Projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc

Bc. Pavlína Křivková

Diplomová práce
2018

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Bc. Pavlína Křivková**
Osobní číslo:	**M16701**
Studijní program:	**N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor:	**Management ve zdravotnictví**
Forma studia:	**kombinovaná**
Téma práce:	**Projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve Fakultní nemocnici Olomouc**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. **Teoretická část**

- **Zpracujte teoretické poznatky vztahující se k problematice poskytování a financování dlouhodobé ošetřovatelské péče.**

II. **Praktická část**

- **Analyzujte charakteristická prostředí v oblasti zdravotnictví na národní a regionální úrovni.**
- **Na základě výsledků analýz navrhněte projektové řešení zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve Fakultní nemocnici Olomouc.**
- **Projekt podrobte časové, nákladové a rizikové analýze.**

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv. Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.
MAAYTOVÁ, Alena. Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
OTRUSINOVÁ, Milana a Dana KUBÍČKOVÁ. Finanční hospodaření municipálních účetních jednotek: po novele zákona o účetnictví. Praha: C. H. Beck, 2011, 178 s. ISBN 978-80-7400-342-4.
PRATT, John R. Long-term care: managing across the kontinuum. 4th ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning, 2016, 576 s. ISBN 978-1-284-05459-0.
ROSEN, Harvey S. a Ted GAYER. Public finance. 9th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education, 2010, 595 s. ISBN 978-007-126788-5.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Milana Otrusinová, Ph.D.**
Ústav financí a účetnictví

Datum zadání diplomové práce: **15. prosince 2017**

Termín odevzdání diplomové práce: **17. dubna 2018**

Ve Zlíně dne 15. prosince 2017

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan

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

PROHLÁŠENÍ AUTORA
BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk diplomové/bakalářské práce bude uložen na elektronickém nosiči v příruční knihovně Fakulty managementu a ekonomiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem diplomové/bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

1. že jsem na diplomové/bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
2. že odevzdaná verze diplomové/bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 17. 4. 2018

Jméno a příjmení: Pavlína Křivková

.....

podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce je zaměřena na projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve Fakultní nemocnici Olomouc a aplikaci analýzy nákladů a přínosů na jeho hodnocení.

Na základě studia a rešerše literatury i internetových zdrojů jsou vymezeny v teoretické části poznatky vztahující se k problematice poskytování a financování dlouhodobé ošetřovatelské péče. V praktické části jsou analyzována charakteristická prostředí v oblasti zdravotnictví na národní a regionální úrovni. Na základě výsledků analýz je navrhnuto projektové řešení zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve Fakultní nemocnici Olomouc vyhodnocené pomocí nákladově užitkové metody.

Klíčová slova: analýza, dlouhodobá ošetřovatelská péče, financování, lůžkový fond, náklady, přínosy

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on project for establishing of long-term nursing care in the University Hospital Olomouc and an application of the cost-benefit analysis for its evaluation.

According to the study, the literature research and internet sources, the notes concerning the issues in providing and financing of the long-term nursing care are defined in the theoretical part. Characteristic settings on the regional and national level of medical fields are analysed in the practical part. On the basis of the solutions analysis of the project for establishing of long-term nursing care in the University Hospital Olomouc is proposed and evaluated using the cost-benefit method.

Key words: analysis, long-term nursing care, financing, hospital bed fund, costs, benefits

Tímto děkuji Ing. Milaně Otrusinové, Ph.D. za spolupráci a vedení mé diplomové práce. Dále děkuji MUDr. Mileně Bretšnajderové, Ph.D. za cenné rady a odborné připomínky, kterými přispěla ke zpracování mé diplomové práce a také děkuji vedení Fakultní nemocnice Olomouc za umožnění zpracování této práce. Za spolupráci a poskytnutí potřebných informací děkuji pracovníkům Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Upřímné poděkování za poskytovanou podporu po celou dobu mého studia patří i mé rodině.

Motto:

„Naděje není optimismus, není to přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale je to jistota, že něco má smysl – bez ohledu na to, jak to dopadne.“

Václav Havel

OBSAH

ÚVOD **10**
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE **11**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
1 DLOUHODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE **13**
1.1 HISTORIE VÝVOJE OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE 13
1.1.1 Významné osobnosti ošetřovatelství 14
1.2 KONCEPCE OŠETŘOVATELSTVÍ 15
1.3 POJEM DLOUHODOBÁ PÉČE 16
1.4 FUNKČNÍ OMEZENÍ 18
1.4.1 Soběstačnost 19
1.4.2 Demence 19
2 LEGISLATIVA VE ZDRAVOTNICTVÍ **20**
2.1 ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH 21
3 PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY ČR **23**
3.1 MEMORANDUM O SPOLUPRÁCI MEZI MPSV A MZ 24
3.2 PROGRAM ZDRAVÍ 2020 24
4 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ ČR **25**
4.1 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY 26
4.2 RŮST VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ 27
4.3 ČERPÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE 30
5 FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE **32**
5.1 NORMATIV PERSONÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ 33
6 STRATEGICKÉ DLOUHODOBÉ INVESTIČNÍ ROZHODOVÁNÍ **34**
6.1 FINANCOVÁNÍ INVESTIC 35
6.2 NÁKLADOVĚ UŽITKOVÉ METODY 35
6.2.1 Analýza nákladů a přínosů 36
7 ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ POZNATKŮ TEORETICKÉ ČÁSTI **38**
II PRAKTICKÁ ČÁST **39**
8 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL **40**
8.1 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL V ČR 40
8.1.1 Stárnutí - vývoj populace v ČR 42
8.2 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL V OLOMOUCKÉM KRAJI 42
8.2.1 Stárnutí - vývoj populace v Olomouckém kraji 44
9 ANALÝZA LŮŽKOVÉHO FONDU **45**
9.1 ANALÝZA LŮŽKOVÉHO FONDU V ČR 46
9.2 ANALÝZA LŮŽKOVÉHO FONDU V OLOMOUCKÉM KRAJI 48
10 ANALÝZA TRHU PRÁCE **52**
10.1 ANALÝZA TRHU PRÁCE V ČR 52
10.1.1 Personální kapacity českého zdravotnictví 55

10.2 Analýza trhu práce v Olomouckém kraji 56
10.2.1 Personální kapacity zdravotnictví Olomouckého kraje 57
11 ANALÝZA VÝVOJE PLATŮ A MEZD VE ZDRAVOTNICTVÍ 59
11.1 Odměňování zdravotnických pracovníků 59
11.2 Analýza vývoje platů a mezd ve zdravotnictví v Olomouckém kraji 61
12 CHARAKTERISTIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC 63
12.1 Historie 63
12.2 Právní forma zřízení 63
12.3 Základní údaje 64
12.4 Strategie a poslání 65
13 VÝCHOZÍ ANALÝZA FN OLOMOUC 66
13.1 Analýza PESTLE 66
13.1.1 Politické vlivy 66
13.1.2 Ekonomické vlivy: 66
13.1.3 Sociální vlivy 67
13.1.4 Technologické vlivy 67
13.1.5 Legislativní vlivy 68
13.1.6 Ekologické vlivy 68
13.2 Mikroprostředí společnosti 69
13.2.1 Společnost 69
13.2.2 Dodavatelé 69
13.2.3 Konkurenti 70
13.2.4 Marketingoví zprostředkovatelé 71
13.2.5 Zákazníci 71
13.3 SWOT analýza 71
14 STAV SOUČASNĚ POSKYTOVANÉ DLOUHODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE FN OLOMOUC 73
14.1 Legislativní postupy 73
14.2 Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami 74
14.3 Zahájení provozování 74
15 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI 75
16 PROJEKT ZŘÍZENÍ DLOUHODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE FN OLOMOUC 77
16.1 Cíle projektu 77
16.2 Struktura beneficientů 77
16.3 Nulová varianta provozování dlouhodobé ošetřovatelské péče 78
16.3.1 Provozní náklady FN Olomouc - nulová varianta 79
16.3.2 Příjmy FN Olomouc - nulová varianta 80
16.4 Investiční varianta provozování dlouhodobé ošetřovatelské péče 81
16.4.1 Investiční náklady FN Olomouc - investiční varianta 81
16.4.2 Jednorázové vybavení FN Olomouc - investiční varianta 83
16.4.3 Provozní náklady FN Olomouc - investiční varianta 85
16.4.4 Příjmy FN Olomouc od zdravotních pojišťoven – investiční varianta 86

16.4.5 Příjmy FN Olomouc za jednolůžkové pokoje – investiční varianta 87
16.5 PŘÍRŮSTKOVÁ METODA 88
16.6 OCENITELNÉ EFEKTY PLYNOUCÍ Z INVESTIČNÍ VARIANTY 90
16.6.1 FN Olomouc – investor a provozovatel 90
16.6.2 Příbuzní pacientů 91
16.6.3 Zdravotní pojišťovny 91
16.7 NEOCENITELNÉ EFEKTY PLYNOUCÍ Z INVESTIČNÍ VARIANTY 92
16.7.1 Pacienti 92
16.7.2 Obyvatelé přilehlého okolí areálu profesora Fuky 92
16.8 NEZAHRNUTÉ EFEKTY PLYNOUCÍ Z INVESTIČNÍ VARIANTY 93
16.8.1 FN Olomouc 93
16.8.2 Policie 93
16.8.3 Statutární město Olomouc, Olomoucký kraj, Stát 93
16.9 KRITERIÁLNÍ UKAZATELE CBA 93
16.9.1 Současná hodnota 96
16.9.2 Čistá současná hodnota 97
16.9.3 Doba návratnosti 97
16.9.4 Index rentability 97
16.9.5 Benefit/Cost Ratio 97
16.10 ČASOVÁ ANALÝZA 97
16.11 RIZIKOVÁ ANALÝZA 100
16.12 ZHODNOCENÍ PROJEKTU 101
ZÁVĚR 103
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 104
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 109
SEZNAM OBRÁZKŮ 110
SEZNAM SCHÉMAT 111
SEZNAM TABULEK 112
SEZNAM GRAFŮ 113
SEZNAM PŘÍLOH 114

ÚVOD

Současný zrychlený růst české ekonomiky umožňuje i růst zdravotnictví. Výdaje na zdravotnictví stoupají, přičemž nárůst tvoří nejvíce platy zdravotního personálu. Rozvoj medicínských technologií a postupů vede ke zkracování doby hospitalizací na nákladných lůžkách akutní péče. Stavy pacientů vyžadují lepší dostupnost doléčovací péče, následné i dlouhodobé, a zvýšení kvality ošetřovatelské péče. Trendům moderní medicíny neodpovídá struktura lůžkového fondu v České republice. Reforma zdravotnictví stagnuje.

Léčebná a ošetřovatelská péče má v Olomouci bohatou historii. Dominantním zdravotnickým zařízením na střední Moravě je Fakultní nemocnice Olomouc, které poskytuje specializovanou a vysoce specializovanou péči.

Diplomová práce reaguje na aktuální situaci v systému poskytování lůžkové péče. Pro členění a zařazení do systému lůžkové péče není podstatný název zdravotnického zařízení, které zdravotní lůžkovou péči poskytuje, ale druhy a formy poskytované zdravotní péče, které jednoznačně vymezují zaměření a rozsah zdravotní péče konkrétního zdravotnického zařízení. Demografický vývoj současné populace ovlivní blízkou budoucnost všech občanů a promítne se nejen v oblasti zdravotnictví.

Nedílnou součástí práce je analýza zpracovaná na základě poskytnutých dat Ústavem zdravotnických informací a statistiky z Národního zdravotnického informačního systému získaných na vlastní žádost v souladu s právem na poskytnutí informací.

Projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc přináší komplexní pohled na problematiku současného charakteristického prostředí ve zdravotnictví. Ambicí diplomové práce není změna systému. Význam práce spočívá ve zpracování reálného návrhu řešení problému nedostatku kapacity dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc z ekonomicko-manažerského pohledu.

Projektové řešení problému bude přínosem nejen pro samotnou FN Olomouc, ale jeho realizace bude současně i ve veřejném zájmu obyvatel Olomouckého kraje.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem mé práce je zpracovat projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc. Vedlejším cílem je analyzovat charakteristická prostředí v oblasti zdravotnictví na národní i regionální úrovni.

K dosažení hlavního cíle je nezbytné provést analýzu FN Olomouc. Pro analýzu makroprostředí zvolím PESTLE analýzu a následně provedu analýzu mikroprostředí organizace. Silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby vyhodnotím pomocí SWOT analýzy.

Na základě spojení teoretických poznatků o poskytování a financování dlouhodobé ošetřovatelské péče, zjištěných výstupů komplexně vyhodnocených v analytické části a posouzení současné situace poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc, navrhnu projektové řešení využitelné v praxi za pomocí nákladově užitkové metody.

Projekt bude na závěr podroben nákladové, časové a rizikové analýze.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DLOUHODOBÁ OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

1.1 Historie vývoje ošetřovatelské péče

Přirozenou vlastností člověka je pomáhat druhým. Rozvoj ošetřovatelství v evropských zemích má podle Kutnohorské (2010, s. 14) řadu shodných prvků. V historii vývoje ošetřovatelství lze pozorovat tři hlavní linie péče o nemocné:

- **Laická péče** – péče, kterou si poskytoval sám nemocný, nebo mu byla poskytována jeho blízkými na základě tradice.
- **Charitativní péče** – byla poskytována převážně církevními řády v charitativních domech. Ošetřování nemocných bylo vnímáno jako morální, humánní pomoc trpícímu člověku.
- **Organizovaná léčebná péče** – vzniká na konci 19. století a má přímou souvislost s válkami, rozvojem medicíny a růstem významu hygieny pro zdraví.

Mlýnková (2011, s. 60 – 62) uvádí, že už v raném středověku vznikaly nemocnice v klášterech tzv. infirmária, které byly určené pro nemocné členy řádu působící v klášteře. Postupně následoval vznik hospiců a hospitálů. Jejich význam spočíval v poskytování péče nejen chudým, nemocným, zestárlým a umírajícím, ale také sirotkům, pocestným a ostatním potřebným. Účelem bylo poskytnout střechu nad hlavou, jídlo a možnost přespání.

Ve středověku poskytovaly základní péči nemocným církevní řády, které zakládaly špitály dnešní předchůdce nemocnic. Kapacita špitálů byla velmi omezená a jejich poslání bylo více charitativního než léčebného významu. Šíření křesťanství sebou přinášelo i rozvoj ošetřovatelství. Rozdělení křesťanských řádů (Kutnohorská, 2010, s. 17):

- Církevní – řádové sestry žijí v klášteře, akceptují řádový život,
- Rytířské – vznikly v době válek, členy jsou rytíři, jejichž filozofií je boj za šíření křesťanství a ochrana víry, např. řád Maltézských rytířů, řád sv. Lazara,
- Světské – jejich filozofií je pomoc bližnímu.

S příchodem **řádu Milosrdných bratří** v roce 1605 se zlepšila úroveň poskytování ošetřovatelské péče. Tento řád zakládal špitály, kde milosrdní bratři pečovali výhradně o muže, výjimečně o ženy. Druhým nejvýznamnějším řádem, který souvisí s poskytováním kvalitní ošetřovatelské péče, byl **řád sv. Alžběty**. Tento řád se staral o ženy. Alžbětinky přišly do Prahy v roce 1719, kde založily svou první nemocnici.

