemích velmi kusé (nejvíce údajů je dostupných v USA) a je tedy velmi obtížné přistoupit ke skutečnému srovnávání.

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na oblast zdravotnictví, jelikož je to velmi otevřené a diskutované téma. Absolvovala jsem praxi v Nemocnici Liberec a díky pobytu v USA jsem získala poznatky ze zdravotnictví i v této zemi. Proto jsem zahraniční

¹ Kinkor, J., Ekonom 29, 1994, s. 17-18.

zkušenost použila pro srovnání situace v České republice. Mou prací bych chtěla přiblížit problematiku řízení a hospodaření v současné době, poukázat na zahraniční zkušenosti z USA, a hledat východiska řešení některých problémových situací v tomto odvětví.

2.1. Charakteristika neprofitových organizací

1. Neprofitové organizace jsou založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat.
2. Neprofitové organizace nemají za účel zisk a jejich zisk je použit pro realizaci jejich cíle.
3. Neprofitové organizace jsou založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat.
4. Neprofitové organizace nemají za účel zisk a jejich zisk je použit pro realizaci jejich cíle.
5. Neprofitové organizace jsou založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat.

2.2. Typy neprofitových organizací

Neprofitové organizace jsou založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat. V České republice jsou neprofitové organizace založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat.

1. Asociace

Asociace je sdružení fyzických a právnických osob, které mají společný zájem a chtějí ho realizovat. Asociace jsou založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat. V České republice jsou asociace založeny na dobrovolné spolupráci lidí, kteří mají společný cíl a chtějí ho realizovat.

2. Neziskové organizace

V každodenním životě se setkáváme s činností nejrůznějších neziskových organizací, v ČR jich je více než 70 tisíc. Zasahují do širokého spektra lidských činností: kultury, vědy a techniky, výchovy, vzdělávání, zdravotní a sociální péče, sportu, péče o životní prostředí a řady dalších. Jedná se sice o rozmanité organizační formy, přesto jsou stanoveny jejich společné charakteristiky².

2.1. Charakteristika neziskových organizací

1. Existují nezávisle na státním aparátu. Mohou být státem finančně podporovány, právně a organizačně jsou však nezávislé.
2. Nerozdělují zisk, eventuální zisk z jejich aktivit je použit pro rozvoj organizace.
3. Jsou samosprávné, s vlastním řídicím mechanismem: v rámci určité skupiny lidí jsou stanoveny společné cíle, stanovy a zásady, případně i organizační struktura.
4. Jsou dobrovolné, tzn. zahrnují určitý prvek dobrovolnosti, ať již formou účasti na konkrétních aktivitách, nebo ve vedení organizace.
5. Slouží veřejnému prospěchu, tento znak platí pro různé typy organizací v různé míře. Některé organizace mají za cíl sloužit zájmům vlastních členů. Hlavním účelem ostatních organizací je poskytování veřejně prospěšných služeb.

2.2. Formy neziskových organizací

Každá nezisková organizace má vlastní právní úpravu zakotvenu v samostatných zákonech. Nezisková organizace by měla kromě uspokojování potřeb, také vytvářet poptávku po službách, které nabízí. V současné době neziskový sektor v ČR tvoří:

1. Nadace

Nadací se rozumí účelové sdružení majetku, které má sloužit obecně prospěšným účelům. Nejde o sdružení lidí. Je právnickou osobou. Dle zákona o nadacích a nadačních fondech platného od 1.1.1998, je stanovena výše minimálního nadačního jmění na 500 tisíc Kč. V ČR se vyskytuje 5 278 nadací³.

² Bautzová, L. - Scgliffert, M., Ekonom 11, 1998, s. 15-17.

³ Český statistický úřad, Praha 1997

2. Nadační fond

Nový typ právnické osoby dle zákona o nadačních fondech od 1.1.1998. Stejně jako nadace je účelovým sdružením majetku zřízeným pro dosahování obecně prospěšných cílů. Na rozdíl od nadace však nevytváří nadační jmění a ke své statutem dané činnosti může použít veškerý svůj majetek – jeho minimální výše není vymezena.

2. Občanská sdružení

Občanská sdružení, patří mezi nejrozšířenější neziskový subjekt. V České republice působí 33 304, takových to sdružení. Upravuje ji zákon z roku 1990 o sdružování občanů. Je právnickou osobou, fungující spíše na agenturním principu, kdy určitá aktivní skupina osob zabezpečuje obecně prospěšné činnosti pro ostatní – pasivní členy sdružení. Patří sem spolky, svazy, hnutí, kluby a jiná sdružení.

3. Obecně prospěšné činnosti

Je to nový subjekt s účinností od 1.1.1996. Jeho podstatou je poskytování obecně prospěšných služeb či věnování prostředků na obecně prospěšné cíle. Jde o soubor institucí, existujících vně státního sektoru, avšak sloužících převážně k uspokojování veřejných zájmů. Svou činnost vykonávají za předem stanovených a pro všechny uživatele stejných podmínek. Jsou otevřeny předem neomezenému okruhu adresátů. Tyto subjekty by měly vznikat zejména v oblastech, v nichž trh tradičně selhává, to je v oblastech veřejně prospěšných statků, které nelze na trhu dobře prodávat (ekologie, sociální služby, etnické skupiny ve školství,...). Musí zveřejňovat výroční zprávu s přesně stanoveným obsahem.

4. Rozpočtové a příspěvkové organizace

Jsou to veřejnoprávní subjekty, které jsou zřizovány příslušným státním orgánem – ústředními orgány, okresními úřady, popřípadě zákonem k plnění úkolů státu v oboru své působnosti. Tyto organizace působí především v oblasti školství, zdravotnictví, kultury a státní správy.

Rozpočtové organizace – jsou napojeny na státní rozpočet veškerými příjmy a výdaji, to znamená, že veškeré příjmy odvádí do rozpočtu zřizovatele a veškeré výdaje provozní i investiční povahy jsou hrazeny zřizovatelem. Zabezpečují obvykle takové služby (například obranu, bezpečnost), které jsou poskytovány bezplatně nebo za symbolickou úhradu. Dosahují tedy velmi malých vlastních příjmů.

Příspěvkové organizace – jsou napojeny na státní rozpočet pouze finančními vztahy, mohou vlastní příjmy použít samostatně a financovat z nich částečně své náklady. Poskytují své výkony za úplatu nižší, než jsou náklady na jejich zajištění, a proto musí dostávat k zajištění své existence příspěvek z rozpočtu zřizovatele. Protože však zřizovatelem je vždy orgán veřejné správy, jsou tyto organizace nutně na něm závislé. Mají vyšší míru samostatnosti než-li rozpočtové organizace.

5. Církve a náboženské spolky celky

Zřizované dle zákona o svobodě náboženské víry, postavení církví a náboženských společností.

6. Veřejnoprávní instituce a státní fondy

Jsou zřizovány zvláštními zákony, jejichž součástí je i specifická úprava pravidel hospodaření. Jsou to organizace zřizované a spravované státem (Státní fond kultury apod.)

Mezi méně typické neziskové organizace patří družstva, v současnosti jich působí 6642, zřízená k neziskovým účelům a zájmová sdružení právnických osob, kterých je 656.

2.3. Management neziskových organizací

K dosažení žádoucí úrovně a účinnosti působení neziskových organizací je třeba nejen vznik, organizační uspořádání a fungování těchto organizací, ale v neposlední řadě také vedení a řízení. Právě vedení a řízení by se měl věnovat management a jeho pracovníkům by se měla věnovat větší pozornost.

Vedoucí, jako vůdčí osobnost v neziskové organizaci, které je přisuzována prvořadá úloha a odpovědnost, musí mít nejen potřebné znalosti a způsobilost správně rozhodovat, ale i morální a psychické vlastnosti, které mu umožní přesvědčovat a vést spolupracovníky, umět je nadchnout pro dosažení cílů. Jeho nejdůležitějším úkolem je zasadit se o to, aby každý z jeho spolupracovníků znal smysl své role v organizaci a ztotožnil se s ní. Vést především znamená cílevědomě dosahovat výsledků. Jde o činnost spočívající ve

schopnosti správně stanovit priority neziskové organizace a v případě nutnosti včas určit nový směr, přebudovat organizaci, opustit vše zastaralé a neproduktivní. Důležité je předvídat krizi a zabránit jejímu vzniku, pochopit, že změna je důležitá a je předpokladem k úspěšnosti dalšího vývoje. Vedení neziskové organizace musí vypracovat pracovní plán, stanovit si cíle a časový rozvrh. Velmi důležitý je také informační tok od výkonných pracovníků směrem nahoru k vedoucím a naopak. Tento informační tok je nesmírně důležitý, neboť nezisková instituce, je institucí kde se všichni neustále učí. Při řízení lidí musí být neustále kladen důraz na výkonnost. Často diskutovanou otázkou řízení neziskových organizací je strategie, která umožňuje přeměnit jejich poslání a cíle ve výsledky. V různých souvislostech se zdůrazňuje význam strategie pro získávání finančních prostředků, pro vyhledávání spolupracovníků a pro koncepci výcviku dobrovolníků, také pro marketing, programové změny i pro celý management. V tomto smyslu je důležitá práce manažerů, kteří musí mít jasnou představu účelu organizace. Potom jsou schopni stanovit směr organizace a činit úsudky mezi různými požadavky. Strategičtí manažeři neziskových organizací pomocí strategie vyvolávají pocit důvěry u veřejnosti.

V úrovni organizovanosti a řízení je nutné se také věnovat problematice vztahu mezi vedením a dobrovolnými pracovníky, rozvoj psychických, morálních a kulturních vlastností celku i každého jednotlivce. Neboť práce každého jednotlivce se odráží ve výsledku celé organizace. Neziskové instituce sami vědí, že potřebují řízení právě proto, že neusilují o tradiční finanční zisk. Uvědomují si, že se musí učit využívat řízení ve svůj prospěch, aniž by se staly jeho obětí. Je jim jasné, že potřebují řízení, aby se mohly soustředit na své poslání.

V této kapitole jsem popsala činnost a uplatnění, charakteristiku, složení a strukturu neziskových organizací. Zároveň jsem poukázala na důležitost managementu. Neziskové organizace zasahují do širokého spektra lidských činností. V mé práci jsem se dále zaměřila na oblast zdravotnictví, která je v současné době velmi diskutovaná.

3. České zdravotnictví

Zdravotnictví je souhrn služeb a aktivit k ochraně a podpoře zdraví, které si občan nezabezpečuje zcela sám. Zajišťuje je pro něho stát či veřejné instituce. Snahou zdravotnictví je poskytnout takové služby občanům, které vedou ke zkvalitnění a prodloužení života občanů. Napomáhá zmírnit negativní vlivy prostředí, následky nemocí, otrav a úrazů. Životní styl a návyky mají vliv na 50% zdraví člověka. Samotné zdravotnictví se na zdravotním stavu obyvatel podílí asi 15%. Do zbylých 35% vlivů na zdraví patří například životní prostředí, podnebí a dědičnost.