Zásadní změna nastala za vlády Marie Terezie (1740 – 1780), která zavedla několik reforem týkajících se zvýšení péče o zdraví obyvatel. Syn Marie Terezie **Josef II**. vydal tzv. direktivní pravidla, podle nichž byly zakládány nemocnice spíše sociálního a azylového charakteru. Postupně vznikaly nové léčebné a ošetřovací ústavy a modernizovaly se stávající.

Po druhé světové válce dochází k zestátnění všech léčebných a ošetřovacích ústavů, vznikají domovy důchodců. Doprovází je vznik léčeben pro dlouhodobě nemocné. Paradoxem je, že jsou umísťovány v prostorách zabavených klášterů a církevních budov.

Nový typ péče – **hospicová péče**, péče o umírající, je v ČR poskytována až od roku 1995.

1.1.1 Významné osobnosti ošetřovatelství

Mezi nepřehlédnutelné představitelky českého středověkého opatrovnictví řadí Kutnohorská (2010, s. 28-29) Anežku Přemyslovnu a Zdislavu z Lemberka.

Anežka Přemyslovna (1211 – 1282) byla nejmladší dcera krále Přemysla Otakara I. a jeho druhé manželky Konstancie Uherské. Rozhodla se, že po předčasném úmrtí svých dvou ženichů, zasvětí svůj život bohu. Byla první královskou dcerou, která vstoupila do chudého řádu sv. Kláry. Anežka byla první ženou, která založila mužský i ženský klášter, v roce 1233 klášter sv. Františka, a v roce 1234 špitál Na Františku. Zde vznikl první ošetřovatelský řád, jedná se o první etický kodex zásad ošetřovatelské péče v raném středověku. Anežka Česká zasvětila celý svůj život pomoci chudým a nemocným. V roce 1989 byla svatořečena.

Zdislava z Lemberka (1220 – 1252) se věnovala charitativní činnosti na hradě Lemberku v severních Čechách, kam se odstěhovala po svatbě. Byla laickou spolupracovnicí apoštolského řádu dominikánů. Podporovala chudé a nemocné. V roce 1995 byla svatořečena.

Dále Kutnohorská (2010, s. 38-43) uvádí jako světově významnou představitelku ošetřovatelství **Florence Nightingaleovou** (1820 – 1910). Vzdělaná žena se silnou vůlí pocházející z bohaté anglické rodiny, která se již v sedmnácti letech rozhodla, že zůstane svobodná a bezdětná. Intenzivně se věnovala studiu ošetřovatelství. Své zkušenosti a znalosti z pracovních cest po Evropě zúročila v Krymské válce, která významně ovlivnila její další kariéru. Se skupinou ošetřovatelek uvedla do praxe hygienickou reformu, podávání kvalitní stravy, odpočinek pro vojáky a tím snížila jejich vysokou úmrtnost. Po návratu z války uspořádala národní sbírku a z jejího výtěžku 45 tisíc liber zřídila v Londýně ošetřovatel-

skou školu. Její nejlepší publikace Notes on nursing, která byla vydána v roce 1859, se stala učebnicí ošetřovatelství. Florence plně využila své zkušenosti k rozvoji profesního ošetřovatelství. Mezinárodní den sester je oslavován na celém světě vždy 12. května, na počest výročí narozenin Florence Nightingale.

1.2 Koncepce ošetřovatelství

Ošetřovatelská péče má nenahraditelné postavení v péči o zdraví člověka. Kvalitní ošetřovatelská péče je poskytována v České republice ve zdravotnických zařízeních lůžkové nebo ambulantní péče, v sociálních zařízeních a ve vlastním sociálním prostředí jednotlivců, rodin a skupin osob.

Nejvyšším metodickým článkem oboru ošetřovatelství je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Příslušný odborný útvar metodicky řídí a kontroluje ošetřovatelství v České republice. Vyjadřuje se ke všem zásadním odborným, organizačním, ekonomickým a legislativním opatřením, která se týkají ošetřovatelství a práce ošetřovatelského personálu v oblasti zdravotní a sociální péče.

Koncepce ošetřovatelství (MZČR, 2004) respektuje doporučení Organizace spojených národů, Světové zdravotnické organizace, směrnic Evropské unie, Evropské komise, Mezinárodní organizace práce, Mezinárodní rady sester a Mezinárodní rady porodních asistentek. Na základě těchto dokumentů je určen další vývoj a směr ošetřovatelství a porodní asistence v 21. století.

Definice ošetřovatelství uvedená v Koncepci ošetřovatelství (MZČR, 2004) „*Ošetřovatelství je samostatná vědecká disciplína zaměřená na aktivní vyhledávání a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb nemocného a zdravého člověka v péči o jeho zdraví.*

Ošetřovatelství je zaměřeno zejména na udržení a podporu zdraví, navrácení zdraví a rozvoj soběstačnosti, zmírňování utrpení nevyléčitelně nemocného člověka a zajištění klidného umírání a smrti. Ošetřovatelství se významně podílí na prevenci, diagnostice, terapii i rehabilitaci. Ošetřovatelský personál pomáhá jednotlivci, rodinám i skupinám, aby byli schopni samostatně uspokojovat fyziologické, psychosociální a duchovní potřeby. Vede nemocné k sebepéči, edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetřovatelské péče.

Nemocným, kteří o sebe nemohou, nechtějí či neumějí pečovat, zajišťuje profesionální ošetřovatelskou péči.“

Charakteristické rysy ošetřovatelství jsou:

- poskytování aktivní ošetřovatelské péče,
- poskytování individualizované péče prostřednictvím ošetřovatelského procesu,
- poskytováni ošetřovatelské péče na základě vědeckých poznatků podložených výzkumem,
- holistický přístup k nemocnému,
- preventivní charakter péče,
- poskytování péče ošetřovatelským týmem složeným z různě kvalifikovaných pracovníků (vícestupňový způsob).

1.3 Pojem dlouhodobá péče

V současné době se všeobecně a mezinárodně používá termín „long-term care“ dlouhodobá péče uvádí Holmerová a kol. (2014, s. 32). Jedná se o komplex služeb, které potřebují lidé s dlouhodobě omezenou soběstačností. Péče dlouhodobá trvá měsíce i léta, vysvětluje Haškovcová (2012, s. 131), a výrazné zlepšení zdravotního stavu pacienta klienta není pravděpodobné. Přes všechny problémy je třeba pečovat o udržení kvality života a snažit se o její mírné zlepšení. Dlouhodobou péči provádějí buď profesionálové, nebo často i neformální pečující.

Holmerová a kol. (2014, s. 72-74) uvádí, že Nizozemí se stalo první zemí, kde v roce 1990 vzniklo specializační vzdělávání pro medicínu dlouhodobé péče. Jeden lékařský úvazek odpovídá 100 pacientům v ošetřovatelských domech dlouhodobé péče. Nová kvalifikace lékařů přispěla k výraznému zvýšení kvality poskytované péče a spolu s kvalitní ošetřovatelskou péčí vedla ke snížení hospitalizací.

Odlišný systém dlouhodobé a následné péče založený na ošetřovatelských domech je poskytován v USA. Pratt (2016, s. 33) ho popisuje jako systém, který se snaží reagovat na rychle se měnící prostředí kreativně a inovativními způsoby poskytování služeb obyvatelstvu, které objevuje jeho schopnost ovlivňovat svou vlastní budoucnost. Nejhorší charakteristikou současného systému dlouhodobé péče je nedostatečná koordinace a jedno-

tvárnost. Paradoxně je jeho nejlepším znakem flexibilita a schopnost přizpůsobit se různým potřebám a požadavkům svých mnoha zákazníků.

Medicína dlouhodobé péče v ČR se datuje k roku 2009, kdy byla zařazena do oborů specializačního vzdělávání. Nicméně jednoznačné vymezení pojmu dlouhodobé péče v ČR neexistuje. Zákon o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) vymezuje pojem **následné lůžkové péče** a **dlouhodobé lůžkové péče**. Ve věstníku (MZČR, č. 9/1998) byla zveřejněna koncepce **následné lůžkové zdravotní péče**, jejíž součástí byla **odborná ošetřovatelská péče,** znázorněno viz schéma 1.

Schéma 1 Základní skupiny následné lůžkové zdravotní péče – Věstník MZČR č. 9/1998

Čerpání následné i dlouhodobé péče se týká všech věkových skupin. Současně nejvíce dotčenou skupinou jsou senioři ve věkové kategorii 65+ let. Následnou lůžkovou zdravotní péči lze členit dle věkových skupin na děti a dorost, na dospělé a na seniory.

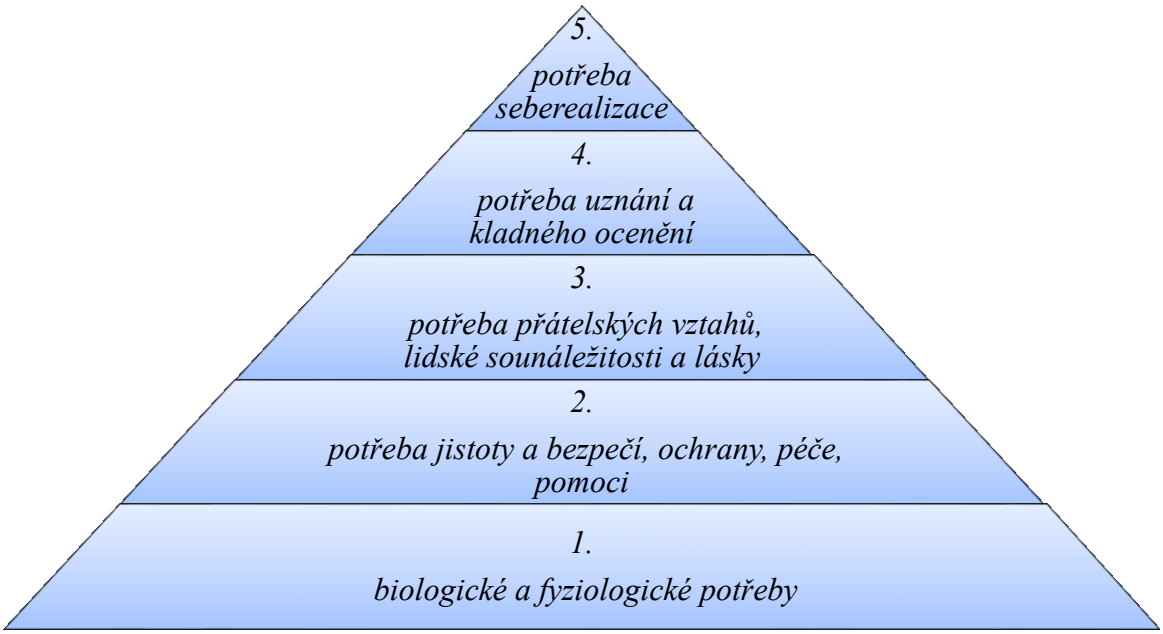
Specializovanou následnou péči lze členit takto:

- léčebná rehabilitace,
- psychiatrie,

- tuberkulóza a respirační nemoci,
- Onkologie,
- chronické ARO.

1.4 Funkční omezení

Existuje velké množství lidských potřeb a různých úhlů pohledu na ně. Psycholog A. H. Maslow sestavil známý žebříček potřeb, který se používá v ekonomii, v managementu, ale i v poskytování zdravotní péče nebo v oblasti sociálních služeb.



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb (Vlastní zpracování)

Zdravý výkonný člověk zpravidla nevnímá potřeby lidí se zdravotními problémy nebo s dlouhodobým zdravotním postižením. Na zdravotním postižení se v dětství a v mladé dospělosti významně podílejí úrazy, vrozené a perinatální příčiny. V mladé dospělosti přibývá úrazů a duševních poruch, ve středním věku uvádí Kalvach a kol. (2011, s. 25) nárůst kardiovaskulárních, nádorových a muskuloskeletálních onemocnění. Ve stáří přibývá k onemocněním středního věku onemocnění mozková, včetně Alzheimerovy choroby. Významnou roli hraje prodlužování života např. antibiotickou léčbou komplikací, pomocí nutriční podpory.

Funkční hodnocení pacientů v dlouhodobé péči je nutné posuzovat komplexně z více aspektů (Holmerová a kol., 2014, s. 78 – 86):

- soběstačnost,
- mobilita,
- senzorické funkce,
- křehkost a kondice,
- stav výživy,
- bolest,
- kvalita života,
- klinické vyšetření.

1.4.1 **Soběstačnost**

Soběstačnost popisuje Haškovcová (2012, s. 149) jako schopnost být fyzicky, psychicky, finančně i emociálně nezávislý. Tato schopnost obecně s přibývajícím věkem klesá v jedné nebo více složkách. Zdraví senioři by stále měli usilovat zdravým způsobem života o praktickou soběstačnost. Nemocní by měli dosahovat soběstačnosti dodržováním léčebného režimu a rehabilitací. Cílem je **sebeobsluha** - umět se o sebe postarat. Pečující by se měli vyvarovat toho, aby za seniora vykonávali to, čeho je sám schopen, i když pomaleji, namáhavěji nebo s pomocí druhých.

1.4.2 **Demence**

Tichá epidemie 21. století, takto vzletně se hovoří o demenci. Je to daň za dlouhověkost. Demence je soubor příznaků uvádí Haškovcová (2012, s. 65), které vznikají v důsledku degenerativního či cévního onemocnění mozku a projevují se jako výrazný úbytek intelektových schopností nemocného člověka. Zřetelně diagnostikovat demenci je záležitost několika měsíců, ale častěji i let. Dotyčná osoba postupně ztrácí schopnost orientovat se nejprve v čase, pak v prostoru. Později nepoznává známé lidi a nakonec neví, ani kdo je.

2 LEGISLATIVA VE ZDRAVOTNICTVÍ

Přehled základních právních norem v oblasti zdravotnictví:

- Zákon č. 551/1991 Sb. ze dne 6. prosince 1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 280/1992 Sb. ze dne 28. dubna 1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- Zákon č. 592/1992 Sb. ze dne 20. listopadu 1992 o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon 101/2000 Sb. ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 95/2004 Sb. ze dne 29. ledna 2004 o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 96/2004 Sb. ze dne 4. února 2004 o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006 zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 373/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 89/2012 Sb. ze dne 3. února 2012 občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

2.1 Zákon o zdravotních službách

Zákon o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a zapracovává příslušné předpisy Evropské unie.

Zákon o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) rozlišuje následující druhy a formy zdravotní péče:

Druhy zdravotní péče:

- **Druhy zdravotní péče podle časové naléhavosti jejího poskytnutí:**
  a) **neodkladná péče** – zamezuje nebo omezuje vznik náhlých stavů bezprostředně ohrožujících život, nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobujících náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí,
  b) **akutní péče** – účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu, nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí,
  c) **nezbytná péče** – poskytnutí vyžaduje zdravotní stav pacienta – zahraničního pojištěnce,
  d) **plánovaná péče** – není uvedena v předchozích bodech a), b), c).

- **Druhy zdravotní péče podle účelu jejího poskytnutí:**
  a) Preventivní péče,
  b) Diagnostická péče,
  c) Dispenzární péče,
  d) Léčebná péče,
  e) Posudková péče,
  f) Léčebně rehabilitační péče,
  g) Ošetřovatelská péče,

h) Paliativní péče,
i) Lékárenská péče a klinicko-farmaceutická péče.