V České republice ve zdravotnictví dominují příspěvkové organizace, zřizované státem (ministerstvem zdravotnictví, okresními úřady) nebo městy. Tyto organizace podléhají jednotným daňovým pravidlům a poskytují zdravotnické služby.

Výdaje na české zdravotnictví vzrostly za uplynulých sedm let 3 - 4 krát. Nárůst vznikl především na základě otevření se české ekonomiky světu, možnostem dovozu kvalitní zdravotní techniky a léčiv z vyspělých zemí. Toto umožnilo zavedení nových pokrokových léčebných metod a postupů především v operativě. Což sice vedlo k nárůstu nákladů do zdravotnictví, ale také ke zkvalitnění zdravotnických služeb, k podstatnému zkrácení doby hospitalizace a především ke zkvalitnění života pacientů. Postupnou reorganizací českého zdravotnictví, privatizací (především v ambulantní části), hospodárnějším využíváním a snižováním počtů lůžek snížila ČR svůj podíl zdravotnických výdajů na HDP z 7,6% (1995) na 6,77% (1996)⁴. Bilance financování českého zdravotnictví se přibližují světu srovnatelnému podílu HDP 8-9%, s výjimkou USA, kde zdravotnické výdaje tvoří 14,2% HDP (1995).

Zdravotnictví bylo až do roku 1992 financováno výhradně ze státního rozpočtu s drobnou spoluúčastí pacienta (poplatky za recepty, a jiné). Od roku 1992 působí v ČR zdravotně pojišťovací systém. V této době nebyl omezen počet vzniku nových pojišťoven, vzniklo jich 27. V důsledku nedostatečných pravidel pro jejich vznik a chybným hospodařením, špatnými investicemi (nadstandardní služby,...) a vysokými náklady se jejich počet zredukoval na 16, v současné době působí 10 zdravotních pojišťoven. Další chybou

⁴ Zdravotnická ročenka ČR 1996, ÚZIS, 1997

financování zdravotnictví bylo zavedení výkonového systému, kde výkony lékaře byly hodnoceny body. Proto docházelo ke spekulacím a nadhodnocování výkonů. Ministerstvo zdravotnictví na původní chybu nedokonalosti systému reagovalo snižováním hodnoty bodu. Tato opatření byla nefunkční a vedla k ohrožení finančních úhrad zdravotních pojišťoven zdravotnickým zařízením a vlivem nízké hodnoty bodu ve srovnání se skutečnými náklady na jednotku výkonu, vznikla platební neschopnost v nemocnicích i v jiných zdravotnických zařízeních. V současné době vykazuje ztrátu zhruba osmdesát procent nemocnic.

V letech 1993-1995 docházelo k rozpadu bývalých velkých celků (OÚNZ), což umožnilo vznik samostatným privátním zdravotním subjektům. K vzniku těchto subjektů také napomohl výkonový systém financování zdravotnictví.

V období druhé poloviny roku 1997 dle návrhu Ministerstva zdravotnictví došlo ke změně systému financování zdravotnictví z výkonového na paušální. Financování zdravotnického zařízení dle tohoto systému vychází z průměru financí za předešlé „rozhodné“ období. Ani tento systém není dokonalý a v průběhu druhé poloviny roku 1998 se uvažuje o zavedení systému DRG⁵, spočívajícím v rozdělení pacientů do skupin (asi 640) podle určitých kritérií. Hlavním kritériem jsou náklady vynaložené na léčení. Důležitou roli zde hrají tzv. váhy jednotlivých diagnostických skupin, což jsou čísla které vyjadřují kolikrát jsou náklady na léčení průměrného pacienta jedné diagnostické skupiny větší či menší než u pacienta u skupiny jiné. Tento systém je srovnatelný se systémem používaným v USA.

České zdravotnictví můžeme dle péče rozdělit do několika částí – viz. příloha 1. Příloha 2 znázorňuje vzájemné vztahy mezi organizacemi podílející se svou činností ve zdravotnictví v ČR. Jak schéma znázorňuje nejdůležitějším článkem je pacient.

3.1 Zdravotnická zařízení

Proces rozštěpení větších zdravotnických zařízení na menší a menší funkční celky se v 1. polovině letošního roku téměř zastavil. V 1. pololetí 1997 vzrostl počet samostatných právních subjektů v resortu zdravotnictví na 23 087 (nárůst o 130 proti roku 1996), počet

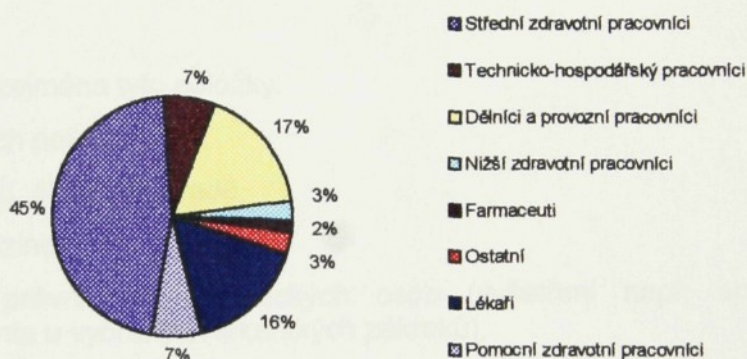
⁵ RNDr. J.Němec, Zdravotní noviny 35, 1997, s. 18.

zdravotnických zařízení v nich začleněných vzrostl na 24 284 (nárůst o 259 proti roku 1996). Z celkového počtu zdravotnických zařízení je:

- **státních** 809 (z toho 150 přímo řízených MZ)
- **nestátních** 23 475 (316 spravováno městem či obcí, 23 159 privátních)

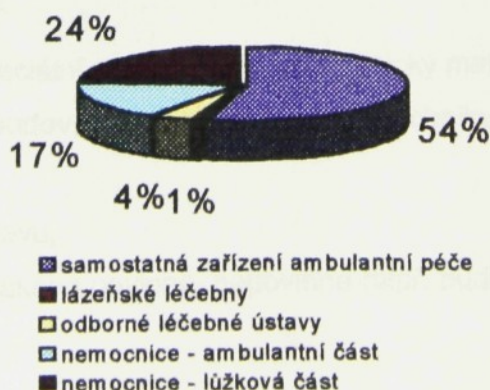
Samostatné ordinace lékařů, představovaly téměř 3/4 všech zdravotnických zařízení. Zajímavá je struktura všech pracovníků v rezortu zdravotnictví⁶, kterou nám ukazuje následující graf. Lékaři z celkového počtu zaujímají 45%, což je poměrně velké procento.

Struktura pracovníků v rezortu zdravotnictví podle kategorií



Úhrnný počet lékařů pracujících v rezortu zdravotnictví činil k 30.6.1997 36 257. V nestátním sektoru pracovalo 61 % všech lékařů (22 078). Podle druhů zařízení, lékaři vykazují poměrně velké rozdíly v podílu jejich zastoupení, dle následující grafu. Největší

Struktura počtu lékařů podle druhu zařízení



⁶ Síť zdravotnických zařízení 1996. ÚZIS ČR 1997

počet lékařů zaujímá postavení v ambulantní péči samostatných zařízení, potom s větším odstupem následují nemocnice, dále léčebné ústavy a lázeňské léčebny.

3.2 Financování českého zdravotnictví⁷

Náklady na zdravotnictví zůstávají i nadále dominantní spornou otázkou. Tyto náklady neustále narůstají bez ohledu na řadu regulačních opatření zaváděných ve snaze o zastavení tohoto trendu. Na vrub samotné zdravotní péče nyní připadá více než 6,7 % HDP a náklady vytrvale rostou. Tyto fakta způsobují velké starosti vládě, pojišťovnám, spotřebitelům i zaměstnavatelům.

Nyní popíši příjmovou a výdajovou stránku českého zdravotnictví:

Příjmy

Na příjmové straně jsou zejména tyto položky:

- úhrady zdravotních pojišťoven,
- dotace od MZ, OÚ, obecních úřadů,
- příjmy za léčbu cizinců,
- léčení v zájmu právnických a fyzických osob (vyšetření např. sportovců či spoluúčast pacienta u vybraných lékařských zákroků),
- sponzorské dary,
- tržby z nadstandardních pokojů,
- tržby z hospodářské činnosti nemocnice (např. další prodej léků, pronájem objektů).

Výdaje

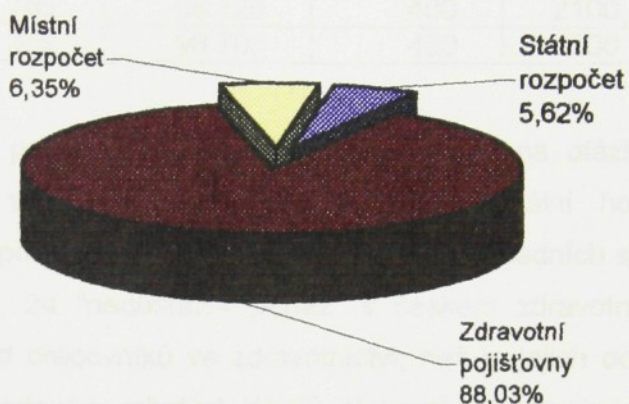
Na výdajové straně jsou zejména tyto položky :

- mzdy,
- léky,
- náklady na speciální a všeobecný zdravotnický materiál,
- investice (do budov, zdravotní a výpočetní techniky),
- energie,
- náklady na stravu,
- pojištění (ze zákona povinné, nepovinné-např. budov).

⁷ PhDr. Jan Stráský, Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha 1996

Jak už jsem výše uvedla je zdravotní péče financována jednak zdravotními pojišťovnami z vybraného pojistného, jednak ze státního rozpočtu a také místním rozpočtem, do kterého patří účast pacientů, sponzorské dary a jiné. Graf nám ukazuje jednotlivé podíly v celkových výdajích na zdravotnictví⁸ v roce 1996.

Výdaje na zdravotnictví, 1996



Následující tabulka představuje zjednodušenou bilanci vývoje výdajů na zdravotnictví od roku 1970 do roku 1996 (v mil. Kč)⁹:

Rok	Výdaje celkem	Veřejné rozpočty	Zdravotní pojišťovny		Výdaje 1 obyv. v Kč
			Celkem	Zdrav. péče	
1970	8 426	8 426			859
1975	12 374	12 374			1 230
1980	15 177	15 177			1 470
1985	19 962	19 962			1 931
1990	30 052	30 052			2 900
1991	38 223	38 223			3 708
1992	43 552	43 552	32 479	32 023	4 221
1993	69 262	13 027	56 235	52 290	6 705
1994	81 136	13 791	67 345	63 633	7 850
1995	92 382	15 076	77 306	74 115	8 942
1996	97 200	12 200	85 000	81 500	9 400

⁸ Statistická ročenka ČR, Praha 1997

⁹ Zdravotnictví ČR 1995 ve statistických údajích, ÚZIS 1995

Ministerstvo zdravotnictví provedlo vlastní zjištění finančních toků od roku 1995 do 1997, přičemž sleduje na víc ještě sponzorské dary, platby zaměstnavatelů a účast pacienta, jak ukazuje následující tabulka¹⁰.