Formy zdravotní péče:

- **ambulantní péče** – poskytnutí zdravotní péče nevyžaduje hospitalizaci pacienta ani jeho přijetí na lůžko jednodenní péče**,**
  a) primární ambulantní péče – preventivní péče, diagnostická péče, léčebná péče, posudková péče a konzultace,
  b) specializovaná ambulantní péče – poskytovaní v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče,
  c) stacionární péče – opakované denní poskytování ambulantní péče,
- **jednodenní péče –** poskytnutí zdravotní péče, kdy je pobyt pacienta na lůžku kratší než 24 hodin,
- **lůžková péče –** musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu,
  a) akutní lůžková péče intenzivní – pacient s náhlým selháváním nebo náhlým ohrožením základních životních funkcí, popř. kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,
  b) akutní lůžková péče standardní – pacient s náhlým onemocněním nebo s náhlým zhoršením chronické nemoci vážně ohrožující jeho zdraví, ale nevedoucí bezprostředně k selhávání životních funkcí, poskytnutí zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně, zahrnuje včasnou léčebnou rehabilitaci,
  c) následná lůžková péče – pacient se stanovenou základní diagnózou a stabilním zdravotním stavem, který vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče, zahrnuje následnou intenzivní péči pro pacienty částečně nebo úplně závislé na podpoře základních životních funkcí,
  d) dlouhodobá lůžková péče – pacientův zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje, zahrnuje intenzivní ošetřovatelskou péči pro pacienty s poruchou základních životních funkcí,
- **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta** – zahrnuje možnost poskytování umělé plicní ventilace a dialýzu,
  a) návštěvní služba,
  b) domácí péče – ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče, paliativní péče.

3 PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY ČR

Každá vláda ČR na počátku svého působení zpracuje a vydá své programové prohlášení, v němž si vytýčí důležité směry a úkoly vládní politiky pro své funkční období. Programovými prohlášeními v novodobé historii ČR se prolínají společná témata veřejných financí, důchodového systému, zdravotnického systému, vzdělávání, zemědělství, podnikání a zahraniční politiky.

Koaliční vláda premiéra Petra Nečase uvádí ve svém Programovém prohlášení ze dne 4. srpna 2010: *„Společně s odborníky vláda vymezí dlouhodobou zdravotně-sociální péči a navrhne zavedení uceleného systému zdravotnických a sociálních služeb, včetně způsobu financování. Bude podporovat dlouhodobou péči v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby přizpůsobené potřebám pacienta jako alternativu ústavní dlouhodobé péče. Podpoří paliativní a hospicové péče.“*

Vláda premiéra Jiřího Rusnoka ve svém Programovém prohlášení ze dne 2. 8. 2013 uvádí, nejen, že rozhodla o zvýšení minimální mzdy k 1. srpnu 2013, ale i: *„V součinnosti s orgány samosprávy a nevládními organizacemi bude řešen systém poskytování a financování sociálních služeb, včetně paliativní péče v zařízeních hospicového typu. Vláda bude pokračovat v přípravě nové právní úpravy tzv. dlouhodobé péče.“* Tento svůj úmysl dále podporuje návrhem valorizace platby za státní pojištěnce a úmyslem zajistit lepší podmínky úhrad péče pro poskytovatele zdravotní péče, zvláště v sektoru ústavní péče, rozvojem úhradových mechanismů a kultivací Sazebníku výkonů. Tato vláda se dále ve svém prohlášení zavazuje, že: „*S ohledem na stárnutí obyvatelstva bude také rozvíjet koncepci dlouhodobé péče a prohlubovat koordinaci zdravotních a sociálních služeb.“*

Programové prohlášení ze dne 12. února 2014 zpracované vládou Bohuslava Sobotky uvádí v resortních prioritách ministerstva zdravotnictví mimo jiné, že prosadí snížení DPH za léky, nebude znovu zavádět regulační poplatek za hospitalizaci a k 1. lednu 2015 zruší regulační poplatek za recept i za ambulantní ošetření. Regulační poplatek za využití pohotovostní služby byl zachován. Výpadky zdrojů za zrušené regulační poplatky budou kompenzovány poskytovatelům péče ze státního rozpočtu. V tomto prohlášení se vláda již nezmiňuje o koncepci dlouhodobé péče.

V Programovém prohlášení vlády České republiky ze dne 8. 1. 2018 menšinová vláda Andreje Babiše mimo jiné deklaruje, přípravu koncepce dlouhodobé péče s cílem podpořit domácí péči.

3.1 Memorandum o spolupráci mezi MPSV a MZ

V dubnu 2011 podepsali ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek a ministr zdravotnictví Leoš Heger v Poslanecké sněmovně memorandum o spolupráci, jehož cílem byla efektivnější péče o pacienty a potřebné a udržitelný způsob financování (MPSV, 2011). Na základě tohoto memoranda vznikl projekt Optimalizace sítě sociálních a zdravotních služeb. Výsledkem projektu měla být optimalizace počtů lůžek zdravotní a sociální péče v jednotlivých krajích i celé České republice. Počítalo se s přeměnou části akutních nemocničních lůžek na sociální lůžka s ohledem na demografický vývoj. Oba resorty chtěly stanovit přesnou hranici mezi zdravotní a sociální službou a způsob jakým se mají tyto péče hradit. Projekt byl pozastaven.

Memorandum iniciovalo také vznik pracovního týmu obou ministerstev, který připravoval věcný záměr zákona o dlouhodobé péči. Tento návrh nebyl schválen Legislativní radou vlády.

3.2 Program Zdraví 2020

Program Zdraví 2020 byl koncipován Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako **Osnova evropské zdravotní politiky pro 21. století**. ČR aplikovala tento klíčový dokument do **Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí**, která byla schválena usnesením Vlády ČR ze dne 8. 1. 2014 a usnesením Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR z 20. 1. 2014. Na základě tohoto rozhodnutí byly ustanoveny odborné pracovní skupiny, které připravily 13 akčních plánů schválených Vládou ČR dne 20. 8. 2015. Hlavním účelem bylo nastartovat účinné a dlouhodobě udržitelné mechanismy ke zlepšení zdravotního stavu populace a připravit materiál pro splnění předběžné podmínky Evropské komise pro čerpání finančních prostředků z evropských fondů pro oblast zdravotnictví. Akčním plánem č. 8a je **Zvýšení kvality, dostupnosti a efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče**, jehož snahou je řešit kontinuální zvyšování kvality následné, dlouhodobé a domácí péče, zlepšení dostupnosti indikované péče v souladu s demografickým vývojem populace a zvýšení efektivity poskytovaných služeb následné, dlouhodobé a domácí péče. Dle tiskové zprávy z 6. 3. 2018 (MZČR, 2018) ministr zdravotnictví Adam Vojtěch obnovil práce na programu Zdraví 2020, zadal kontrolu stavu jeho plnění, zjištění příčiny skluzu v naplňování cílů některých dílčích plánů a doporučení řešení, která by měla přinést urychlení prací na implementaci programových cílů.

4 SYSTÉM FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ ČR

Komplexní fungování zdravotního systému v každém státu je řešeno různými modely financování zdravotní péče. Odlišnost spočívá ve způsobu výběru prostředků, míře rizika, které podstupujeme a nákupem a poskytováním zdravotnických služeb. *Je pravidlem, že např. v každém státě je používán jeden z modelů financování, který je dominantní, a ten je dále doplněn vedlejším modelem* (Popesko a kol., 2014, s. 24). Zpravidla je financování poskytování zdravotní péče z více jak poloviny zajišťováno veřejnými zdroji, pouze např. v USA uvádí Rosen, Gayer (2010, s. 224), že *spotřebitelé hradí pouze 12 procent zdravotních nákladů. Soukromé pojištění a soukromé zdroje uhradí 42 procent a vláda uhradí 46 procent.*

Dělení zdravotnictví dle druhů - zdrojů financování:

- Systém přímých úhrad.
- Systém financování z daňových výnosů.
- Systém veřejného zdravotního pojištění.
- Systém soukromého zdravotního pojištění.

Modely financování zdravotnictví:

- Tržní model zdravotnictví.
- Státní model zdravotnictví.
- Veřejné zdravotnictví – Anglický model.
- Model národního zdravotního pojištění s více pojišťovnami.

V současné době je v ČR uplatňován systém veřejného zdravotního pojištění. Model národního zdravotního pojištění s více pojišťovnami, který je nazýván podle svého zakladatele Otto von Bismarcka. Cílem je zajištění dostupné a kvalitní zdravotní péče pro obyvatele státu a je postaven na principu sociální solidarity. Do tohoto systému vstupuje veřejný i privátní sektor. V rámci modelu figurují poskytovatelé různých vlastnických forem.

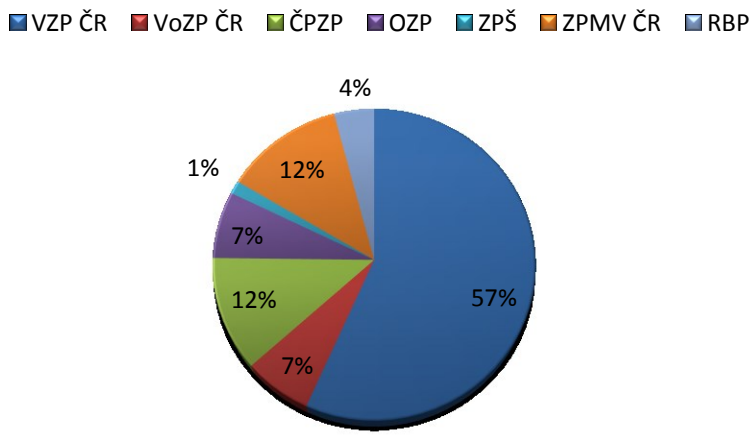
Veřejné zdravotní pojištění je druh zákonného pojištění (povinného), na jehož základě je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci. Plátci pojistného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé, stát. Nedílnou součástí tohoto modelu je spoluúčast pacienta na platbě za léky, stomatologické ošetření, příplatky na brýle apod. Předností Bismarckova modelu je vysoká dostupnost zdravotní péče a navazujících služeb

zdravotnických zařízení. Nedostatkem jsou administrativní náklady zdravotních pojišťoven a nepřehlednost systému úhrad zdravotní péče.

4.1 Zdravotní pojišťovny

Systém veřejného zdravotního pojištění je charakterizován existencí jedné monopolní zdravotní pojišťovny, nebo několika zdravotními pojišťovnami, nebo mnoha malými zdravotními pojišťovnami (Šatera, 2010, s. 54). V České republice provádějí veřejné zdravotní pojištění Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Od zavedení systému veřejného zdravotního pojištění v České republice působilo 27 zdravotních pojišťoven na trhu zdravotního pojištění. Tento počet se od roku 1993 zredukoval na 7 současně působících zdravotních pojišťoven:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (111 – VZP ČR).
- Vojenská zdravotní pojišťovna české republiky (201 – VoZP ČR).
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205 – ČPZP).
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207 – OZP).
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209 – ZP Škoda).
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky (211 – ZPMV ČR).
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213 – RBP ZP).

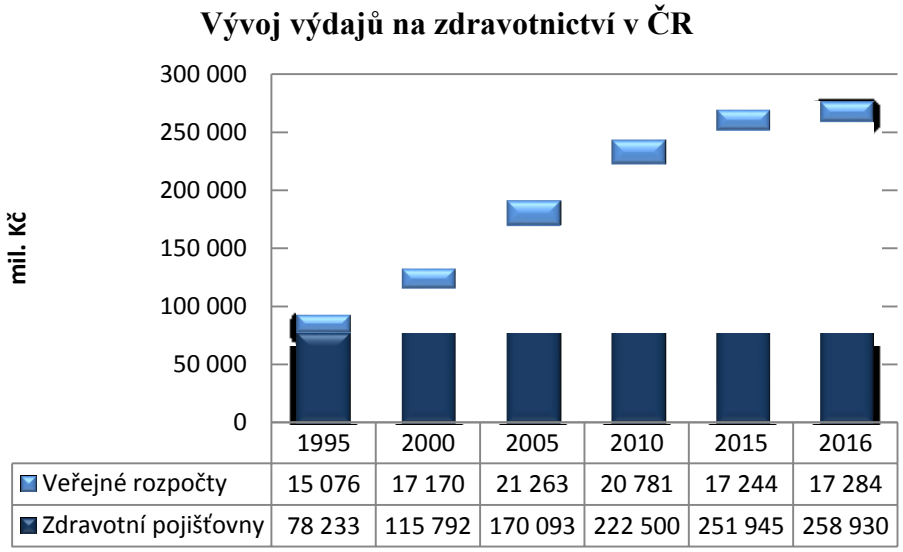


Graf 1 Podíl zdravotních pojišťoven ČR 2016, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

Jedním ze základních hodnotících kritérií zdravotní pojišťovny je počet jejich pojištěnců. Podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven na trhu zdravotních služeb v ČR podle počtu pojištěnců za rok 2016 (MZČR, 2018) je znázorněn v grafu 1.

4.2 Růst výdajů na zdravotnictví

Výdaje veřejných rozpočtů a výdaje systému veřejného zdravotního pojištění v ČR v roce 2016 činily 276,2 miliardy Kč (ÚZIS, 2017). V mezinárodním srovnání je měřítkem ukazatel podílu výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu. V roce 2011 byla jeho výše 7,0 a v roce 2016 vzrostl na odhadovanou výši 7,2. Dalším zdrojem financování zdravotnictví jsou soukromé výdaje, které od roku 1995 stouply z 9 mil. Kč na téměř 59 mil. Kč v roce 2015. Za rok 2016 nebyla výše soukromých výdajů ke dni odevzdání mé práce zveřejněna. Strmý růst veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR za období 1995 – 2016 je uveden v grafu 2.



Graf 2 Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví v ČR za období 1995 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

Trh zdravotních služeb je velmi odlišný od standardního tržního prostředí. Rosen a Gayer (2010, s. 180) uvádí, že *zdravotní péče se samozřejmě liší od zboží, jako jsou digitální fotoaparáty a MP3 přehrávače, protože její přijímání může být záležitostí života a smrti*.

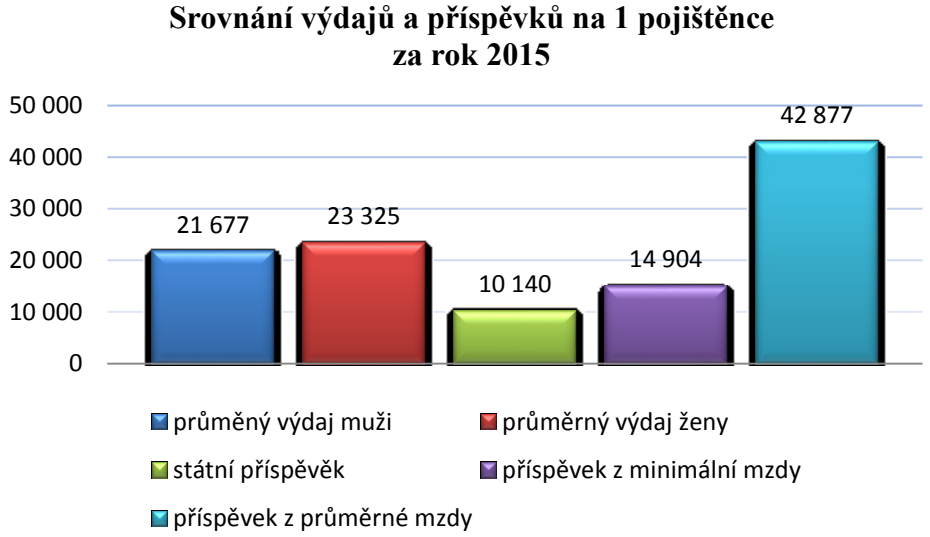
Rozdíly jsou v množství prodávajících – omezený počet poskytovatelů zdravotní péče, v maximalizaci zisku – většina nemocnic jsou nezisková zařízení, v komoditách, v informovanosti – pacient nemá dostatek informací, v úhradách služeb – pacient nehradí přímo, plátcem je třetí osoba.