Rok	Celkem	Veřejné rozpočty	Zdravotní pojišťovny	Platby zaměstnanců	Sponzorské dary	Účast Pacientů
1995	101 106	14 520	77 306	350	2400	6 530
1996	113 083	14 785	88 128	400	2100	7 670
1997	128 982	15 359	98 703	450	1800	12 670 ¹¹

Uvedené údaje potvrzují, že není lehké odpovědět na otázku, kolik stojí české zdravotnictví. Zhruba však ukazují, že náklady (v nominální hodnotě) na české zdravotnictví vzrostly v posledním čtvrtstoletí 12 - 15x a v posledních sedmi letech více než třikrát. Je třeba dodat, že "nedostatek peněz" v českém zdravotnictví se promítá do pomalejšího růstu mezd pracovníků ve zdravotnictví, než je jejich očekávání, což má za následek radikalizaci především mladých lékařů, stavovskou nespokojenost starších lékařů, lokální nedostatek kvalifikovaného zdravotního personálu a absolutní nedostatek pomocného zdravotního personálu, kde nabízená mzda zůstává na trhu práce v některých oblastech ČR pod úrovní zájmu, práci tohoto typu.

3.3 Management zdravotnictví

V současné době se celkově odborníci shodují, že ve zdravotnictví chybí především vzdělání manažerů, kteří by rozuměli specifické problematice této oblasti. Dobrý manažer by měl lékařům připravit podmínky pro práci. K tomu není nutné medicínské vzdělání, ale především vztah k tomuto odvětví. Manažer by měl být schopen přesně zmapovat trh a vypracovat marketingové studie nabídky a poptávky konkrétních nedostatků zdravotnických zařízení v různých oblastech, a tak umožnit lékařům snadnou orientaci na trhu soukromé praxe. Působení dobrých manažerů jako poradců ve státní správě a ve vedení nemocnic by lépe pomohlo řešit jejich současnou problematiku.

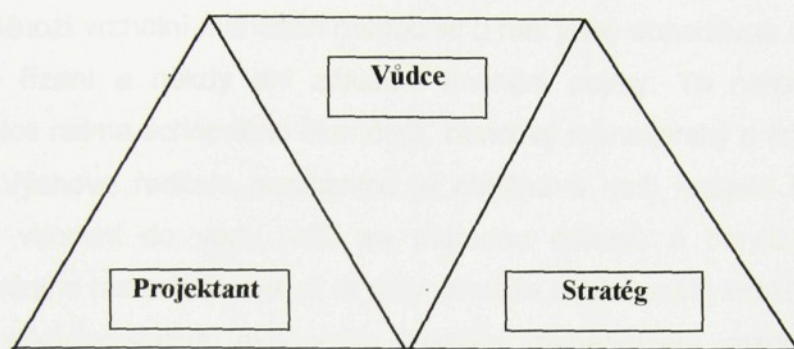
Role manažera ve zdravotnictví spočívá v zabývání se pracovními postupy, provozem, procesy a strukturami organizací a ve zvažování oboustranné interakce mezi

¹⁰ Ministerstvo zdravotnictví, ÚZIS 1998

¹¹ nárůst je způsoben zavedením nemocničních a návštěvních tax

organizacemi a okolním prostředím. Manažeři zdravotnických organizací musí řídit tyto organizace novými způsoby a soustředit pozornost na vnější prostředí a na jeho vztahy vůči organizaci a současně věnovat pozornost jejím vnitřním potřebám. Role manažerů ve zdravotnictví jsou rozděleny do tří kategorií, jak ukazuje následující schéma.

Triáda manažerských rolí¹²:



Jako konstruktér/projektant musí manažer dbát na strukturu a vnitřní provoz organizace. Jako stratég se manažer zabývá adaptací organizace vůči jejímu okolí. Jako vůdce se manažer snaží nabídnout organizaci perspektivní vizi a strategický směr.

Manažer jako projektant:

Manažer jako konstruktér/projektant má za úkol se zabývat organizační strukturou, inovací a změnami, řízením produkčních funkcí, sledováním nákladů, informačními systémy, neustálým zlepšováním kvality, řízením lidských zdrojů a měnícími se rolemi a vztahy mezi profesionálními pracovníky a vedením.

Manažer jako stratég:

Manažeři v úloze stratégů musí brát v úvahu vztah mezi organizací a okolním prostředím. Musí si udržovat neustálý přehled umožňující identifikovat a vyhodnocovat vývoj a změny, které mohou ovlivnit organizaci i její klíčové osoby. Tento přístup je zvláště významný v dobách reform celkového systému zdravotnictví. Manažeři zde také fungují jako obhájci organizace a obyvatel, kterým tato organizace slouží. Při sledování a vyhodnocování okolního prostředí by si manažeři měli rozšířit svůj pohled na širší kontext. Neboť i když se zdravotnictví vyznačuje mnoha jedinečnými atributy, má mnoho podobného s ostatními hospodářskými odvětvími. Proto mohou načerpat poznatky a poučení z pozitivních i negativních výsledků, jakých dosáhly tyto jiné obory (například bankovníctví).

¹² Zuckerman, H.S.: Hospital and Health Services Administration. New York 1989

Manažer jako vůdce:

V úloze vůdce/vedoucího musí manažer usilovat o transformaci organizace tak, aby vyhovovala novým realitám. Manažeři by měli mít široký rozhled a dlouhodobou perspektivu a usilovat o to, aby organizace nabývala průběhem času na své hodnotě.

Mnozí vrcholní manažeři nemocnic u nás ještě donedávna neznali základní finanční nástroje řízení a někdy ani základní finanční pojmy. To nelze eliminovat tím, že si nemocnice najme schopného ekonoma, rámcový manažerský a finanční náhled musí mít i ředitel. Výchova ředitele nemocnice je obtížná a naši ředitelé byli v mnoha případech doslova vhozeni do vody, učili se metodou pokusů a omylů. V USA trvá příprava nemocničního manažera dva až tři roky, protože zabírá velmi široké pole – obchodní právo, zdravotnická legislativa, ekonomika, finanční management, mzdová oblast, zdravotnická dokumentace, zdravotnická technologie a její ceny na trhu, léková problematika.

Do ČR se dostává i mnoho zahraničních zkušeností, ale pro vzdělávání našich ředitelů je dosud asi nejvhodnější specifický český program. Některé programy můžeme částečně převzít, ale mnoho prvků našeho zdravotnického systému je natolik specifických, že na ně nelze zahraniční zkušenosti aplikovat (např. vztahy zdravotnických zařízení ke zdravotním pojišťovnám - vykazování, placení, opravné dávky). V ČR je nedostatek dobrých zdravotnických manažerů, proto byl mimo jiné na jaře roku 1997 otevřen v Jindřichově Hradci studijní obor management zdravotnických služeb na Fakultě managementu Jihočeské univerzity. Jedná se o bakalářské studium, trvající sedm semestrů. Studijní program se sestává přibližně z patnácti ekonomicko-manažerských a stejného počtu zdravotnických předmětů. Přednáší se například zdravotnická politika a systémy, právo pro manažery, organizace a řízení zdravotních zařízení, ekonomie a financování zdravotní péče, marketing zdravotnických služeb, kvalita zdravotní péče, daně, ale i etika ve zdravotnictví.

Jak ukázala třetí část mé práce, české zdravotnictví je stále otevřeným problémem. Z mého pohledu do vývoje transformace zdravotnictví je patmo, že zdaleka není ukončena. Velkým problémem není jen zmíněné financování zdravotnictví, ale především management, který zde stále chybí. Z českého zdravotnictví uvádím jako příklad Nemocnici Liberec, která patří mezi největší v našem regionu.

4. Nemocnice Liberec

Nemocnice Liberec je státním zdravotnickým zařízením a má vlastní právní subjektivitu. Je právnickou osobou, kterou zastupuje a jejím jménem jedná ředitel. S touto organizací jsem měla příležitost se setkat blíže, když jsem zde vykonávala svou praxi a zdejší zaměstnanci mě ochotně seznamovali s ekonomickými pracovišti v nemocnici.

4.1. Historický vývoj Nemocnice Liberec

Nemocnice, která vznikla jako pátá v Čechách, byla slavnostně otevřena a uvedena do provozu 1.4.1848 s oficiálním názvem Stephans - Hospital in Reinchenberg (pojmenováno po arcivévodovi Štěpánovi, tehdejšími místodržícími v Čechách). Dne 1. září 1859 se jí dostalo takzvaného práva veřejnosti (označení pro veřejnou nemocnici). Svým rozsahem, počtem lůžek, odborných oddělení a specializací odborných služeb byla již tehdy největším zdravotnickým zařízením v regionu. Roku 1900 měla nemocnice již 310 lůžek a patřila k největším v zemi.

Po listopadu 1989 došlo k výrazným provozním a organizačním změnám. V zájmu zefektivnění činnosti a zlepšení hospodaření nemocnice byl v letech 1992-1996 výrazně snížen počet lůžek a některá oddělení se podle příbuznosti oborů přestěhovala do společných prostor.

V současné době zaujímá Nemocnice Liberec svým rozsahem a kvalitou poskytované péče postavení výrazně nadregionálního zdravotnického zařízení. Nejbližší podobné nemocnice jsou vzdáleny nejméně sto kilometrů - Ústí nad Labem, Praha, Hradec Králové. Zřizovatelem Nemocnice Liberec je Okresní úřad. Zřizovací listina byla vydána dne 1.7.1997. Nemocnice Liberec je na základě statutu zařazena jako Příspěvková organizace. Vzhledem ke své velikosti a velkému počtu odborných oddělení je nemocnice rozdělena do departmentů (viz. příloha 3).

4.2. Management Nemocnice Liberec

Management Nemocnice Liberec tvoří ředitel, který je statutárním zástupcem organizace, dále lékařský, ekonomický, technický náměstek a náměstek pro ošetrovatelskou péči. Pro zlepšení chodu a hospodárnosti Nemocnice Liberec se management v roce 1997 rozhodl sestavit „**plán hospodaření**“. Do té doby byla rozpočtová pravidla sestavována pouze z hrubých čísel velmi úzkou skupinou lidí, která neměla dostatečné informace a přehled o skutečné situaci v hospodaření nemocnice. Plán byl většinou sestavován až v daném fiskálním období nikoli předem, což také muselo vést k nevhodnému hospodaření. Neexistovala kvalitní datová analýza, do procesu plánování nebyli zapojeni zdravotníci, jejichž zkušenosti jsou pro hospodaření nemocnice důležité. Plán byl sestavován pouze se zaměřením na investice, nepočítalo se s analýzou zdrojů, cash flow, marketingem, konkurencí, kontrolou ani personalistikou. V plánu se nepočítalo ani s novými zdravotními technologiemi.

V novém plánu hospodaření v roce 1997 se management nemocnice zaměřil zejména na :

- co nejpresnější odhad provozních nákladů,
- přesnost předpovědi objemu výnosů,
- skromnost investic z vlastních zdrojů,
- možnost kombinace plánu a zainteresovanosti na hospodářském výsledku,
- nenásilnost zavádění procesu plánování do standardních postupů v organizaci.

Pro vypracování plánu hospodaření byly sestaveny 3 materiály, které jsou uvedeny v příloze 4.

Plán hospodaření nemocnice vedený managementem, se v praxi osvědčil. Liberecká Nemocnice patří mezi málo zadlužené nemocnice v České republice. I když se domnívám, že je stále třeba co zdokonalovat. Tento vytvořený plán má dobré myšlenky i záměr, ale ve skutečnosti není dostatečně realizován. Je třeba, aby manažeři měli neustálý přehled o situaci na jednotlivých útvarech i o celém hospodaření nemocnice, aby byli schopni přizpůsobit se změnám v různých situacích.

4.3. Mise

Misí Nemocnice Liberec je dobrá spolupráce celého týmu lékařů jednotlivých departmentů a ostatních zaměstnanců při poskytování služeb a zdravotní péče na vysoké odborné úrovni.

4.4. Vize

Nadále si udržet přední místo mezi nejlepšími nemocnicemi v ČR. Nabízet informace, např. v médiích (regionální vysílání televize), tisk či domácí stránkou na Internetu, kde se široká veřejnost dozví o informacích a službách, které nemocnice poskytuje. Za pomoci špičkové zdravotní techniky odvádět kvalitní zdravotní péči pro občany nejen libereckého regionu.

V letošním roce, kdy Nemocnice Liberec oslavuje 150. výročí od jejího vzniku, můžeme říci, že je právem řazena mezi přední zdravotnická zařízení v naší republice. Po odborné stránce jsou zde zastoupeny všechny zdravotnické obory. V oblasti financování patří Nemocnice Liberec mezi nemocnice v naší republice které jsou zadluženy jen málo a to především platební neschopnosti zdravotních pojišťoven. Management nemocnice zavedl úsporná opatření a jejich pravidelné vyhodnocování. Na základě výsledků hospodaření oddělení jsou primáři hmotně zainteresováni. Nejen pomocí tohoto opatření se daří managementu výsledky hospodaření stále zkvalitňovat.

5. Americké zdravotnictví

Spojené státy vydávají na služby zdravotní péče více peněz než kterýkoliv jiný stát na světě. V roce 1995 činily celkové výdaje na zdravotní péči téměř 1 trilion USD¹³. V přepočtu na osobu výdaje činily zhruba 3,700 USD, což je dvojnásobek průměru ostatních zemí OECD. Tyto výdaje jsou financovány komplexní směsicí veřejných plátců (federální vláda, vlády států, místní správa), jakož i soukromým pojištěním a individuálními plátcí. V USA neexistuje žádný jednotný celostátní systém zdravotního pojištění. Podrobný popis pojistných systémů spolu s vládními programy financování zdravotnictví naleznete v kapitole Financování a koncepce zdravotní péče.

Zdravotní služby poskytuje volně strukturovaný výkonný systém na místní úrovni. Nemocnice se mohou otevírat a rušit podle zdrojů komunity, preferencí a na základě vlivu otevřeného trhu nemocničních služeb. Rovněž lékaři si mohou zřídit praxi v kterémkoliv zvoleném místě. Na federální úrovni není žádné plánování v oblasti zdraví a plánování na úrovni jednotlivých států se pohybuje od vůbec žádného až po přísnou kontrolu projektů výstavby nemocnic a domů dlouhodobé péče. V oblastech, kde není dostatek soukromých poskytovatelů (například v centrech měst a ve vzdálených venkovských oblastech) poskytují určitou primární péči programy financované z federálních zdrojů a ze zdrojů jednotlivých států těm obyvatelům, kteří nejsou jinak obslouženi systémem FFS.

Jak se často uvádí, systém zdravotní péče Spojených států trpí rychlým růstem nákladů, nedostatkem universálního přístupu k pojistnému krytí, špatným geografickým rozdělením poskytovatelů, nedostatečným využíváním služeb primární a preventivní péče, mezerami v kontinuitě péče a vysokou mírou nevhodného využívání zdravotních služeb. Tyto problémy se vyskytují vedle široce uznávaných silných stránek, mezi než patří poskytování velké většině obyvatelstva péči na nejvyšší dostupné úrovni, nabídka možnosti spotřebitelů vybrat si mezi různými vysoce kvalifikovanými poskytovateli, kteří využívají poslední technologii a podpora rozsáhlého biologického a lékařského výzkumu a vývoje. Existují propracované systémy zabezpečení kvality a databáze a prakticky žádná čekací doba pro lidi s pojištěním u volitelných chirurgických zákroků.

¹³ Health Care Financing Administration, Chicago 1996

5.1 Financování a koncepce zdravotní péče¹⁴

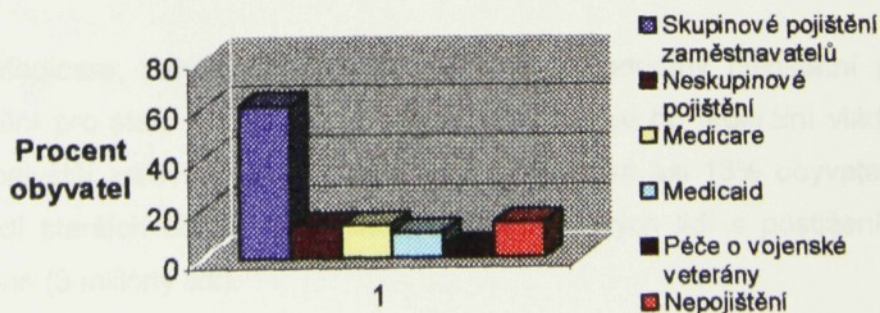
Spojené státy se v první řadě spoléhají na zaměstnavatele, aby dobrovolně poskytli krytí zdravotním pojištěním svým zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům. Vládní programy se omezují na staré lidi s postižením a některé chudé. Tyto soukromé a veřejné programy zdravotního pojištění se liší pokud jde o kryté dávky, zdroje financování a platby poskytovatelům léčebné péče. Mezi soukromými a veřejnými programy je málo koordinace. Nicméně osoby bez zdravotního pojištění nejsou zcela bez zdravotní péče. I když dostávají méně služeb a méně koordinované služby než pojištěné osoby, mnozí z těchto "nepojištěných" jednotlivců dostávají služby zdravotní péče. Tyto služby jsou poskytovány veřejnými klinikami a nemocnicemi, státními a místními zdravotními programy nebo soukromými poskytovateli, kteří financují péči charitou a přesunem nákladů na jiné plátce.

Následuje podrobnější popis typů pojištění:

Soukromé

Převážná většina obyvatel, asi 74%, je kryta soukromým zdravotním pojištěním, jak ukazuje následující graf. Lidé ve věku do 65 let a jejich rodinní příslušníci dostanou soukromé zdravotní pojištění buď prostřednictvím svých zaměstnavatelů (59% obyvatel) nebo přímou koupí neskupinového zdravotního pojištění (14%), to je pojištění nakoupené přímo jednotlivci. Čtrnáct procent obyvatel má vícenásobné zdravotní pojištění¹⁵ (například soukromé i veřejné zdravotní pojištění) a čtrnáct procent nemá žádné pojištění¹⁶. Zdravotní pojištění nenabízejí všechny firmy.

Krytí zdravotním pojištěním, 1990



¹⁴ DeLeuw N., Greenberg, G.: Úřad zdravotní politiky USA, New York 1992

¹⁵ Číslo odráží duplicitní krytí a tudíž nedávají součet 100%

¹⁶ US Bureau of the Census - Statistický úřad USA, New York 1991

Existuje více než 1000 soukromých společností, které nabízejí pojistky zdravotního pojištění s různou strukturou dávek, různými premiiemi a pravidly pro placení pojištěným osobám nebo poskytovatelům zdravotní péče. Tyto společnosti podléhají dohledu státních komisářů pojištění. Federální vláda zpravidla neřídí pojišťovny. Státní orgány někdy stanoví, že některé, často úzce definované dávky nebo poskytovatelé musí být kryty všemi pojistkami zdravotního pojištění prodávanými v příslušném státě. Státy mohou také regulovat zvýšení premii a jiné aspekty pojišťovacího odvětví.

Většina lidí se soukromým zdravotním pojištěním je kryta na nemocniční péči a služby lékařů. Šíře a hloubka krytí je rozdílná dle odvětví. Odvětví se silnými obory (hutě, automobily,..) mají nejširší balíky dávek, oproti tomu odvětví služeb (například restaurace) poskytují malé nebo vůbec žádné krytí. Částka spoluúčasti pacienta na nákladech je také různá. Například 55 milionů Američanů se soukromým pojištěním je nedostatečně pojištěno, to znamená, že nemají určenou hranici pro své vlastní výdaje a mají riziko, že onemocní-li vážnou nemocí s nákladnou léčbou, zcela je to ožebračí. Ve většině pojistných plánů je kryta domácí péče po hospitalizaci po akutních onemocněních, aby se umožnilo doléčení v méně nákladném prostředí. Domácí péče a dlouhodobá péče při chronických nemocích nebo při celkové slabosti zaviněné stářím nejsou obecně kryty ani veřejným ani soukromým pojištěním. Většina dlouhodobé péče a domácí péče se nakupuje z vlastní kapsy nebo se poskytuje neformálně rodinnými příslušníky či přáteli. V posledních několika letech někteří soukromí pojistitelé nabízejí pojistky na dlouhodobou péči, zejména lidem s vysokými příjmy, kteří si mohou dovolit platit premie.