Hospodaření zdravotnických zařízení v České republice je závislé na objektivních faktorech, které jsou těžko ovlivnitelné, a na subjektivních faktorech, které jsou specifické a charakteristické pro systém zdravotnictví v ČR. Pacienti využívají zdravotní péči nezávisle na ceně, což dokládá, že poptávka po zdravotní péči je velmi málo elastická. Poskytovatelé zdravotní péče stojí na straně nabídky. Systém nabídky a poptávky zdravotních služeb je regulován státem. *Příjmy ve zdravotnictví jsou odvozeny z důchodů, což znamená, že jsou citlivé na vývoj hospodářského cyklu. Výdaje ve zdravotnictví vykazují také určitou míru citlivosti na hospodářský vývoj, protože odráží rozpočtové omezení systému. Na straně výdajů působí i faktory, které s cyklem nesouvisí. Rostoucí výdaje jsou vyvolány mimo jiné novými léčebnými postupy, novými léky, stárnutím populace, ale i zvýšeným očekáváním ze strany veřejnosti* (Maaytová, 2012, s. 75).

Základem financování je úhradová vyhláška (Vyhláška č. 353/2017 Sb.) a Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami (Vyhláška č. 354/2017 Sb.), které stanoví ceny lékařských a zdravotnických služeb direktivně a jednotně. Na tvorbě Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami se podílí zástupci Lékařské komory, odborných společností, Zdravotních pojišťoven a Ministerstva zdravotnictví České republiky. *Pevné ceny jsou charakteristickým znakem českého způsobu financování zdravotnictví. Pouze okrajová část proudí do systému na základě přímých plateb, ale i ty jsou určeny předem* (Zlámal, Bellová, 2010, s. 15).

Systém zdravotnictví je v České republice financován z více než 80 % výběrem povinného zdravotního pojištění, kdy finanční prostředky vzniklé těmito povinnými odvody do zdravotních pojišťoven jsou následně těmito zdravotními pojišťovnami přerozdělovány na úhradu zdravotní péče osob, které ji potřebují. Tento způsob financování, nastavený od 1. ledna 1993, je založen na principu vzájemné solidarity všech pojištěných osob. Za státní pojištěnce jako jsou např. nezaopatřené děti, penzisté, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeči o zaměstnání, kteří do systému přispívat nemohou, je zdravotní pojištění hrazeno ze státního rozpočtu. Stát platí měsíčně pojistné ve výši 13,5 % z částky rovnající se vyměřovacímu základu pro platbu pojistného státem. Minimální mzda

od ledna 2018 činí v České republice 12.200 Kč (Nařízení vlády, 567/2006 Sb.) a z něho zákonná výše příspěvku na zdravotní pojištění činí 1.647 Kč. Výše příspěvku na zdravotní pojištění z průměrné mzdy za rok 2017 ve výši 29.504 Kč činí 3.983 Kč za jednoho pojištěnce. Hodnota příspěvku státu je 969 Kč na osobu (Zákon č. 592/1992 Sb.). Za této situace dochází v systému financování zdravotnictví k velké disproporci mezi plátci a uživateli zdravotního pojištění, kteří do zdravotního systému přispívají čtyřnásobně více, ale čerpají jen cca 20 % poskytované zdravotní péče. Srovnání v grafu 3.

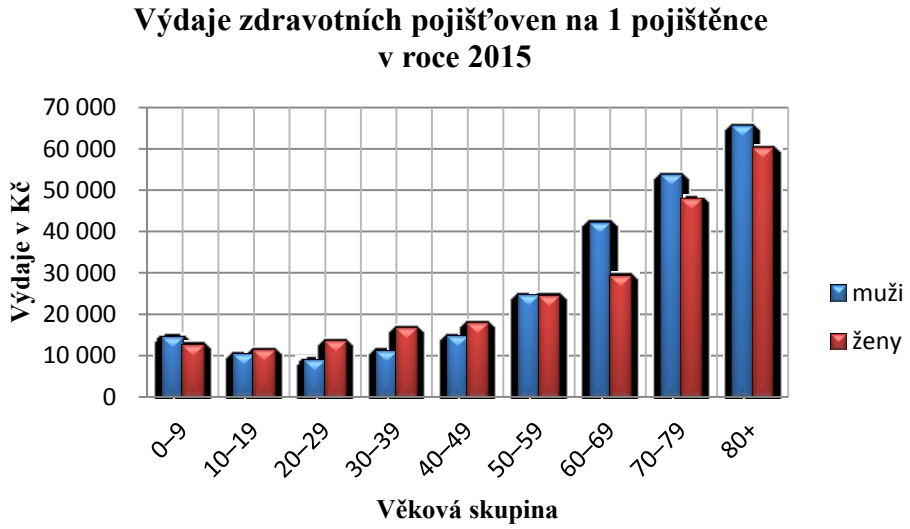


Graf 3 Srovnání výdajů a příspěvků na 1 pojištěnce za rok 2015 (Vlastní zpracování)

Pro srovnání mezi příjmy a výdaji na 1 pojištěnce za rok 2015 jsem vycházela z hodnoty měsíčního příspěvku státu na osobu v roce 2015, který jsem převedla na roční hodnotu 10.140 Kč. Dále jsem převedla měsíční zákonnou platbu vypočtenou z minimální mzdy 2015 na roční hodnotu 14.904 Kč a stejně jsem postupovala i v případě průměrné měsíční mzdy za rok 2015, kdy jsem vypočítala zákonnou roční platbu ve výši 42.877 Kč. Hodnota ročního průměrného výdaje za jednoho pojištěnce muže a ženy v roce 2015 vychází z přehledů výdajů zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce (ÚZIS ČR, 2016).

4.3 Čerpání zdravotní péče

Čerpání zdravotní péče nepochybně souvisí s demografickým vývojem obyvatel. V ČR lze také vysledovat trendy, které mají přímý i nepřímý dopad na systém zdravotních služeb. Vliv věkové struktury na výši čerpání zdravotní péče dokládá uvedený přehled výdajů zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2015 dle věkových skupin zpracovaný v grafu 4.

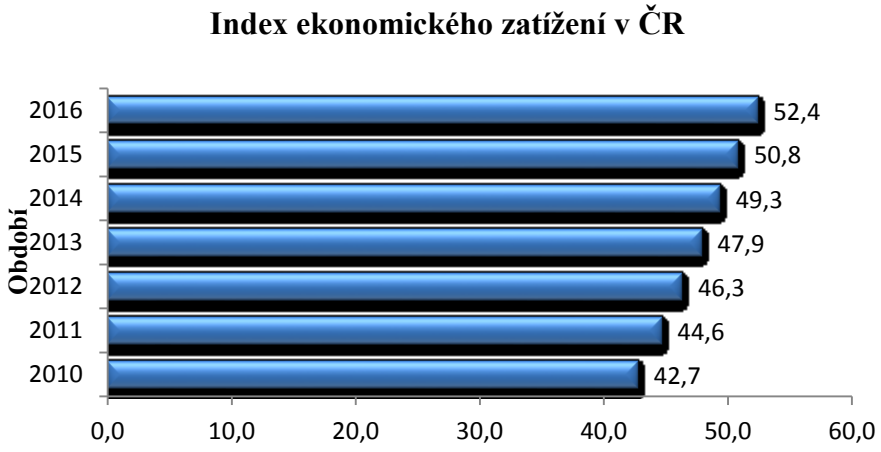


Graf 4 Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce za rok 2015 dle věkových skupin, ÚZIS ČR © 2017 (Vlastní zpracování)

Zobrazený přehled výdajů zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce v roce 2015 dle věkové struktury jasně dokládá propastný rozdíl ve výdajích mezi jednotlivými věkovými skupinami. Zatímco od narození do věkové skupiny 40 – 49 let se pohybují roční výdaje na jednoho pojištěnce do 18 tis. Kč, v následující věkové skupině 50 – 59 let výdaje stouply na 24,5 tis. Kč a v ostatních věkových skupinách již prudce vyšplhaly až k částce 63 tis. Kč.

Dále je možné pozorovat i rozdíl mezi výdaji na poskytnutou zdravotní péči na muže a výdaji na zdravotní péči poskytnutou ženám. Po narození je více výdajů vynakládáno na muže, ve středním věku je více výdajů vynakládáno na ženy, což nepochybně souvisí s těhotenstvím a porody. Od věkové skupiny 60 let a více spotřebovávají muži nákladnější zdravotní péči a to až o 30 %.

Věková struktura obyvatel je významnou demografickou charakteristikou, která má svůj dopad prakticky ve všech oblastech společenského, politického a ekonomického života (Šatera, 2010, s. 8). Věková struktura obyvatel ČR se jasně odráží v indexu ekonomického zatížení. Tento index ukazuje podíl součtu osob v předproduktivním věku (věk 0 – 14 let) a poproduktivním věku (osoby ve věku 65 a více let) na 100 osob v produktivním věku (osoby ve věku 15 – 64 let). Hodnoty indexu ekonomického zatížení viz graf 5 (ČSÚ, 2017).



Graf 5 Index ekonomického zatížení v ČR (Vlastní zpracování)

Během let 2010 – 2016 index ekonomického zatížení v ČR dynamicky vzrůstal. Silné populační ročníky 70. let minulého století, které se nyní nacházejí ve věku ekonomické aktivity, postupně stárnou a neodvratně míří ke svému důchodovému věku. Trend vývoje indexu ekonomického zatížení minulých let bude dál pokračovat. Česká republika se neodvratně blíží k převaze ekonomicky neaktivních obyvatel nad ekonomicky aktivními. Demografický vývoj obyvatel ČR je podrobněji analyzován v praktické části mé práce, kapitola č. 8.

5 FINANCOVÁNÍ DLOUHODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE

Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny různé typy zdravotní péče na základě rozsáhlého a komplikovaného mechanismu úhrad:

- Kapitační platba – ambulantní forma péče poskytovaná v oboru všeobecného praktického lékařství a v oboru praktického lékařství pro děti a dorost.
- Platba za ošetřovací den – paušální platba za jeden den hospitalizace.
- Platba za výkon – jednotlivá položka zdravotní péče, které je oceněna přiřazením počtu bodů a hodnotou bodu danou pro příslušnou odbornost a typ zdravotnického zařízení.
- Platba za diagnózu – úhrada dle klasifikačního systému hodnocení případů v hospitalizační péči nazvaného „Diagnosis related group – DRG“.

Financování dlouhodobé ošetřovatelské péče vychází z úhradové vyhlášky (Vyhláška č. 353/2017 Sb.), kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. Pro hrazené služby poskytované poskytovateli následné lůžkové péče, poskytovateli dlouhodobé lůžkové péče, zvláštní ambulantní péče a poskytovateli zvláštní lůžkové péče, hrazené paušální sazbou za jeden den hospitalizace nebo podle seznamu výkonů, se hodnota bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení stanoví takto:

Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetřovacího dne (OD) včetně režie přiřazené k ošetřovacímu dni a kategorie pacienta podle seznamu výkonů, paušální částku, kterou se hradí léčivé přípravky a výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštěcí vyšetření podle seznamu výkonů. Výše paušální sazby za jeden den hospitalizace v roce 2018 se stanoví:

$$\textit{Paušální sazba}_{OD,2018} = min\{max\{1,07 * \textit{Paušální sazba}_{OD,2017}; X\}; Y\} + \textit{Navýšení OD}_i$$

Navýšení OD_i je hodnota navýšení úhrad na zvýšení příplatku zdravotnickým pracovníkům, kteří vykonávají nelékařské zdravotnické povolání bez odborného dohledu střídavě ve třísměnném nebo nepřetržitém provozním režimu u poskytovatelů zdravotních služeb lůžkové péče, dále jen zvláštní příplatek za směnnost. U typu ošetřovacího dne typu 00005 činí v roce 2018 navýšení úhrady 50 Kč.

Tabulka 1 Přehled paušálních sazeb za OD dlouhodobé lůžkové péče v roce 2018 (Vlastní zpracování)

Ošetřovací den 00005	X minimální paušální sazba Kč/ den hospitalizace	Y maximální paušální sazba Kč/den hospitalizace
Kategorie pacienta 1 dle seznamu výkonů	1 167,36	1 547,67
Kategorie pacienta 2 dle seznamu výkonů	1 276,58	1 697,64
Kategorie pacienta 3 dle seznamu výkonů	1 404,08	1 803,38
Kategorie pacienta 4 dle seznamu výkonů	1 531,80	1 901,35
Kategorie pacienta 5 dle seznamu výkonů	1 732,13	1 911,85

Z přehledu uvedeného v tabulce 1 vyplývá, že je zohledněna náročnost OD podle kategorií pacienta: 1 – soběstačný, 2 – částečně soběstačný, 3 – vyžadující zvýšený dohled, 4 – imobilní, 5- pacient v bezvědomí.

5.1 Normativ personálního zabezpečení

Požadavky na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb stanovuje poskytovatelům MZČR vyhláškou (Vyhláška 99/2012 Sb.). V případě poskytování dlouhodobé lůžkové péče je normativ na 30 lůžek stanoven takto:

a) Lékař se specializovanou nebo zvláštní odbornou způsobilostí 0,2 úvazku,
b) Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez dohledu 1,0 úvazku,
c) Všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 6,0 úvazku,
d) Sanitář, ošetřovatel nebo masér 5,0 úvazku,
e) Fyzioterapeut bez dohledu nebo ergoterapeut bez dohledu 0,2
f) Dostupnost klinického psychologa a nutričního terapeuta.
g) zdravotně-sociální pracovník nebo jiný odborný pracovník – sociální pracovník v úvazku 0,2 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek do 30, v úvazku 0,5 ve zdravotnickém zařízení s počtem lůžek nad 30.

6 STRATEGICKÉ DLOUHODOBÉ INVESTIČNÍ ROZHODOVÁNÍ

Podnikové investice lze charakterizovat jako jednorázově (krátkodobě) vynaložené zdroje, které budou přinášet peněžní příjmy během delšího časového období. Investice by měly být realizovány podle investičního plánu podniku, který vychází ze strategického podnikového plánu tak, aby se podílely na plnění cílů podniku. (Kislingerová a kol., 2007, s. 263).

Investiční proces lze rozdělit do tří fází:

- **předinvestiční fáze** zahrnuje identifikaci projektů, předběžný výběr, technicko-ekonomická studie proveditelnosti,
- **investiční fáze** představuje vlastní realizaci projektu a uvedení projektu do života,
- **provozní fáze**.

Pro vyhodnocení efektivnosti investic existují techniky – metody uvedené ve schématu 2. **Statické metody** se zaměřují na sledování peněžních přínosů z investice, jejich poměřování s počátečními výdaji, opomíjejí faktor rizika a faktor času. **Dynamické metody** zohledňují působení faktoru času, jejich základem je diskontování všech vstupních parametrů použitých pro výpočet. Diskontní faktor zohledňuje působení času i rizika. (Kislingerová a kol., 2007, s. 268-288).