Medicare

Program Medicare, zahájený 1. července 1966 je jednotný celostátní program zdravotního pojištění pro staré lidi a lidi s postižením. Spravuje ho federální vláda, která svou velikostí je největší zdravotní pojišťovnou v zemi. Pokrývá asi 13% obyvatel včetně skutečně všech lidí starších 65 let (31 milionů lidí) a některých lidí s postižením nebo onemocněním ledvin (3 milióny lidí).¹⁷

Program je financován kombinací daní z mezd, všeobecných příjmů federálního rozpočtu a pojistných premii. Medicare je program transferu mezi generacemi financovaný

¹⁷ Board of Trustees of the Federal Hospital Insurance Trust Fund, New York 1992

hlavně z daní pracujících za účelem poskytování služeb starým lidem, kterým vznikne nárok. Krytí podle části A zahrnuje péči při hospitalizaci, velmi omezené ošetřování v bytě a některé ambulantní zdravotní služby. Příspěvky zaměstnavatelů na Medicare část A činili v roce 1990 téměř 30 miliard dolarů. Krytí podle části B zahrnuje lékařské a jiné ambulantní služby, pevné léčebné pomůcky (např. invalidní vozíky) a některé další služby. Je financováno z prémie (asi 25% nákladů programu) placených lidmi, kteří se stali součástí soustavy a z federálního rozpočtu (asi 75% nákladů na program). Medicare se orientuje na akutní péči. Takové, jako je dlouhodobá institucionální péče, rutinní péče o zrak nebo léky předepsané ambulantním pacientům, nejsou zahrnuty.

Medicaid

Medicaid je program zdravotního pojištění, který byl rovněž zřízen v roce 1966, jehož cílem je zlepšení sociální situace chudých lidí. Kryje služby preventivní, akutní a dlouhodobé péče asi pro 10% obyvatel.

Medicaid je program společně financovaný federální vládou a vládami států. Federální vláda upravuje svůj příspěvek podle výše, kterou přispívají vlády států na Medicaid sazbami, které jsou odstupňovány podle úrovně osobního příjmu. Federální podíl na celkových výdajích se pohybuje od 50 do 83 %. Chudší státy dostávají vyšší finanční příspěvek od federální vlády. Medicaid spravují státy podle rámcových federálních směrnic určujících rozsah služeb, úroveň plateb poskytovatelům a skupiny obyvatelstva s nárokem na krytí. Nárok na Medicaid mají osoby chudé a staré nebo slepé, invalidní, těhotné nebo rodiče závislého dítěte. Matky se závislými dětmi tvoří asi 68% recipientů Medicaid, staří lidé 13%, slepí a invalidé 15% a ostatní 4%. Státy blíže definují podmínky nároku (například maximální výši příjmu a majetku) v rámci určitých širokých parametrů. V důsledku tohoto ustanovení je asi 60% chudých pod federální hranicí chudoby z Medicaid vyloučeno. Bezdětní dospělí bez postižení ve věku pod 65 let, ať již jsou jakkoli chudí a bez ohledu na to, jak vysoké jsou jejich léčebné výdaje, nárok nemají. Nárok také nemají lidé, kteří vlastní majetek přesahující úroveň definovanou jednotlivými státy. Na druhé straně jelikož Medicaid je jediným programem, který financuje dlouhodobé institucionální ošetřování, získali na péči v těchto zařízeních dlouhodobé péče nárok četní staří lidé patřící ke střední třídě, tím že vědomě převedli svůj majetek na své děti a vyčerpali svůj příjem na výdaje v pečovatelských domech. Asi 43% výdajů Medicaid se spotřebuje na kvalifikovaná ošetrovatelská zařízení a na zařízení střední péče.

Ostatní

Nepojištění dostávají méně zdravotních služeb než pojištění se srovnatelným zdravotním stavem. Služby nepojištěným se poskytují z různých zdrojů, jejich počet a rozsah se podle jednotlivých komunit různí. Federální vláda, vlády států a místní zprávy podporují veřejné zdravotní kliniky a nemocnice s primárním posláním poskytovat péči chudým. V některých případech platí soukromým poskytovatelům, aby se také starali o chudé. Veřejné zdravotní výdaje podporují preventivní zdravotnická opatření, jako je očkování, programy na odhalení rakoviny a péče o dítě. Tyto služby jsou často přístupné všem, někdy se platí poplatek podle výše příjmu. Poskytovatelé někdy dotují náklady na služby nepojištěným jednotlivcům z provozního rozpětí. Nedávná studie odhadla, že lékaři poskytují ročně služby zdarma v hodnotě 3 miliardy USD a téměř za 4 miliardy služby se sníženým honorářem. Jelikož se však pojistitelé a zaměstnatelné snaží kontrolovat své náklady, asi se sníží možnost pro nemocnice a jiné poskytovatele subvencovat péči přesunem nákladů na pojistitele a zaměstnavatele.

Krytí pojištěním se různí podle druhu služeb. Nejlépe pojištěna je nemocniční péče a nejhůře péče v institucích dlouhodobého ošetřování a péče o chrup. Placení z vlastní kapsy na nemocniční péči kryje jen 6% všech výdajů nemocnic, veřejné programy (Medicare, Medicaid) 40%, jiné programy států a místní programy 14%, soukromé pojištění 36% a soukromá charita zbylá 4%. V protikladu k tomu peníze z vlastní kapsy financují 44% péče na dlouhodobé nemocné, Medicaid kryje 43%, Medicare a ostatní finanční prostředky států a komunit 7%, soukromá charita 2% a soukromé pojištění jen 1%. Většina pojistek zaměstnavatele zařízení skupinového pojištění, kryje lékařem předepsané léky, stejně tak je kryje Medicaid, na rozdíl od Medicare.

5.2 Nemocniční služby

Nemocniční služby představují hospodářství o velikosti 400 miliard USD. Během posledního desetiletí toto odvětví zaznamenávalo nárůst 8% ročně. Tohoto nárůstu bylo dosaženo, přestože celé zdravotní hospodářství zaznamenalo podstatný nárůst domácí péče. Ačkoliv se průměrná doba pobytu pacientů snížila, intenzita služeb prováděných během pobytu v nemocnici se zvýšila a tím došlo k nárůstu výnosů a průměrné ziskovosti. Kromě toho většina nemocnic rozšiřuje spektrum zdravotních služeb nad rámec klasických služeb poskytovaných nemocnicemi. Nemocnice pokračují ve zkracování délky

ambulančního pobytu a kladou větší důraz na služby poskytované v ordinacích, které jsou stále častěji vlastněny nemocnicemi a nebo jsou jejich pobočkami. Podle Asociace Amerických Nemocnic v roce 1996 klesl počet hospitalizačních dní o téměř 4%, což je největší pokles od roku 1985. Ačkoliv nemocnice jsou v současné době mnohem prázdnější, jsou rovněž také hospodárnější. Náklady v amerických nemocnicích stále klesají, což je způsobeno vyšší hospodárností dosaženou konsolidací jednotlivých oddělení nebo neziskových zařízení. Konečná hypotéza předložená pro vysvětlení snižujícího se počtu příjmů do nemocnic spočívá na celkovém zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Uvědomění jednotlivců o vlivu životního stylu na zdraví a dodržování zdravějších návyků snížilo nemocnost obyvatelstva. Hospitalizační péče tvoří stále největší část příjmů nemocnic, avšak alespoň jedna třetina výnosů je dosažena službami poskytovanými mimo nemocniční zařízení, jako například: domácí pečovatelská služba, pooperační centra, lékařské ordinace, rehabilitační zařízení. Nemocniční služby v USA představují vyzrálé hospodářství. Hlavními zákazníky jsou doktoři a pacienti. Přestože obě tyto skupiny kontrolují kolik se v nemocnici utratilo, nikdo z nich ve skutečnosti neplatí, dokonce ani nevidí účty za vykonané služby. Většina účtů je placena pojišťovnami nebo vládou prostřednictvím programů Medicare a Medicaid (viz. kapitola Financování).

Následující tabulka nám ukazuje poměr zdravotnických výdajů na jednotlivé služby a péči. Všimněme si, že v celkových zdravotnických výdajích nemocniční služby představují největší část. Z každého dolaru vydaného na zdravotní péči připadá 35 centů na nemocnici¹⁸.

Celkové zdravotnické výdaje (v mld USD)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	celkem
Nemocnice	231,6	256,4	282,3	305,4	323,3	335,0	350,1	35,4%
Zubní, oční, léky	132,1	147,8	161,9	177,5	191,1	203,6	220,6	22,3%
Organizační zařízení	131,1	146,8	159,2	175,7	182,7	190,6	201,6	20,4%
Další osobní péče	71,9	82,8	85,1	93,7	105,2	109,2	109,7	11,1%
Ústavy dlouhodobé péče	44,9	50,9	57,2	62,3	67,0	72,4	77,9	7,9%
Dom. péče	10,2	13,1	16,1	19,6	23,3	26,3	28,6	2,9%

¹⁸ Health Care Financing Administration, New York 1995

Nemocniční hospodářství je rozděleno do 2 hlavních segmentů: **ziskové nemocnice a neziskové nemocnice**. Toto rozdělení neurčuje zda nemocnice dosahují zisku či ne, ale charakterizuje jejich daňový status. Zhruba 85% nemocnic v USA jsou neziskovými organizacemi, jsou vlastněny organizacemi, jako jsou např. náboženské organizace, správní úřady či místní vládní úřady, na které se vztahuje daňové osvobození. Ziskové nemocnice platí daně a jsou vlastněny investory, kteří od své investice očekávají finanční zisk. Toto se týká 15% nemocničních zařízení. Níže uvedená Columbia/HCA Healthcare Corporation je jedním z nich. Tyto investory vlastněné nemocnice jsou hnací silou změn v tomto odvětví, jelikož se snaží získat větší podíl na trhu na úkor daňově osvobozených zdravotnických zařízení.

5.3 Management

Management je zřetelná funkce, která prochází všemi dalšími funkcemi a podsystémy. Je pojímán jako „hlava“, která organizuje, řídí a dohlíží na všechny ostatní funkce. Ve většině organizací zdravotní péče je reprezentován zkušeným manažerským týmem a klíčovými manažery. Konečným cílem manažerů ve zdravotnických službách je udržování a zlepšování zdravotního stavu všeobecné veřejnosti. Zatímco jednotliví občané mají primární odpovědnost za svůj zdravotní stav, existuje mnoho, čím mohou tomuto procesu napomoci právě manažeři zdravotnických služeb ve spolupráci s lékaři, ošetrovatelským personálem a ostatními zdravotnickými pracovníky.

V USA působí vysoké školy specializované na vzdělávání zdravotnického managementu. Trvá zde příprava nemocničního managera dva až tři roky, protože zabírá velmi široké pole působnosti. Ředitelem nemocnice zpravidla bývá ekonom či právník. Mají zkušenosti z financování, organizace a řízení. Je zde sílící trend k integraci a spolupráci zdravotnických zařízení a vzniku společných podniků. Tím dochází i k tomu, že společně spolupracují desítky i stovky managerů. A pracují ve velké konkurenci. Stále hledají lepší cesty jak zlepšit management a tím i řízení a chod zdravotnických zařízení.