Statické metody	Dynamické metody
• průměrný roční výnos • průměrná doba návratnosti • průměrná procentní výnosnost • doba návratnosti	• čistá současná hodnota • vnitřní výnosové procento • doba návratnosti • index ziskovosti • průměrný výnos z účetní hodnoty

Schéma 2 Přehled metod hodnocení efektivnosti investice (Vlastní zpracování)

Problematika efektivnosti patří v ekonomii ke klíčovým tématům, kterým je věnována značná pozornost. Je to z toho důvodu, že jde o kritérium, které pomáhá při rozhodování o racionálním využití omezených zdrojů k uspokojení potřeb, které jsou neomezené. (Maaytová, 2012, s. 75).

6.1 Financování investic

Základem úspěšné realizace investic je včasné zajištění dostatečného objemu finančních prostředků potřebného na krytí investičního projektu. Kislingerová a kol. (2007, s. 299-300) uvádí **třídění zdrojů financování investic**:

- *dle původu zdrojů,*
  - *na interní – zisk, odpisy,*
  - *na externí – vklady vlastníků, dotace a dary, rizikový kapitál,*
- *dle vlastnictví zdrojů,*
  - *vlastní – zisk, odpisy,*
  - *cizí – podniková banka, rezervy na důchod, úvěry finančních institucí, dluhopisy, finanční leasing, obchodní úvěry, ostatní závazky.*

Příspěvkové organizace hospodaří v souladu se zákonem o rozpočtových pravidlech (Zákon č. 218/2000 Sb.) na kombinovaném principu vlastního jmění a fondů. K financování svých investičních potřeb vytváří příspěvkové organizace Fond reprodukce majetku (účet 416). Ke krytí investičních potřeb mohou příspěvkové organizace použít rovněž investiční úvěry nebo půjčky, ale pouze se souhlasem zřizovatele. Otrusinová, Kubíčková (2011, s. 24) uvádí **zdroje Fondu reprodukce majetku**:

- *odpisy dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku tvořené dle zřizovatelem schváleného odpisového plánu,*
- *investiční dotace z rozpočtu zřizovatele a investiční příspěvky ze státních fondů,*
- *výnosy (příjmy) z prodeje svěřeného dlouhodobého majetku – pouze při schválení zřizovatelem,*
- *výnosy (příjmy) z prodeje majetku ve vlastnictví příspěvkové organizace,*
- *peněžní dary a příspěvky od jiných subjektů určené nebo použitelné k investičním účelům,*
- *převody z jiného peněžního fondu ve výši povolené zřizovatelem.*

6.2 Nákladově užitkové metody

V oblasti veřejného sektoru je možné hodnotit a usměrňovat výkonnost a efektivnost využitím metod nákladově užitkové analýzy. Otrusinová, Kubíčková (2011, s. 117) uvádějí, že *přínosem nákladově užitkových metod je rozšíření předmětu zkoumání na straně výstupů*

(nejen finanční veličiny) i na straně vstupů a rozlišení různých situací z hlediska cíle či účelu, k němuž měření účinnosti směřuje.

Za klíčové problémy týkající se hodnocení zdravotních služeb považuje Maaytová (2012, s. 95) kvalitu zdravotních služeb a efektivnost zdravotnických zařízení. Pro hodnocení zdravotnických programů a samotné kvality zdravotní péče se především využívají metody: **C**ost-**M**inimalization **A**nalysis (analýza nákladů na minimalizaci), **C**ost-**B**enefit **A**nalysis (analýza nákladů a přínosů), **C**ost-**E**ffectiveness **A**nalysis (analýza efektivnosti nákladů), **C**ost-**U**tility **A**nalysis (analýza užitečnosti nákladů).

6.2.1 **Analýza nákladů a přínosů**

Pro komplexní hodnocení projektů veřejně prospěšných investičních akcí lze využít Cost-Benefit Analýzu, tj. metodu Analýzy nákladů a přínosů. Za veřejně prospěšné projekty Sieber (2004, s. 5) považuje takové akce, jejichž smyslem není maximalizace zisku, ale zvýšení užitku jakýchkoli subjektů. Zásadní rozdíl oproti investicím realizovaným v komerční sféře tkví v užitku jiného, nežli investujícího subjektu. Naopak společným cílem hodnocení investic v obou sektorech je hledání odpovědí na stejné otázky:

- **Je investice smysluplná?**
- **Který z investičních projektů je nejlepší?**

Základní postup pro zpracování CBA:

1. definovat podstatu projektu,
2. vymezit strukturu beneficientů,
3. vytvořit finanční plán z pohledu investora,
4. popsat situaci a její vývoj v případě, že bude projekt realizován – investiční varianta, situaci a její vývoj v případě, že projekt realizován nebude – nulová varianta,
5. určit a kvantifikovat všechny relevantní náklady a přínosy (C&B) pro všechny životní fáze projektu,
6. vyčlenit neocenitelné C&B a slovně je popsat,
7. převést ocenitelné C&B na hotovostní toky,
8. stanovit diskontní sazbu a zjistit současnou hodnotu všech C&B,
9. vypočíst kriteriální ukazatele,

10. posoudit projekt na základě vypočtených kriteriálních ukazatelů, neocenitelných efektů a citlivostní analýzy,
11. rozhodnout o přijatelnosti či nepřijatelnosti a financování investice.

Základní pojmy:

Efekty plynoucí z investice – veškeré dopady na zkoumané subjekty spojené s realizací investiční akce. Vyskytují se ve finanční i nefinanční podobě. Z hlediska určitého subjektu mohou mít povahu pozitivní (Benefits), negativní (Costs) nebo neutrální, tj. subjekt nikterak neovlivní.

Costs (Újmy) – veškeré negativní dopady na zkoumaný subjekt. Jedná se o záporné efekty plynoucí z investice.

Benefits (Přínosy) – veškeré pozitivní dopady na zkoumaný subjekt. Jedná se o kladné efekty plynoucí z investice.

Beneficient – jakýkoli subjekt či jejich skupina (včetně investora), na kterého dopadají kladné i záporné efekty plynoucí z investice.

Hotovostní tok (Cash Flow) – tok ve finančním vyjádření, který může nabývat podobu příjmu či výdaje.

Čistý hotovostní tok (Net Cash Flow) – saldo (rozdíl) záporných a kladných hotovostních toků, tj. rozdíl příjmů a výdajů.

Kriteriální ukazatele – ukazatele plnící funkci kritéria pro rozhodnutí, zda je projekt smysluplný či nikoli. Na základě jejich hodnot lze projekty mezi sebou porovnávat. Nabývají podoby ukazatelů NPV, IRR, doby návratnosti a B/C Ratio.

Sunk costs – utopené náklady, které investor vydá v každém případě, ať je či není investice uskutečněna. Do rozhodování se tyto náklady nezahrnují.

Podstatou a základem metody CBA je podrobná analýza dopadů investice na všechny zainteresované subjekty (Otrusinová, Kubíčková, 2011, s. 119). Základním hodnotícím kritériem je výše **čisté současné hodnoty,** tj. porovnání současné hodnoty všech nákladů a současné hodnoty všech přínosů **(B – C).** Pokud je čistá současná hodnota větší než nula, pak je varianta přínosem. Dalším zjištěním je **poměr současné hodnoty přínosů a současné hodnoty nákladů B/C.** Pokud je poměr větší než 1 (B/C>1) je varianta přínosem.

7 ZÁVĚREČNÉ HODNOCENÍ POZNATKŮ TEORETICKÉ ČÁSTI

Poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče v ČR je velmi problematické a nepřehledné. Často dochází k záměně pojmů následná péče, dlouhodobá péče, ošetřovatelská péče, jak u veřejných činitelů naší země, tak u odborníků pracujících ve zdravotnictví, ve zdravotních pojišťovnách, ale i u samotných občanů. V současnosti není v ČR dlouhodobá ošetřovatelská péče politicky atraktivním tématem. Větší pozornost je věnována poskytování akutní péče.

Ačkoliv každá nově zvolená vláda od roku 2010, mimo vlády Bohuslava Sobotky, uváděla ve svém Programovém prohlášení vlády ČR, potřebu řešení koncepce dlouhodobé péče, žádné se dosud nepodařilo tuto koncepci připravit a legislativně v ČR prosadit. Ovšem samotný fakt uvedení potřebnosti systémového řešení dlouhodobé péče ve vládních programových prohlášeních veřejně přiznává nedostatečné zajištění této formy péče v naší zemi a nepřímo upozorňuje na hrozby dnešní doby, které přináší stárnutí populace a s tím spojený nárůst osob závislých na cizí péči.

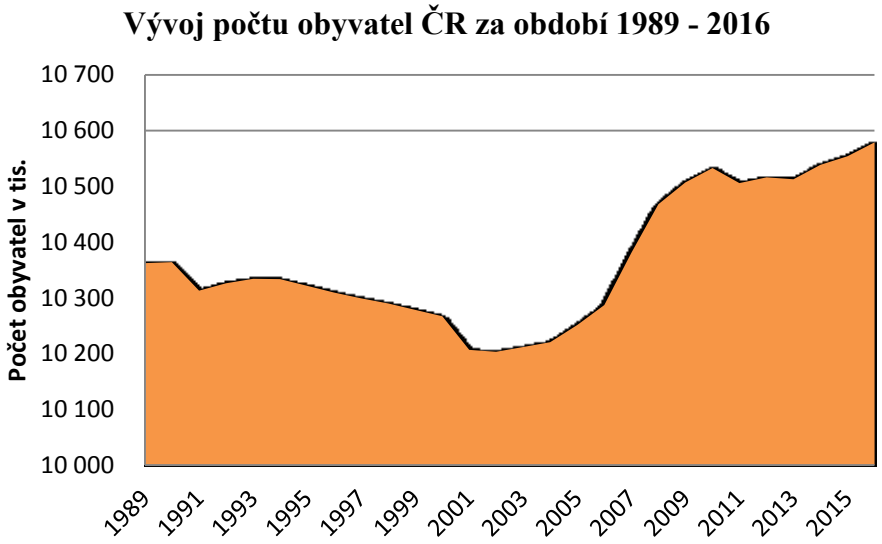
Z uvedených poznatků v teoretické části mé práce vyplývá, že v současné době je v ČR poskytování i financování dlouhodobé ošetřovatelské péče systémově nedostatečné. Růst výdajů na zdravotnictví v ČR za posledních 20 let vzrostl trojnásobně, ovšem v globálním srovnání vynakládá Česká republika malý podíl výdajů na zdravotnictví vůči HDP. Ovlivní demografický vývoj v následujících dvaceti letech výdaje ve zdravotnictví? Hrozí seniorům nedostupnost dlouhodobé péče? Bude dostatek kvalifikovaných personálních kapacit? Zodpovězení těchto otázek budu řešit v analytické části mé práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

8 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL

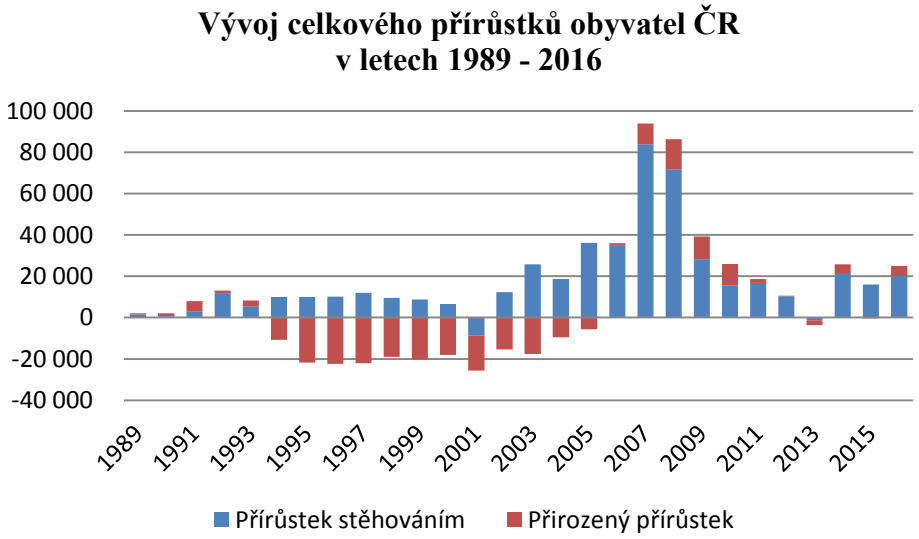
8.1 Analýza demografického vývoje obyvatel v ČR

Populace ČR se za sledované období rozrostla z původního stavu 10 362 102 obyvatel v roce 1989 na 10 578 820 obyvatel v roce 2016, tj. nárůst o 216 718 osob, což činí nárůst 2,1 % za posledních 27 let. Z toho je k 31. 12. 2016 evidováno 5 200 687 mužů a 5 378 133 žen. Vyčíslený nárůst populace ČR nebyl plynulý. Od roku 1989 počet obyvatel klesal k nejnižší hodnotě 10 203 269 obyvatel v roce 2002, aby následně začal stoupat. Průměrný věk obyvatel v ČR stoupá, k 31. 12. 2016 byl 42 let, u mužů 40,6 let a u žen 43,4 let. Demografický vývoj obyvatel ČR za období 1989 – 2016 je znázorněn v grafu 6.



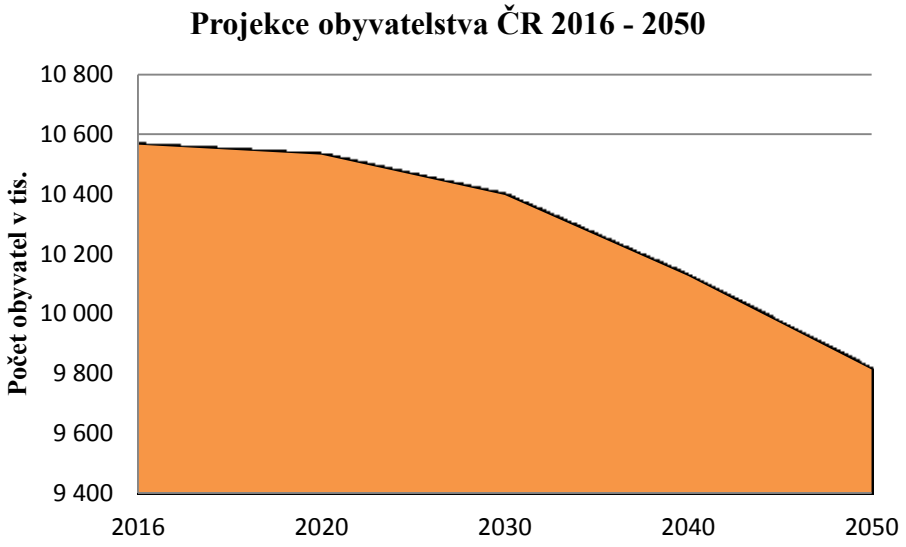
Graf 6 Vývoj počtu obyvatel v ČR za období 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (Vlastní zpracování)

Na nárůst populace ČR má vliv jednak přirozený přírůstek obyvatel, který vypovídá o vyšším počtu narozených dětí než počtu zemřelých osob, ale hlavně migrační přírůstek, který vypovídá o vyšším počtu přistěhovalých než vystěhovalých osob. V roce 2016 bylo o 4 913 více živě narozených dětí než zemřelých osob. Zahraniční stěhování zajistilo v roce 2016 migrační přírůstek ve výši 20 064 osob. Celkový přírůstek v roce 2016 činil 24 977 obyvatel. Vývoj celkového přírůstku obyvatel ČR za sledované období 1989 – 2016 je zobrazen v grafu 7.



Graf 7 Vývoj celkového přírůstku obyvatel ČR v letech 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (Vlastní zpracování)

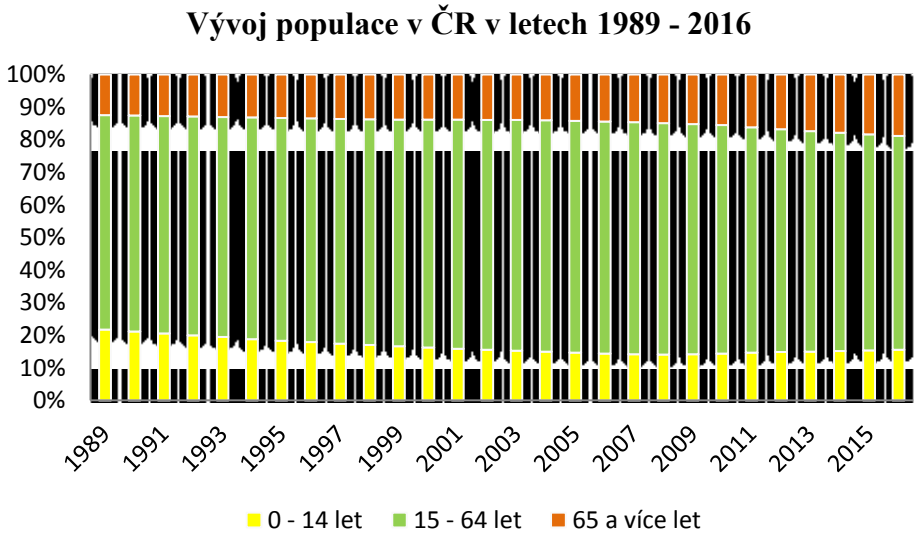
ČSÚ zveřejnil projekci demografického vývoje obyvatelstva ČR, ve kterém uvádí předpokládaný pokles stavu obyvatelstva oproti roku 2016 o -752 414 osob (7,1 %) na očekávaných 9 812 872 obyvatel v roce 2050. Očekávaný pokles je způsobený záporným přirozeným přírůstkem, znázorněno v grafu 8.



Graf 8 Projekce obyvatelstva ČR 2016 – 2050, ČSÚ © 2017 (Vlastní zpracování)

8.1.1 Stárnutí - vývoj populace v ČR

V hrubém členění podle věku se obyvatelstvo rozčleňuje do tří základních věkových skupin: 0 – 14 let, 15 – 64 let (produktivní věk), 65 a více let. Nejpočetnější skupinou je skupina v produktivním věku. V roce 1989 bylo 6 817 371 osob v produktivním věku, tj. 65,8 % populace. V roce 2016 bylo v produktivním věku 6 942 623 osob, tj. 65,6 %. Vývoj populace v ČR je zobrazen v grafu 9.



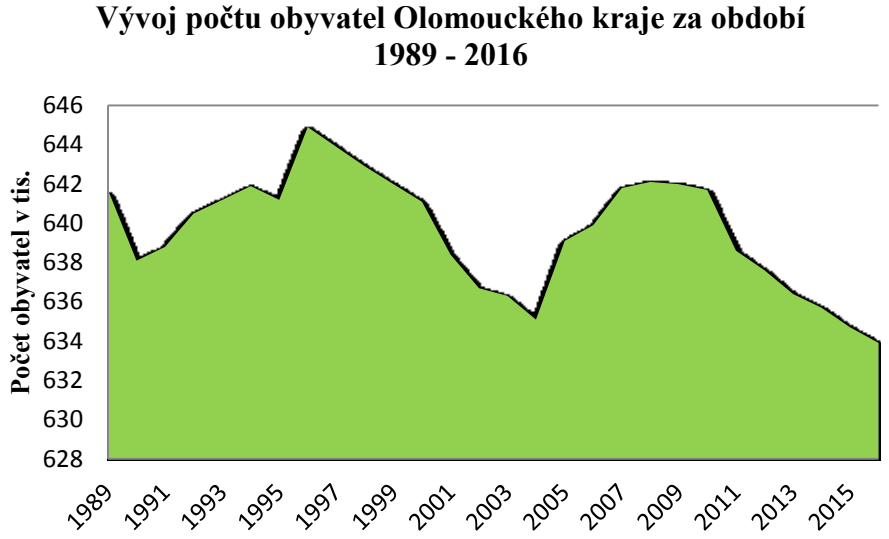
Graf 9 Vývoj populace v ČR v letech 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (Vlastní zpracování)

Za sledované období klesl v ČR počet mladších osob14-ti let z 2 252 709 na 1 647 275 osob, což představuje pokles o 605 434 osob, tj. pokles o 26,8 %. V populaci ČR se zvýšil podíl osob starších 65-ti a více let z 12,5 % na 18,8 %, to znamená nárůst obyvatel v této věkové skupině o 696 900 z 1 292 022 v roce 1989 na 1 988 922 v roce 2016.

8.2 Analýza demografického vývoje obyvatel v Olomouckém kraji

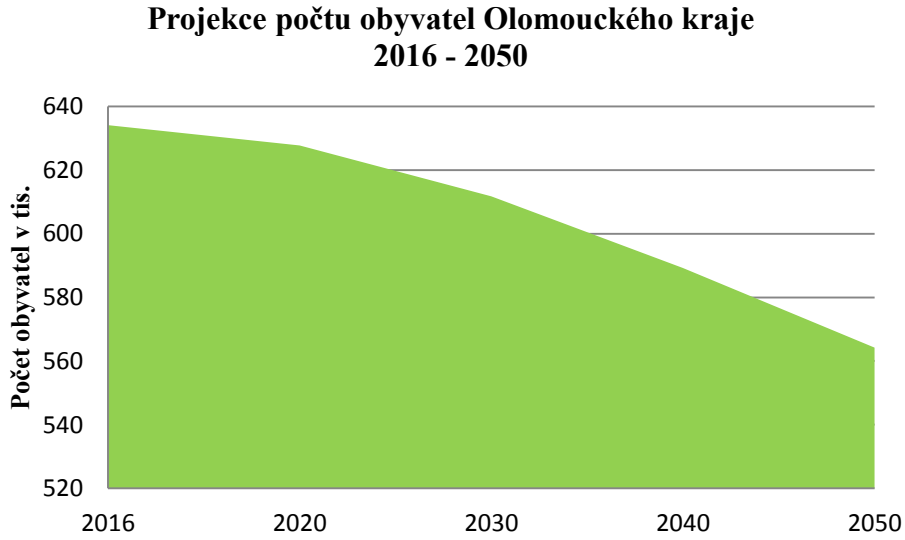
Česká republika se územně člení do čtrnácti vyšších územních samosprávních celků - krajů. Olomoucký kraj zahrnuje okresy Jeseník, Olomouc, Prostějov, Přerov, Šumperk. Za sledované období 1989 – 2016 poklesl počet obyvatel Olomouckého kraje z 641 719 o 7 794 osob, tj. 1,2 % na 633 925 osob. Průměrný věk obyvatel se v Olomouckém kraji

zvyšuje a k 31. 12. 2016 činil 42,4 let. Demografický vývoj obyvatel v Olomouckém kraji je znázorněn v grafu 10.



Graf 10 Vývoj počtu obyvatel Olomouckého kraje za období 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (Vlastní zpracování)

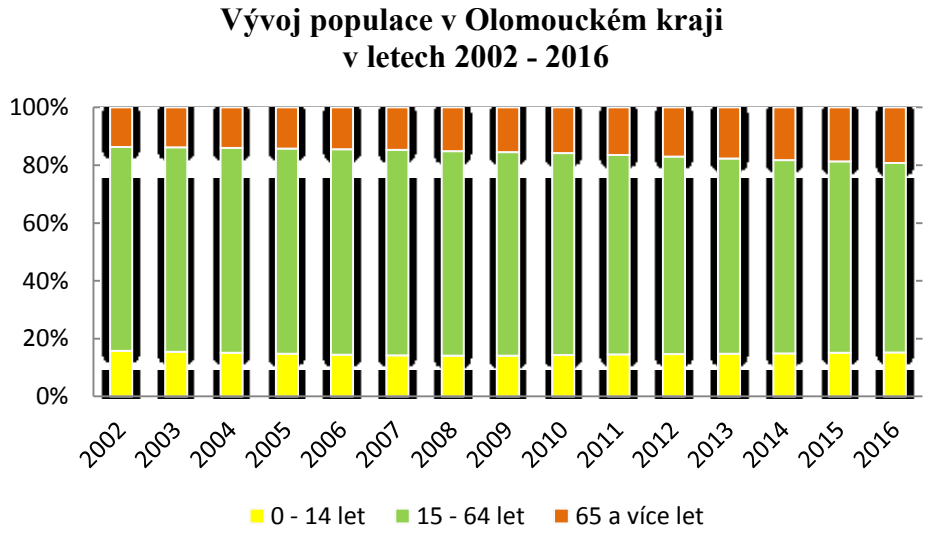
ČSÚ zveřejnil projekci demografického vývoje obyvatelstva Olomouckého kraje, ve kterém uvádí předpokládaný pokles stavu obyvatelstva o 69 863 osob (11 %) na očekávaných 564 218 obyvatel v roce 2050, znázorněno v grafu 11. Očekávaný pokles je způsobený záporným přirozeným přírůstkem a je vyšší než očekávaný pokles populace v ČR.



Graf 11 Projekce počtu obyvatel Olomouckého kraje 2016 – 2050, ČSÚ © 2017 (vlastní zpracování)

8.2.1 Stárnutí - vývoj populace v Olomouckém kraji

Data dle věkových skupin za Olomoucký kraj jsou k dispozici až od roku 2002. Nejpočetnější skupinou v Olomouckém kraji je skupina obyvatel v produktivním věku 15 – 64 let. V roce 2002 bylo 448 568 osob v produktivním věku, tj. 70,5 % populace Olomouckého kraje. V roce 2016 bylo v produktivním věku 414 933 osob, tj. 65,5 %. Vývoj populace Olomouckého kraje je zobrazen v grafu 12.



Graf 12 Vývoj populace v Olomouckém kraji v letech 2002 – 2016, ČSÚ © 2018 (Vlastní zpracování)

Za sledované období klesl počet osob mladších 14 let z 100 789 na 96 735 osob, což představuje pokles o 4 054 osob, tj. pokles o 4 %. V populaci Olomouckého kraje se zvýšil podíl osob starších 65 a více let z 13,7 % na 19,3 %, to znamená nárůst obyvatel v této věkové skupině o 34 864 z 87 393 v roce 2002 na 122 257 v roce 2016.

Stárnutí populace Olomouckého kraje je srovnatelné s vývojem stárnutí populace celé ČR. U nejmladší věkové skupiny je v roce 2016 menší podíl osob Olomouckého kraje než v ČR, u osob v produktivním věku se podíl od průměrného podílu v ČR liší pouze o 0,1 %. U seniorské věkové skupiny má Olomoucký kraj v roce 2016 větší podíl osob o 0,5 % než je průměrný podíl seniorů za celou ČR.

9 ANALÝZA LŮŽKOVÉHO FONDU

Informace o lůžkovém fondu celé ČR shromažďuje a vyhodnocuje **Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR)**, který je organizační složkou státu. ÚZIS byl zřízen v roce 1960 a jeho zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Podle zákona o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) je ÚZIS ČR správcem Národního zdravotního informačního systému. ÚZIS ČR je povinný subjekt ve smyslu ustanovení § 2 odst. 1 a 2 zákona o svobodném přístupu k informacím (Zákon č. 106/1999 Sb.).

Zdrojová data potřebná k provedení analýzy lůžkového fondu nebyla volně dostupná. Pro potřeby této práce vyhověl ÚZIS ČR mé žádosti a poskytl mi požadované údaje v rozsahu mého zadání, viz Příloha č. 1 Počet lůžek podle druhu poskytovatele a Příloha č. 2 Počet lůžek podle formy péče. V průběhu sledovaných let došlo v roce 2014 a v roce 2016 k úpravě výkaznictví, což se projevilo v horší porovnatelnosti dat z důvodu rozdílné zdrojové základny. Do roku 2015 se vykazovaly data pomocí pololetního výkazu L(MZ)1-02 o lůžkovém fondu poskytovatele lůžkové péče a jeho využití. V roce 2014 došlo ke změně struktury a obsahu výkazu – forma péče. Od roku 2016 byl výkaz L102 zrušen a nahrazen Přílohou 1 k ročnímu výkazu E (MZ)2-01/E(MZ)3-01 o složkách platu/mzdy, personálním a provozním vybavení PZS. Změna se týká především odděleného sledování následné a dlouhodobé péče v období 2010 – 2013, kdy se forma péče nesledovala na výkazu. **Forma akutní péče** je uvedena bez oddělení a pracovišť následné a dlouhodobé péče. Forma péče v grafech je uvedena podle zařazení do **následné péče a dlouhodobé péče.**

Do následné péče jsou zahrnuta oddělení a pracoviště:

- Geriatrie
- Psychiatrie
- Sexuologie
- Rehabilitace
- Dětská psychiatrie
- Gerontopsychiatrie
- Alkohol-toxikologické návykové nemoci.

Do dlouhodobé péče jsou zahrnuta oddělení a pracoviště:

- Následná intenzivní péče

- Paliativní péče
- Ošetřovatelská péče
- Dlouhodobá intenzivní ošetřovatelská péče.

Sledování počtu lůžek podle **druhu poskytovatele** se dělí na nemocnice (akutní péče) a na nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy.

Do nemocnice (akutní péče) jsou zahrnuty:

- Fakultní nemocnice a nemocnice.

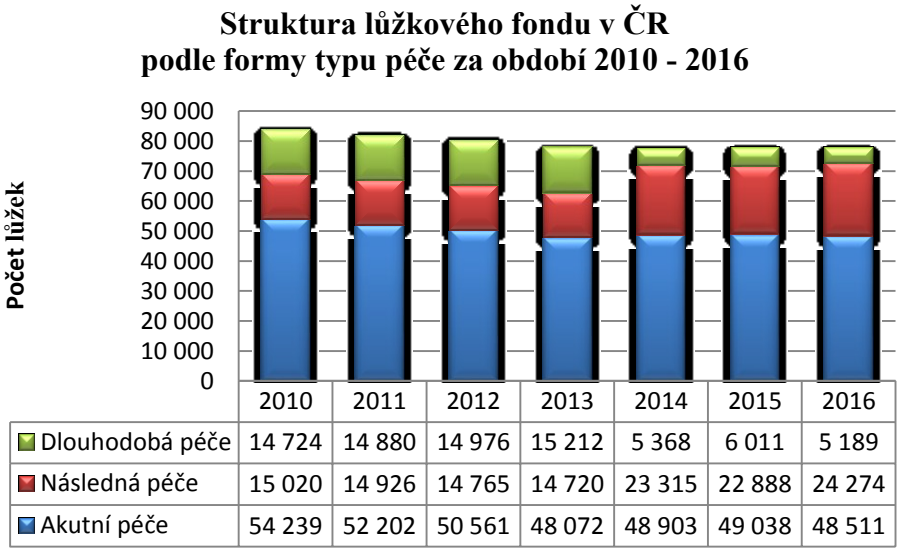
Do nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy jsou zahrnuty:

- Nemocnice následné péče
- Léčebna pro dlouhodobě nemocné
- Léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí
- Psychiatrická léčebna
- Rehabilitační ústav
- Ostatní odborné ústavy
- Dětská psychiatrická léčebna
- Ostatní dětské odborné léčebné ústavy
- Dětská ozdravovna
- Hospic
- Další lůžkové zařízení.