Vzájemné vztahy mezi jednotlivými organizacemi zdravotnických služeb zobrazuje příloha 5. Je to velký počet a rozmanitost organizací zapojených do procesu, kterým jsou služby v konečné fázi poskytnuty pacientům. Po stránce financování vládní plátcí pokrývají federální program Medicare a federálně státní program Medicaid. Rozsah poskytovaných

služeb sahá od zajištění primární péče, jako jsou jednotlivé praxe specializovaných lékařů a zdravotní střediska, až k poskytovatelům akutní péče, jako jsou nemocnice a ambulantní ordinace, a dále k poskytovatelům rehabilitační péče, jako jsou agentury pro domácí péči a rehabilitační střediska, a k poskytovatelům pečovatelských služeb, kam patří pečovatelské domovy.

Zatímco se a objem přes 1 bilion USA dolarů - je skutečný vliv zdravotní péče na americkou ekonomiku skrz vazby s jinými organizacemi ještě pronikavější.

Americké zdravotnictví je na vysoké světové úrovni, využívá poslední technologie a má rozsáhlý lékařský výzkum. Přímé výdaje na zdravotnictví nadále zvyšují, do roku 2000 je předpoklad 17% hrubého národního důchodu. Jeho financování je vícezdrojové. Má ale také nedostatky a problémy, které se snaží řešit. Mezi největší patří vysoké náklady a dostupnost zdravotní péče. Řešením nedostatků se zabývá kvalitní management na všech úrovních. Jako příklad poskytování zdravotní péče v USA uvedu Columbia/HCA Healthcare Corporation.

6. Columbia/HCA Healthcare Corporation

6.1 Úvod¹⁹

Columbia/HCA Healthcare Corporation (zde uváděna jako Columbia) je jednou z největších amerických firem poskytujících zdravotní péči. Na konci roku 1996 společnost provozovala 343 nemocnic, 136 operačních zařízení a přibližně 550 středisek domácího léčení. Columbia poskytuje tyto služby ve 37 státech USA, Velké Británii a ve Švýcarsku. Columbia je holdingovou společností, která nemá žádné zaměstnance. Všichni pracovníci jsou zaměstnanci dceřinných společností tohoto holdingu. Jejich celkový počet v prosinci 1996 přesáhl 285 tisíc. O jak velký kolos se jedná vystihuje ještě lépe velikost tržeb za fiskální rok 1996, které dosáhly 20 miliard USD.

Columbia je veřejnou akciovou společností jejíž akcie jsou obchodovány na New York Stock Exchange.

6.2 Mise

Misí společnosti Columbia je spolupracovat se zaměstnanci, přidruženými lékaři a dobrovolnými pracovníky při poskytování kompletního spektra kvalitní a hospodárné zdravotní péče pro občany.

6.3 Vize

Vizí společnosti Columbia je spolupracovat se zaměstnanci a lékaři při budování společnosti, která :

- se zaměřuje na tělesné i duševní zdraví lidí,
- se orientuje na pacienta,
- nabízí nejdokonalejší zdravotnickou technologii a nejpropracovanější informační systém,
- je finančně zdravá a silná,
- je spojována se slovy kvalita a nákladová efektivní zdravotní péče.

¹⁹ Colubia - Výroční kniha,, Nashville 1997

6.4 Columbia a Marketing

Zásadním rozdílem mezi ziskovými nemocnicemi v USA a většinou nemocnic v České republice je postoj k marketingu. Columbia je jasným příkladem, jak správně prováděný marketing může i v relativně méně lukrativním odvětví přinést velice dobré výsledky.

Jedním z příkladů je reklamní kampaň probíhající v různých médiích od televize až po celonárodní či regionální tisk. Tato kampaň se nesnaží pouze propagovat nemocnici Columbia jako takovou, ale zaměřuje se na vzdělávání obyvatelstva ohledně prevence a léčby různých onemocnění (např. rakovina, cukrovka, srdeční onemocnění a podobně). Avšak marketing v Columbii reklamou zdaleka nekončí. Columbia se snaží mnoha způsoby odlišit od svých konkurentů. Jedním z přístupů je vytvoření řetězce služeb soustředěných okolo jednotlivých druhů onemocnění a potřeb pacientů. Snahou tohoto přístupu je vytvoření systému, který by umožňoval pacientům využít kompletního rozsahu služeb včetně prevence, diagnózy, léčby a rekonvalescence.

Další oblastí, ve které chce Columbia vynikat, jsou informační služby. Cílem Columbie, který se mimochodem daří plnit, je vytvoření nejlepšího on-line zdroje zdravotních informací na světě. Médium pro přenos těchto informací se stal Internet. Domácí stránka Columbia/HCA (<http://www.colubia.net>) se stala místem, kde se návštěvníci mohou poučit o nemocích, jejich prevenci, správným životním návykům a o mnoha dalších informacích týkajících se zdraví. V průměru dostává tato stránka více než půl miliónu návštěv týdně. USA Today vyhlásil tuto webstránku nejlepším zdrojem zdravotních informací na Internetu. Kromě Internetu může pacient využít automatického čísla na účet volaného (1-800-COLUMBIA), které slouží k vyhledání vhodného specialisty včetně telefonického objednání na prohlídku.

6.5 Obchodní strategie

Obchodní strategií Columbie je spolupracovat s lékaři a ostatními poskytovateli zdravotní péče na vývoji úplné, integrované sítě zdravotní péče v předem stanovených obchodních oblastech. Tato strategie většinou zahrnuje akvizice a konsolidace významných zdravotnických zařízení v dané oblasti. Jako odpověď na změny v odvětví zdravotní péče

(viz. předchozí části popisující americké zdravotnictví) Columbia vyvinula následující strategii na poskytování služeb zdravotní péče nejvyšší kvality při nejnižších možných nákladech: Poskytování služeb nejvyšší kvality, konsolidace služeb na geografické bázi a poskytování kompletního spektra zdravotních služeb.

6.6 Černý rok Columbie

Rok 1997 se pro Columbia/HCA rozhodně nevyvíjí podle představ. Rozsáhlý audit provedený v červenci 1997 zástupci federální vlády objevil mnohé nesrovnalosti v řízení nemocnice. Největší rozpory byly nalezeny v oblasti vyúčtování výkonů u pacientů krytých systémy Medicare a Medicaid. Dalšími obviněními, kterým musí Columbia čelit, jsou podezření z daňových úniků a nesprávná klasifikace úrokových plateb. Tato odhalení se stala terčem rozsáhlého šetření ze strany federální vlády a byla příčinou rezignace předsedy představenstva a dalších nejvyšších úředníků Columbia/HCA.

Rozsáhlá kritika a negativní pozornost věnovaná nemocnici sdělovacími prostředky zapříčinila podstatný úbytek pacientů a tím i citelné snížení ziskovosti v následujících čtvrtletích. Do dnešního dne nebyla stanovena výše pokuty či jiné sankce, které bude muset Columbia podstoupit. Nové vedení nemocnice začalo okamžitě pracovat na restrukturalizačním plánu, který by pomohl Columbii z jejích současných problémů. V první řadě byly zrušeny všechny plánované akvizice. Dále se Columbia rozhodla prodat své provozovny domácího léčení a jiná nemocniční zařízení. Dalším taktickým krokem byla eliminace systému odměn založeným na krátkodobých výsledcích. Tento systém je považován za jednu z hlavních příčin současného stavu. Posledním dlouhodobějším krokem je vytvoření strategických skupin, které budou organizovány na geografické bázi. Ačkoliv tyto skupiny budou vystupovat pod záštitou Columbia, jejich pravomoc bude velmi vysoká a skupiny budou provozovány nezávisle. Vzhledem k dlouhodobému dosahu těchto kroků si na jejich výsledek bude veřejnost muset počkat.

Columbia je jednou z největších poskytovatelů zdravotní péče v USA. Ukazuje nám možnost využití marketingu a informačních služeb pro své pacienty, nejen k rozvoji její činnosti, ale také ke zvyšování prevence nemocí.

7. Porovnání českého a amerického zdravotního systému

Zdálo by se, že je obtížné srovnat vedle sebe tyto dva zdravotní systémy, tak jak nám připadá, že je odlišný způsob života a kultury obou zemí. Dle mého názoru najdeme i ve zdravotnictví mnoho společného.

7.1 Společné rysy

- demokratické zázemí pro tvorbu legislativních změn,
- soutěžení poskytovatelů zdravotní péče o pacienty,
- soutěžení poskytovatelů zdravotní péče o objem zdrojů pro krytí vlastních nákladů.

7.2 Odlišné rysy

- Regulovaný objem zdrojů v ČR versus otevřený, vícezdrojový systém financování v USA

Je to významný zdroj ve financování jak už z makroekonomického tak i z mikroekonomického hlediska. Zatímco v ČR je významným zdrojem financování veřejné pojištění, jehož objem je regulován předem parlamentem a vládou, v USA nejsou zanedbatelné i jiné zdroje vedle nepovinného zdravotního pojištění. Významný podíl totiž také plyne od samoplátců a sponzorů, jejichž činnost je ve většině zemí legislativně stimulována. Také dotace z městských daní u nás ještě nebyly zavedeny. Americký systém je z hlediska zdrojů otevřený, kdežto náš je prakticky uzavřený.²⁰

- Příjem částečně závislý na kvalitě (akreditace nemocnic) v USA versus příjem závislý na objemu vykázaných služeb bez vazby na kvalitu v ČR

V USA je až 30% příjmů nemocnice přímo závislá na kvalitě poskytované péče. Systém zvyšování kvality péče je, aby nemocnice obstála před akreditační komisí. V ČR je relativně dobrá úroveň kvality zdravotnického personálu. Tato kvalita se navíc zvýšila otevřením se světu a novým možnostem v lékové oblasti, zdravotnické techniky, materiálů a léčebných postupů. Legislativa již připravuje systém akreditací nemocnic, jsou vypracovávány standardy a indikátory kvality, zatím však bez dopadu na finanční hodnocení. V liberecké nemocnici již třetím rokem pracuje Rada pro kvalitu, která

²⁰ Shortell, S. - Kalužný, A.: Řízení zdravotní péče. New York 1994

spolupracuje s Vlámským institutem v Belgii a sama pro nemocnici připravuje standardy zdravotních postupů.

- Úkolem US reformy je zajistit větší dostupnost péče, což v ČR je spíše otázkou lepšího využití kapacit, aniž by vzrostly náklady

U nás je dostupnost zdravotní péče nepochybně vyšší a troufám si říci, že jedna z nejlepších na světě. Poptávka po ní je brána jako norma - ve snaze snižovat náklady se jeví jako jediná možnost zmenšení této dostupnosti (často i nekvalitní péče). Toto úzce souvisí s limitovanými zdroji (chceme-li zachovat a zvýšit kvalitu, musíme snížit kvantitu), což ale nemusí být vždy zásadní otázkou dostupnosti. V USA se naopak objevují snahy o zajištění větší míry dostupnosti zdravotní péče i s vyššími náklady, ale bez dopadů na kvalitu. Zdá se, že vysoká úroveň dostupnosti primární i standardní nemocniční péče, u nás motivovaná navíc výkonovým systémem financování, způsobila ekonomické vyčerpání zdravotního systému. Nebudou-li zavedeny regulativní mechanismy pro čerpání zdrojů veřejného pojištění a vícezdrojového financování bude problém financování zdravotnictví pokračovat.

Nyní se budu věnovat společným a odlišným cílům obou systémů. Oba systémy pracují v podmínkách transformace zdravotnictví. Některé prvky ze starého amerického systému jsou naopak cílovými rysy našeho nového systému a naopak.

7.3 Společné cíle v oblasti zdravotnictví jsou např.: Dostupnost péče, její poskytování na nejvyšší úrovni, kvalita, udržování dobrého zdravotního stavu, preventivním působením na obyvatele a nízké náklady.

7.4 Rozdílné cíle

Náš nový systém využívá ze starého amerického systému některé prvky. Například klade větší důraz na akutní péči, na léčení nemocí a na odpovědnost za jednotlivé pacienty. Dále potřebujeme, aby se uvnitř zdravotního trhu vytvořili přirozené funkční vazby mezi soukromým a státním zdravotním systémem.

Nový americký systém klade důraz na kontinuální péči, na podporu dobrého zdravotního stavu a na odpovědnost za zdraví veškeré populace.

7.5 Společné rysy obou zemí z hlediska managementu

V transformaci zdravotnictví hraje velkou úlohu management. Vyvíjí se zároveň se společností a hledá cesty jak jí co nejúčinněji ovlivňovat. Manažeři se shodují na tom, že je důležité sledovat trh, řídit služby bez ohledu na organizační limity, aktivně sledovat kvalitu a postupně ji zvyšovat. S měnícím se zevním prostředím je třeba přejít od šéfovského direktivního vedení k pružnému, odbornému řízení organizací.

7.6 Rozdílné rysy obou zemí z hlediska managementu

Český manažer oproti americkému vychází z podmínek rozdílných kapacit, odlišné kultury společnosti a zvláště pak struktury zdravotního zařízení. Kapacita zdravotního systému definovaná počtem lůžek a lékařů na počet obyvatel, mírou dostupnosti jak regionálně tak finančně je v ČR vyšší než v USA. Je však srovnatelná se systémy ve střední a západní Evropě. Struktura lůžek je však nevhodná. Téměř opačný poměr lůžek 4:1 je pro akutní a ostatní péči. V důsledku vysoké odborné zodpovědnosti lékařů u nás pacienti zůstávají v nemocnicích, i když náklady na sub-akutní či dlouhodobou péči nejsou dostatečně kryty. Je to "ekonomicko - etický problém společnosti". Tento problém se začíná řešit pomocí výběrových řízení (přechod na tzv. následnou sociální péči).

Kromě transformace zdravotnictví probíhá v ČR transformace celé společnosti, která s sebou nese - legislativní problémy a nestabilitu systému.

V této době se rodí nové druhy manažerů, tvoří je především ředitelé nemocnic a jejich týmy. Klademe si otázku jací by tito manažeři vlastně měli být, aby byli schopni úspěšně řídit zdravotnická zařízení? Někteří zastávají názor, že by to měl být lékař, jiní navrhuje ekonoma či právníka. Zkušený lékař zná dokonale medicínu i nemocnici a ví kde lze ušetřit, aby na to nedoplatil pacient, ale lékař se dosud nevzdělával ve finančnictví. Proto pravděpodobně bude vždy dávat přednost rozvoji medicíny nežli efektivnímu řízení nemocnice. V případě ekonoma či právníka půjde v opačném případě hlavně o zisk nemocnice, těžko pochopí otázky spojené s medicínou, které jsou v chodu nemocnice velmi důležité. Vše je relativní, všude na světě platí, že lékař si v komunitě lékařů získá větší autoritu než úředník. Dle mého názoru na manažera nemocnice by bylo třeba od každého trochu. Ztotožňuji se s názorem amerických odborníků, kde do čela managementu dle

nejnovějšího trendu navrhuji doktora v oboru lékárník, který je vzdělán jak v oboru lékařství, tak v oboru financí. Samozřejmě by ho měl obklopovat a prodiskutovávat s ním problémy tým schopných odborných manažerů zastupujících jednotlivé úseky. Asi není nejdůležitější zda v čele nemocnice stojí lékař či ekonom. Hlavně to musí být manažer, který dokáže spolupracovat s dalšími úrovněmi managementu, to znamená s primáři, vedoucími lékaři a podobně.

8. Závěr

Co říci závěrem této bakalářské práce? Studováním problematiky neziskových organizací se zaměřením na zdravotnictví, jsem dospěla k názoru, že toto téma je velmi obsáhlé a stále otevřené. Je zde spousta nových poznatků a zkušeností, které se stále mění a vyvíjí. Tato problematika mě velmi zaujala, neboť jsem se z dozvěděla mnoho nového a zároveň jsem použila znalosti a dovednosti z předešlého studia. Zkušenosti získané při vypracovávání mé práce, mě zajisté pomohou v dalším studiu a později i v zaměstnání.

Z počátku u mě panovala určitá nedůvěra, zda se mi vůbec počet požadovaných listů podaří zaplnit, avšak v počátcích, jsem dospěla k názoru, že by tato problematika mohla být tématem několika prací a stále nebude dořešena.

Zabývala jsem se zdravotnictvím v období, kdy prochází zatěžkávací zkouškou transformace. Tak jak v ostatních odvětvích národního hospodářství, tak i ve zdravotnictví se všemi problémy prolíná nedostatek finančních prostředků. Vzhledem k ekonomické situaci v našem státě a tím k finančnímu zabezpečení zdravotnictví, by mohlo dojít ke zhoršování podmínek zdravotní péče. Ani dostupnost zdravotní péče by se neměla zhoršovat, ale měla by se v rozumné míře zachovat. Manageři na různých úrovních řízení hledají cesty jak tomuto předejít. Dle mého názoru by problém financování českého zdravotnictví řešil úspěšně provozovaný systém v USA - vícezdrojové financování, který vede k přílivu financí z různých zdrojů. Dalším přínosem nejen pro zdravotní zařízení, ale také pro širokou veřejnost, by také byl správně prováděný marketing. A to nejen v médiích, ale také využitím nejnovějších technik (např. Internetu), kde se lidé mohou poučit o nemocích, jejich prevenci, správným životním návykům a mnoha dalším informacím týkajících se zdraví.

Při konzultování mé práce se zaměstnanci managementu Nemocnice Liberec mě potěšilo, že se i oni rádi poučili a dozvěděli se nové poznatky a zkušenosti ze zahraničí, které by rádi uplatnili v praxi.

Věřím, že vhodnou kombinací českého a amerického systému zdravotnictví a především uvažovanými opatřeními managerů, dojde k nalezení cest, které povedou ke splnění cíle všech zdravotnických pracovníků - spokojený pacient.

9. Seznam použité literatury

1. Kinkor, J., Ekonom 29, 1994, s. 17-18.
2. Bautzová, L. - Scgiffert, M., Ekonom 11, 1998, s. 15-17.
3. Zdravotnická ročenka ČR 1996, ÚZIS ČR, Praha 1997
4. RNDr. J.Němec, Zdravotní noviny 35, 1997, s. 18.
5. Síť zdravotnických zařízení 1996, ÚZIS ČR, Praha 1997
6. Ekonomické informace o zdravotnictví 1996, ÚZIS ČR, Praha 1997
7. PhDr. Jan Stráský, Ministerstvo zdravotnictví ČR. Praha 1996
8. Zdravotnictví ČR 1995 ve statistických údajích, ÚZIS ČR, Praha 1995
9. Statistická ročenka ČR, Praha 1997
10. Zuckerman, H.S.: Hospital and Health Services Administration. New York 1989
11. Health Care Financing Administration, Chicago 1996
12. DeLeuw, N., Greenberg, G.: Úřad zdravotní politiky USA. New York 1992
13. US Bureau of the Census - Statistický úřad USA, New York 1991
14. DeLeuw, N. - Greenberg, G.: Federální ministerstvo financí USA. New York 1991
15. Ciwan, L.: Úřad zdravotní politiky. New York 1991
16. Board of Trustees of the Federal Hospital Insurance Trust Fund, New York 1992
17. Colubia - výroční kniha, Nashville 1997
18. Shortell, S. - Kalužný, A.: Řízení zdravotní péče. New York 1994
19. Zdravotní noviny 1996, Praha 1997
20. Časopis lékařů českých, Praha 1997
21. Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech léčebně preventivní péče 1996, ÚZIS ČR, Praha 1997
22. Bowman, C.: Strategický management. GRADA 1996
23. Drucer, P.F. : Řízení neziskových organizací. Management PRESS, Praha 1994
24. Debbasch, Ch. - Bourdon, J. : Neziskové organizace. Victoria Publishing, Praha 1995

10. Seznam příloh

Příloha 1 – Rozdělení českého zdravotnictví

Příloha 2 – Vzájemné vztahy mezi organizacemi podílejícími se svou činností ve zdravotnictví v ČR

Příloha 3 – Organizační členění Nemocnice Liberec

Příloha 4 - Plán hospodaření Nemocnice Liberec

Příloha 5 – Vzájemné vztahy mezi jednotlivými organizacemi zdravotnických služeb v USA