Od 1. 1. 2016 došlo k administrativní změně v evidenci léčeben pro dlouhodobě nemocné, kdy její začlenění zařízení v rámci poskytovatele bylo ukončeno a převedeno na poskytovatele jako oddělení. Tato změna se odrazila ve významném nárůstu počtu lůžek v kategorii nemocnic akutní péče a naopak v poklesu počtu lůžek u léčeben dlouhodobě nemocných.

9.1 Analýza lůžkového fondu v ČR

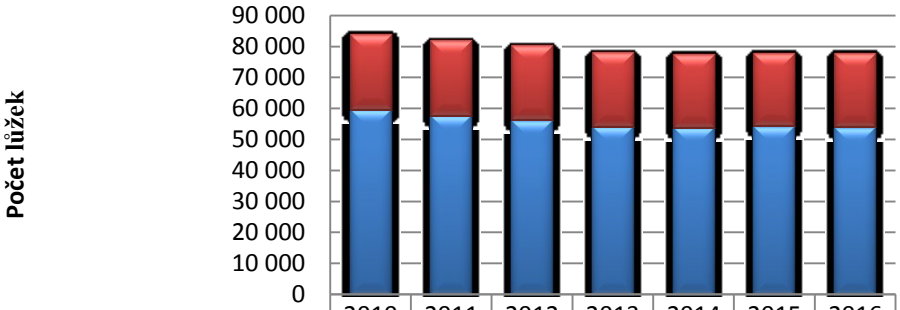
Ukazatel počtu lůžek vypovídá o stavu počtu lůžek k poslednímu dni sledovaného období. Lůžkový fond ČR se za sledované období 2010 – 2016 snížil z 83 983 lůžek na 77 974 lůžek, tj. celkové snížení o 6 009 lůžek, což činí snížení 7,2 % kapacity lůžkového fondu ČR. Pokles byl do roku 2014, kdy stav lůžek v ČR byl na historicky nejnižší hranici 77 586. V roce 2015 došlo k nárůstu o 351 lůžek a v roce 2016 stoupl počet o 31 lůžek.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dlouhodobá péče	14 724	14 880	14 976	15 212	5 368	6 011	5 189
Následná péče	15 020	14 926	14 765	14 720	23 315	22 888	24 274
Akutní péče	54 239	52 202	50 561	48 072	48 903	49 038	48 511

Graf 13 Struktura lůžkového fondu v ČR podle formy typu péče za období 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

Zajímavé je srovnání struktury lůžkového fondu podle formy poskytované péče zobrazeno v grafu 13 a podle poskytovatele zdravotní péče zobrazeno v grafu 14.



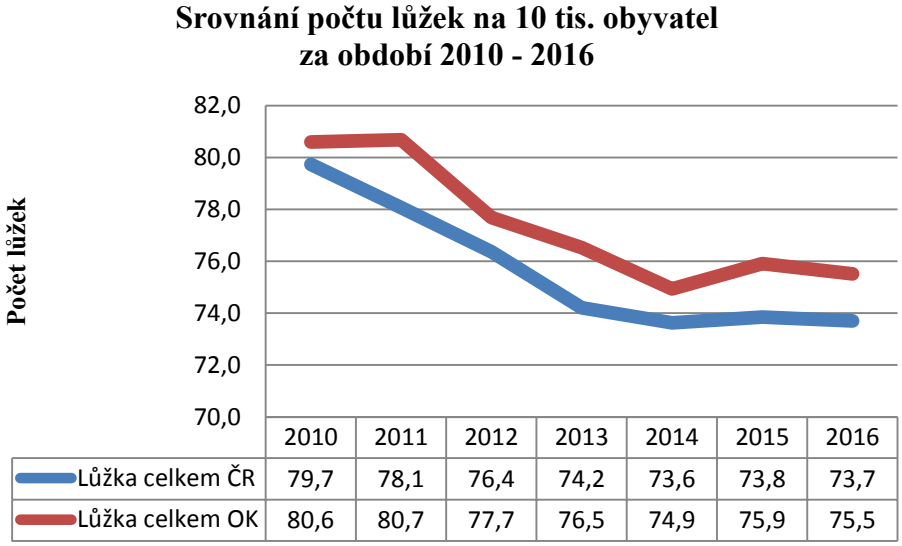
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice následné péče a odborné léč. ústavy	24 281	24 252	24 040	23 781	23 740	23 522	24 004
Nemocnice - akutní péče	59 702	57 756	56 262	54 223	53 846	54 415	53 970

Graf 14 Struktura lůžkového fondu v ČR podle poskytovatele péče za období 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

V grafu 14 je struktura lůžkového fondu ČR uvedena dle srovnatelné metodiky platné do roku 2015. Čili údaje za rok 2016 neodpovídají zveřejněným údajům ve Zdravotnické ročence České republiky 2016. Ze srovnání mezi grafem 13 a grafem 14 vyplývá důležité zjištění, že dlouhodobá péče je poskytována ve zdravotnických zařízení poskytujících zejména akutní péči, což dokazují údaje za roky 2014, 2015, 2016 kdy se počet lůžek podle

formy následné péče velice přibližuje počtu lůžek v nemocnicích následné péče a odborných ústavech.

Významným ukazatelem dostupnosti lůžkového fondu je počet lůžek na 10 tisíc obyvatel. Kapacita počet lůžek na 10 tisíc obyvatel v ČR klesá v souladu se snižováním lůžkového fondu ČR. Pokles mezi roky 2010 a 2016 činí 6 lůžek na 10 tisíc obyvatel, což je snížení o 7,5 %. Graf 15 znázorňuje srovnání počtu lůžek na 10 tisíc obyvatel v ČR a v Olomouckém kraji za období 2010 – 2016.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lůžka celkem ČR	79,7	78,1	76,4	74,2	73,6	73,8	73,7
Lůžka celkem OK	80,6	80,7	77,7	76,5	74,9	75,9	75,5

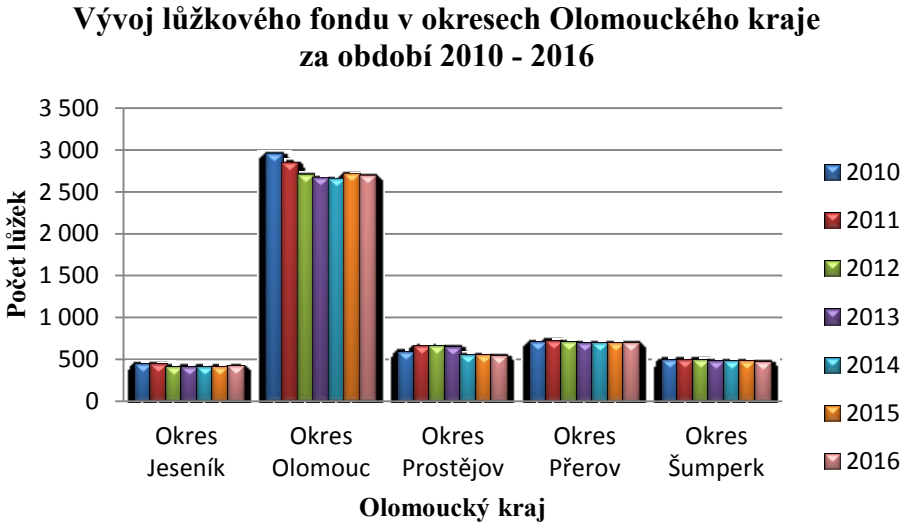
Graf 15 Srovnání počtu lůžek na 10 tis. obyvatel za období 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (vlastní zpracování)

Počet lůžek na 10 tisíc obyvatel v Olomouckém kraji se za období 2010 – 2016 snížil o 5 lůžek z 80,6 lůžek v roce 2010 na 75,5 lůžek v roce 2016, což činí snížení o 6,3 %. Počet lůžek na 10 tisíc obyvatel je v Olomouckém kraji za sledované období vyšší, než je celostátní průměr. V roce 2010 byl vyšší o 0,9 lůžek a postupně rozdíl vzrostl o 2,4 %, tj. o 1,8 lůžka nad republikový průměr v roce 2016.

9.2 Analýza lůžkového fondu v Olomouckém kraji

Olomouc má širokou spádovou oblast, která zasahuje až do Zlínského kraje a Pardubického kraje. Lůžkový fond Olomouckého kraje se za sledované období 2010 – 2016 snížil z 5 172 lůžek na 4 787 lůžek, tj. celkové snížení o 385 lůžek, což činí snížení 7,4 % kapacity lůžkového fondu Olomouckého kraje. Pokles byl do roku 2014, kdy stav lůžek dosáhl

nejnižší hranice 4 764. V roce 2015 došlo k nárůstu o 54 lůžek a v roce 2016 opět k poklesu o 31 lůžek. V grafu 16 je znázorněn vývoj lůžkového fondu v jednotlivých okresech Olomouckého kraje. Lůžkový fond za kraj a okresy je uváděn podle sídla zdravotnického zařízení.



Graf 16 Vývoj lůžkového fondu v okresech Olomouckého kraje za období 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

Největší počet lůžek má v Olomouckém kraji okres Olomouc a to jak v absolutním vyjádření, tak i v přepočtu lůžek na 10 tisíc obyvatel. V roce 2010 byl stav lůžkového fondu okresu Olomouc 2 945 lůžek. V následujícím období objem lůžkového fondu klesl o 263 na 2 682 lůžek, tj. nejvyšší snížení lůžkového fondu o 8,9 % v rámci Olomouckého kraje.

Druhým v pořadí objemu lůžkového fondu je okres Přerov. V tomto okrese bylo za sledované období nejnižší snížení z původního stavu 700 lůžek v roce 2010 na 689 lůžek v roce 2016. Pokles činil 11 lůžek, tj. snížení pouze o 1,6 %.

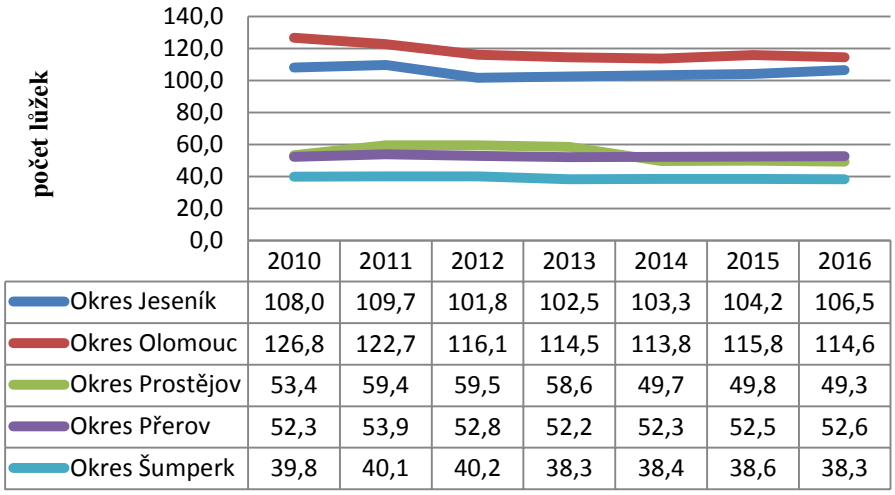
Třetím v pořadí objemu lůžkového fondu je okres Prostějov. V tomto okrese bylo za sledované období nejvyšší snížení z původního stavu 588 lůžek v roce 2010 na 536 lůžek v roce 2016. Pokles činil 52 lůžek, tj. snížení o 8,8 %.

Čtvrté místo v objemu lůžkového fondu patří okresu Šumperk. V tomto okrese byl za sledované období snížen počet lůžek v roce 2010 ze 495 o 30 kusů na 465 lůžek v roce 2016, tj. o snížení 6,1 %.

Poslední páté místo ve velikosti lůžkového fondu náleží okresu Jeseník. V tomto okrese byl za sledované období snížen počet lůžek v roce 2010 ze 444 o 29 na 415 lůžek v roce 2016, tj. snížení o 6,5 %.

Porovnáním ukazatele počet lůžek na 10 tisíc obyvatel v rámci Olomouckého kraje za jednotlivé okresy uvedeného v grafu 17 se změní pořadí jednotlivých okresů oproti srovnání objemu lůžkového fondu v jednotlivých okresech.

Srovnání počtu lůžek na 10 tis. obyvatel dle okresů

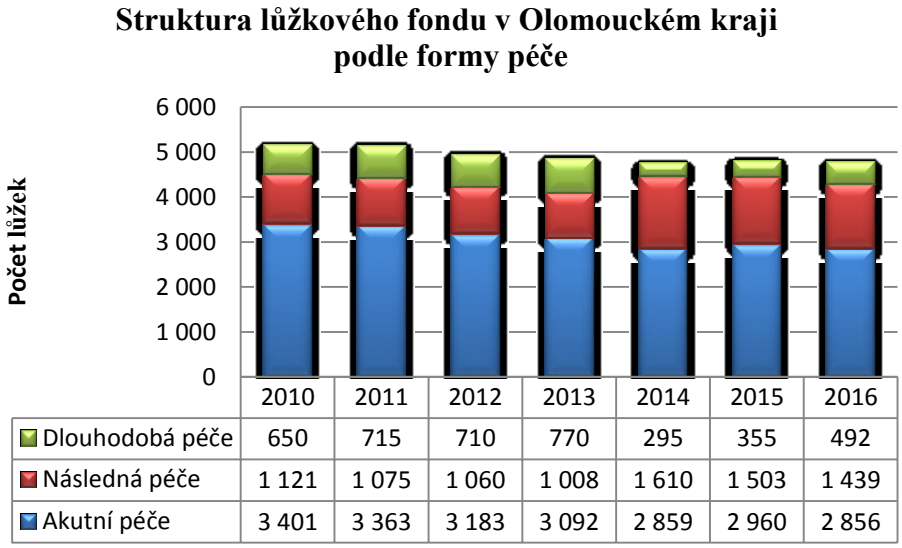


	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Okres Jeseník	108,0	109,7	101,8	102,5	103,3	104,2	106,5
Okres Olomouc	126,8	122,7	116,1	114,5	113,8	115,8	114,6
Okres Prostějov	53,4	59,4	59,5	58,6	49,7	49,8	49,3
Okres Přerov	52,3	53,9	52,8	52,2	52,3	52,5	52,6
Okres Šumperk	39,8	40,1	40,2	38,3	38,4	38,6	38,3

Graf 17 Srovnání počtu lůžek na 10 tis. obyvatel dle okresů, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

Největší počet lůžek na 10 tisíc obyvatel má v roce 2016 okres Olomouc s 114,6 lůžky. Překvapivě druhým okresem je Jeseník s počtem 106,5 lůžek. Vysvětlením je řídké osídlení tohoto okresu. Třetím okresem je Přerov s 52,6 lůžky, čtvrtým v pořadí je okres Prostějov s 49,3 lůžky a páté místo náleží s počtem 38,3 lůžek okresu Šumperk.