Rozdělení českého zdravotnictví

- **Zdravotní péče**

- primární péče

- ambulantní specializovaná péče

- hospitalizovaná péče v nemocnicích – veřejné a neveřejné nemocnice

- péče v odborných ústavech

- péče v lázeňských zařízeních

- zdravotní dopravní služba

- domácí péče

- **Zdravotně – sociální péče**

- léčebny dlouhodobě nemocných

- terminální paliativní péče

- krizové pobyty

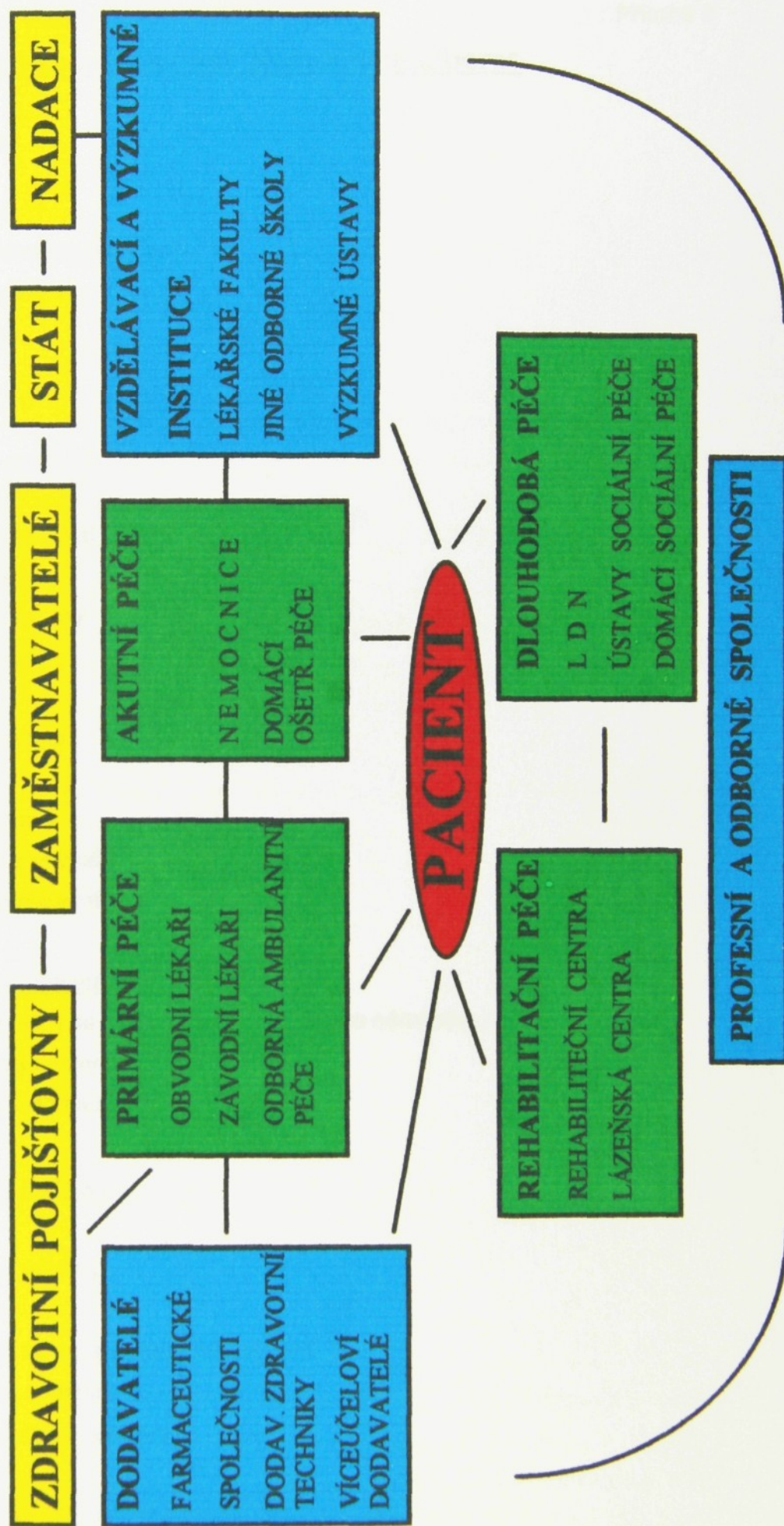
- domácí péče

- **Lékárenská péče**

- **Lázeňská péče**

- **Zdravotní pojišťovny**

VZÁJEMNÉ VZTAHY MEZI ORGANIZACEMI PODÍLEJÍCÍMI SE SVOU ČINNOSTÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE



Organizační členění Nemocnice Liberec

(1) TOP Management

1. ředitel
2. lékařský náměstek
3. náměstek pro ošetrovatelskou péči
4. ekonomický náměstek
5. technický náměstek

(2) Útvary

1. útvar ředitele

- 1.1. sekretariát
- 1.2. odbor vnitřních záležitostí
- 1.3. personální oddělení
- 1.4. oddělení ústavní lékárny
- 1.5. propagační oddělení

2. úsek lékařského náměstka

- 2.1. sekretariát
- 2.2. lékařské departmenty
- 2.3. oddělení nemocí z povolání
- 2.4. referát ústavního epidemiologa

3. úsek náměstka pro ošetrovatelskou péči

- 3.1. sekretariát (společný se sekretariátem lékařského náměstka)
- 3.2. ošetrovatelské departmenty
- 3.3. oddělení agentury domácí péče

4. úsek ekonomického náměstka

- 4.1. sekretariát
- 4.2. oddělení finanční účtárny
- 4.3. mzdové oddělení
- 4.4. oddělení pro styk se zdravotními pojišťovnami
- 4.5. cenové a daňové oddělení
- 4.6. statistické a analytické oddělení

5. úsek technického náměstka

- 5.1. sekretariát
- 5.2. odbor provozu a správy majetku
- 5.3. oddělení výpočetní techniky a telekomunikací
- 5.4. oddělení zdravotnické techniky
- 5.5. investiční a stavební oddělení
- 5.6. oddělení zásobování zdravotnickými prostředky
- 5.7. referát BOZP a protipožární prevence

Některá oddělení a odbory se dále člení na další organizační celky dle jejich specifikace.

V „TOP“ managementu nemocnice jsou ekonomický a technický náměstek, pod přímé vedení ředitele je zařazena ještě ústavní lékárna a odbor vnitřních záležitostí s právním, personálním a kontrolním oddělením. Součástí tohoto odboru je také středisko vědeckých informací - ústavní knihovna. Byla zřízena již v roce 1955 a s rozvojem odborných informací, výpočetní a telekomunikační techniky se měnila do dnešní podoby. Mimo základní služby (takzvané absenční a presenční výpůjčky, cirkulační služby, meziknihovní a mezinárodní meziknihovní, reprografické, rešeršní služby) umožňuje knihovna používat odborné databáze na CD ROM, je napojena na nemocniční informační systém a na Internet.

Ředitel nemocnice je statutárním zástupcem organizace. Je jmenován Okresním úřadem v Liberci, kterému také odpovídá za svoji činnost.

Poradním orgánem ředitele je :

1. Vedení nemocnice
 - * lékařský náměstek
 - * náměstek pro ošetrovatelskou péči
 - * ekonomický náměstek
 - * technický náměstek
 - * vedoucí odboru vnitřních záležitostí
 - * vedoucí personálního oddělení
 - * tajemník ředitele
2. Etická komise
3. Vědecká rada
4. Rada pro kvalitu

Útvar ekonomického náměstka zabezpečuje finanční rozborů a podklady pro řízení organizace, vnější a vnitřní hospodářské vztahy včetně nákupů a evidence drobného investičního majetku. Výslednicí činnosti tohoto útvaru je zajišťování dobrého hospodářského

výsledku nemocnice, založeného na dobrém hospodaření všech středisek, a to jak prostřednictvím kvalitní účetní agendy, tak i bedlivým sledováním toku peněz. V rámci ekonomického odboru pracuje finanční účtárna, mzdová účtárna, oddělení pro styk se zdravotními pojišťovnami, cenové a statistické oddělení, hlavní pokladna a materiálově technické zásobování včetně skladů.

Útvar technického náměstka zajišťuje prostřednictvím svých odborů a oddělení chod nemocnice z hlediska obslužných provozů. Dělí se na technický odbor a na odbor provozu a správy majetku kam přísluší provozní oddělení, stravovací oddělení, oddělení energetiky, dopravy, údržby a referát ekologie a samostatný referát BOZP a protipožární prevence.

Hlavní a nejdůležitější náplní činnosti nemocnice je samozřejmě zdravotnická péče, která je na úrovni medicínské zajišťována prostřednictvím útvaru lékařského náměstka a na úrovni ošetrovatelské útvaru náměstka pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestry). Od roku 1992 jsou jednotlivé primariáty spojeny do departmentů, kterých je v současné době šest.

DEPARTMENT I

Všeobecná interna

Kardiologické centrum

Revmatologické centrum

Diabetologické centrum

Nefrologicko-dialyzační centrum

Gastroenterologické centrum

Plicní oddělení

Infekční oddělení

DEPARTMENT II

V liberecké nemocnici dochází k neustálému rozvoji jednotlivých chirurgických oborů. Nově používané metody a postupy jsou srovnatelné s postupy špičkových evropských pracovišť, s nimiž se podařilo navázat úzkou spolupráci.

Všeobecná a břišní chirurgie

Traumatologické centrum

Onkochirurgické centrum

Ortopedické oddělení

Urologické oddělení

DEPARTMENT III

Psychiatrické obory

Neurocentrum

Rehabilitační oddělení

DEPARTMENT IV

Obor anesteziologie a resuscitace (ARO)

Ženské oddělení

Dětské oddělení

Neonatologické oddělení

DEPARTMENT V

ORL je oddělení zabývající se léčbou ušních, nosních a krčních onemocnění.

Stomatochirurgie

Kožní oddělení

Oční oddělení:

Centrum radiační a klinické onkologie

Klinická onkologie

DEPARTMENT VI

Radiodiagnostické oddělení

Oddělení nukleární medicíny

Patologicko-anatomické oddělení

Oddělení klinické biochemie

Oddělení klinické mikrobiologie

Transfúzní a hematologické centrum

Centrum pro klinickou a soudní toxikologii

Plán hospodaření Nemocnice Liberec

1. Prvky určující schopnost přijetí dobrého finančního plánu i schopnost jeho seriózní realizace

- všeobecný souhlas s nutností přijetí plánu rozpočtu,
- kvalitní informace vedoucích pracovníků,
- kvalifikované zázemí finančního a analytického oddělení,
- zavedený systém ukazatelů a strategických dat potřebných k plánování,
- plynulý informační tok, bezporuchový informační systém,
- standardní formuláře, tabulky, grafy,
- správné časování jednotlivých toků.

2. Stěžejní prvky rozpočtu

Jsou volným přepracováním běžných postupů v USA při zpracovávání rozpočtových plánů.

- rozpočtové směrnice – vydané vedením nemocnice (objem, omezující faktory, cíl),
- příprava informačních podkladů – vydané analytickým oddělením (instrukce, formuláře a časové údaje vedoucím pracovníkům, informace),
- příprava rozhodujících podkladů (potřeby zdrojů a zásob, zapracování nových programů a služeb, přizpůsobení se změnám, konkurenci, příkazům shora),
- opakování procesu ke zdokonalení finančního plánu,
- doporučení závěrečného rozpočtu odpovědné instituci,
- schválení – v případě Nemocnice Liberec probíhá schvalovací proces na úrovni vedení nemocnice, zřizovatel se pouze vyjadřuje,
- distribuce rozpočtových pravidel, realizace.

3. Proces finančního plánování

- Rozpracování základních rozpočtových materiálů, analýza předcházejících období (analytické a finanční oddělení),
- Základní rozvaha, přijetí strategie plánu, stanovení harmonogramu dalších kroků (vedení nemocnice),
- Distribuce těchto dat jednotlivým organizačním útvarům,
- Rozvaha a návrh plánu na této úrovni (vedení těchto útvarů),
- Syntéza dílčích plánů do návrhu rozpočtu organizace (finanční oddělení),
- Schvalovací proces návrhů jednotlivých položek,
- Schválení rozpočtu,
- Vzdání a distribuce rozpočtových směrnic (finanční oddělení),
- Plynulá kontrola.

Vzájemné vztahy mezi jednotlivými organizacemi zdravotnických služeb v USA