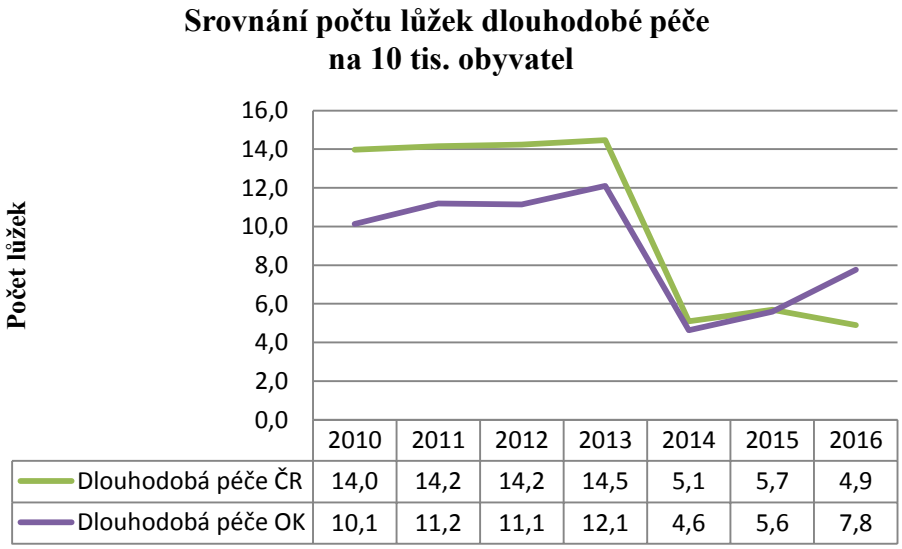
ÚZIS zveřejňuje údaje k vývoji počtu lůžek podle krajů za celé zdravotnictví pouze podle druhu poskytovatele, tj. poskytovatele akutní péče a poskytovatele ostatní lůžkové péče, bez rozlišení formy typu poskytované péče na lůžka. Z obdržených dat (příloha č. 2) jsem zpracovala přehled struktury lůžkového fondu Olomouckého kraje podle formy péče znázorněno v grafu 18. V grafu je zřejmý dopad změny vykazování struktury a obsahu výkazu - forma péče, od roku 2014 dochází k přesunu mezi dlouhodobou péčí a následnou péčí. V roce 2016 další změna výkaznictví.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dlouhodobá péče	650	715	710	770	295	355	492
Následná péče	1 121	1 075	1 060	1 008	1 610	1 503	1 439
Akutní péče	3 401	3 363	3 183	3 092	2 859	2 960	2 856

Graf 18 Struktura lůžkového fondu v Olomouckém kraji podle formy péče, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

V případě detailnějšího rozboru zobrazeného v grafu 19, který je zaměřený přímo na počet lůžek dlouhodobé péče na 10 tisíc obyvatel ve srovnání mezi průměrem ČR a Olomouckým krajem se promítá opět změna výkaznictví. Přesto v období 2010 – 2013 je Olomoucký kraj pod státním průměrem. Od roku 2014 koresponduje počet lůžek dlouhodobé péče na 10 tisíc obyvatel v Olomouckém kraji s průměrem ČR. Údaje za rok 2016 ovlivňuje opět změna ve výkaznictví.



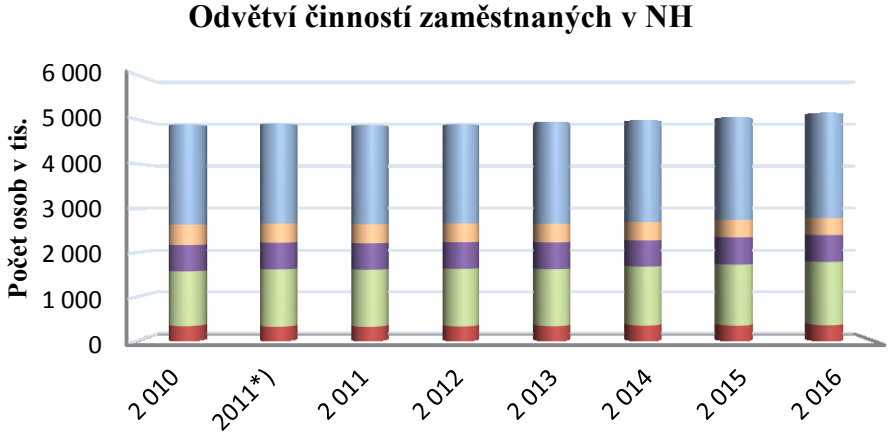
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Dlouhodobá péče ČR	14,0	14,2	14,2	14,5	5,1	5,7	4,9
Dlouhodobá péče OK	10,1	11,2	11,1	12,1	4,6	5,6	7,8

Graf 19 Srovnání počtu lůžek dlouhodobé péče na 10 tis. obyvatel, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

10 ANALÝZA TRHU PRÁCE

10.1 Analýza trhu práce v ČR

Ekonomický růst ČR přináší zlepšení situace na trhu práce. Celková zaměstnanost nadále posiluje a v roce 2016 poprvé v historii ČR překročila hranici 5,1 miliónu zaměstnaných. Počet zaměstnaných se zvýšil za sledované období o 253 338. V grafu 20 jsou zobrazena nejobsazenější odvětví činností zaměstnaných v národním hospodářství. Z přehledu je patrné, že u stavebnictví došlo v ČR ke snížení z původně zaměstnaných 464 876 v roce 2010 na 386 301 zaměstnaných v roce 2016, což je pokles o 78 575 zaměstnaných, tj. o 16,9 %. Ve zpracovatelském průmyslu došlo k nárůstu o 192 733 zaměstnaných, tj. o 15,6 %. Ve velkoobchodě a maloobchodě došlo také ke zvýšení zaměstnaných o 11 977, tj. o 2 %.



	2 010	2011*)	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016
Ostatní odvětví	2 250	2 248	2 231	2 231	2 288	2 286	2 301	2 358
Stavebnictví	465	433	431	425	420	414	396	386
Velkoobchod a maloob.	594	602	597	602	605	590	616	606
Zpracovatelský prům.	1 236	1 294	1 288	1 299	1 285	1 330	1 377	1 429
Zdravotní a soc. péče	340	327	325	333	339	354	352	360

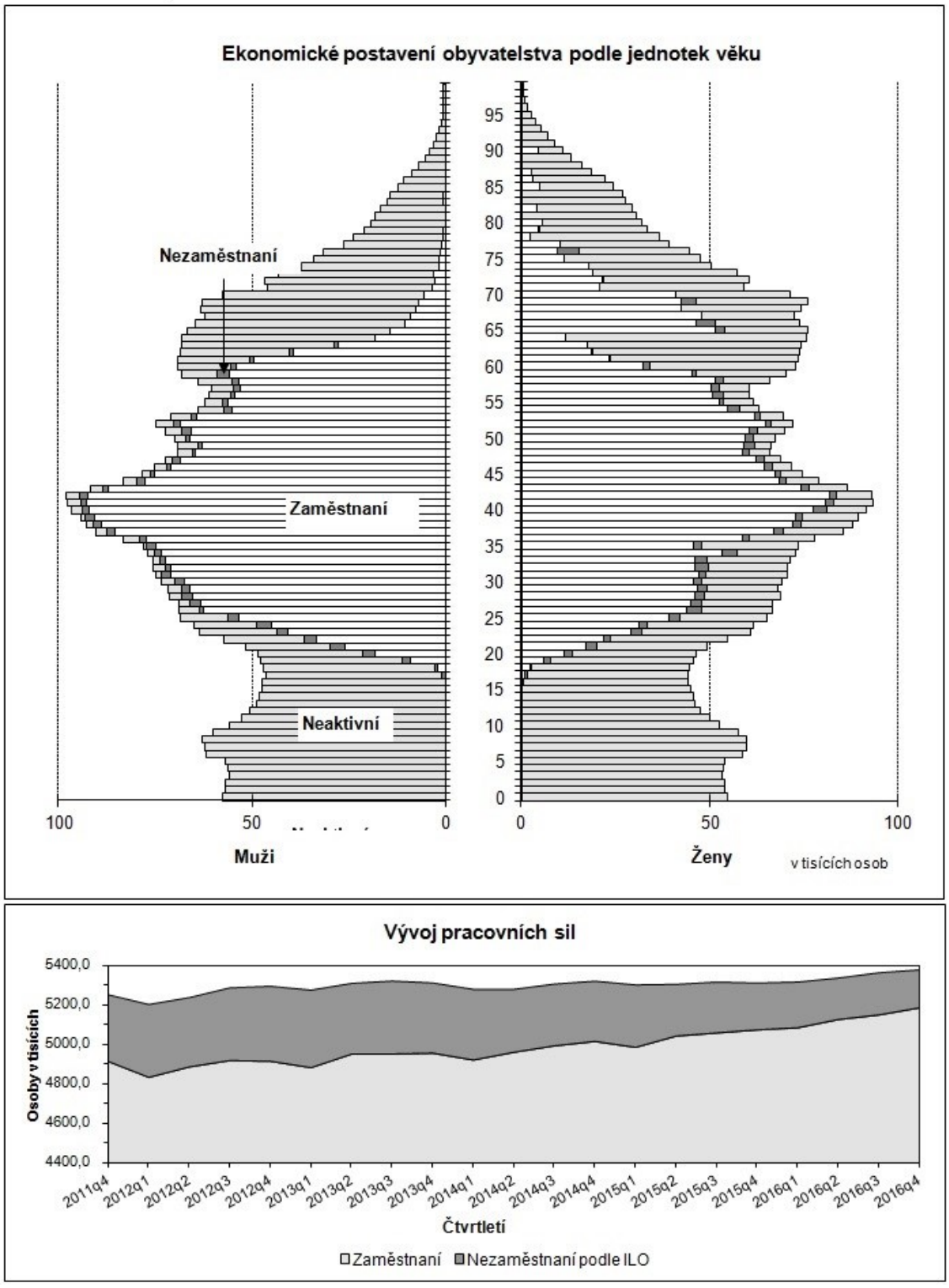
Graf 20 Odvětví činností zaměstnaných v NH období 2010 – 2016, ČSÚ © 2018 (Vlastní zpracování)

Zdravotní a sociální péče zaujímá čtvrté místo v pořadí odvětví činností zaměstnaných. V tomto odvětví došlo od roku 2010 k nárůstu zaměstnaných o 20 482, tj. o 6 %. Další odvětví jsou zahrnuta v odvětví ostatní, např. vzdělávání, veřejná správa, doprava a skladování, zemědělství, lesnictví a rybářství a jiné. *Údaje před promítnutím SLDB 2011.

Graf č.: 1

EKONOMICKÁ SKLADBA OBYVATELSTVA A VÝVOJ PRACOVNÍCH SIL

Území: Česká republika

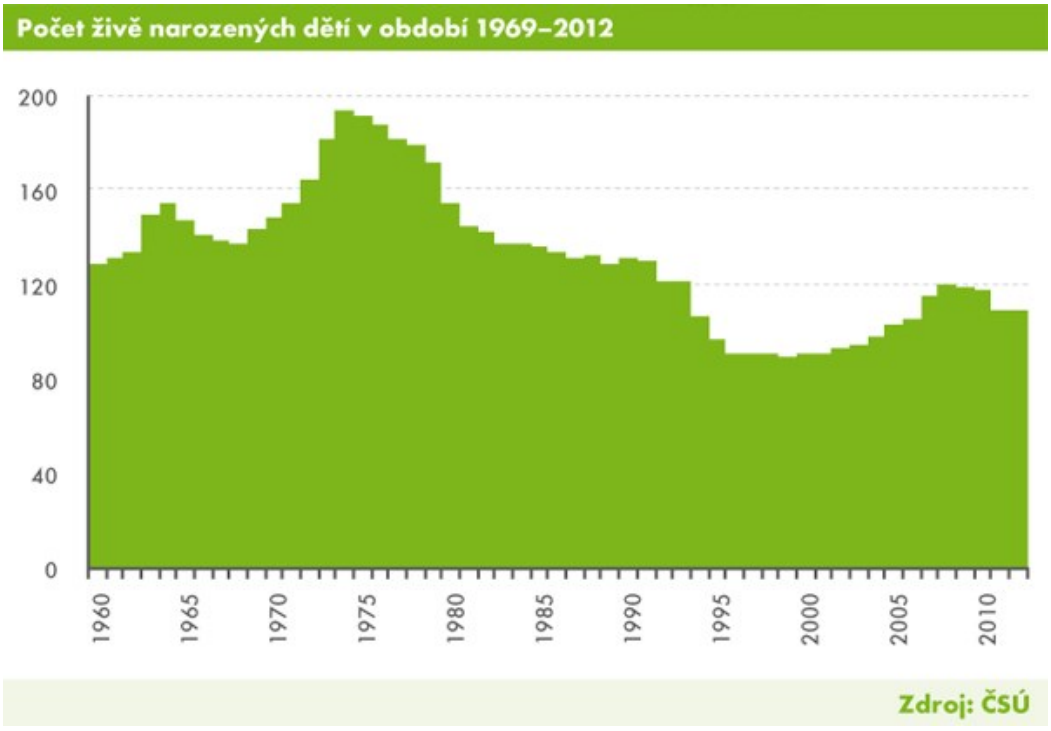


Graf 21 Ekonomická skladba obyvatelstva a vývoj pracovních sil, ČSÚ © 2018

V první části grafu 21 je znázorněna ekonomická skladba obyvatelstva podle jednotek věku v tisících osobách za rok 2016 v porovnání pohlaví. U žen je patrný vliv čerpání mateřské dovolené mezi 25 – 35 rokem věku. Další významná odchylka nastává mezi ženami a muži mezi 65 – 75 lety věku u žen, kdy jsou výrazně aktivnější než muži.

V druhé části grafu 21 je znázorněn vývoj pracovních sil od roku 2011 do konce roku 2016. Zde je jasně znázorněn trend posledních let, kdy se tzv. nůžky zavírají mezi vyšší zaměstnanosti a nižší nezaměstnaností.

Jednou z příčin nízké míry nezaměstnanosti v ČR, která je jednou z nejnižších v Evropské unii, je disproporce ve velikosti generací. V grafu 22 je znázorněna silná populační vlna sedmdesátých let, která se nyní nachází na vrcholu pracovní kariéry. Jsou to lidé, kteří mají nyní nejvyšší hrubou mzdu. Až odejdou do starobního důchodu, vznikne problém s důchodovým systémem. Současně se uvolní velké množství pracovních míst, což dnešní generaci dětí vytvoří dostatek pracovních příležitostí.



Graf 22 Počet živě narozených dětí v období 1969 – 2012, ČSÚ © 2013

Druhým extrémem je nízká porodnost. V roce 1994 se porodnost dostala pod úroveň úmrtnosti. V tomto období se poprvé zastavil růst populace ČR od roku 1918. Tento trend po-

kračoval až do roku 2006. Početně nejmenší ročník je 1999 s počtem 89 471 narozených dětí.

10.1.1 **Personální kapacity českého zdravotnictví**

Celkem v českém zdravotnictví v roce 2016 působilo 212 209 přepočtených úvazků všech kategorií zdravotnických pracovníků, což je o 7 877 (3,9 %) úvazků více než v roce 2011. Z toho tvořilo 41 600 úvazků lékařů. Celkový nárůst lékařů oproti roku 2011 o 2 362 úvazků, tj. zvýšení o 6 %. U **v**šeobecných sester a porodních asistentek byl celkový pokles oproti roku 2011 o 664 (0,8 %) úvazků na 82 796 úvazků v roce 2016. Všeobecné sestry a porodní asistentky tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnických pracovníků. Vývoj úvazků zdravotnických pracovníků ČR je znázorněn v tabulce 2.

Tabulka 2 Vývoj úvazků zdravotnických pracovníků ČR, ÚZIS ČR © 2017

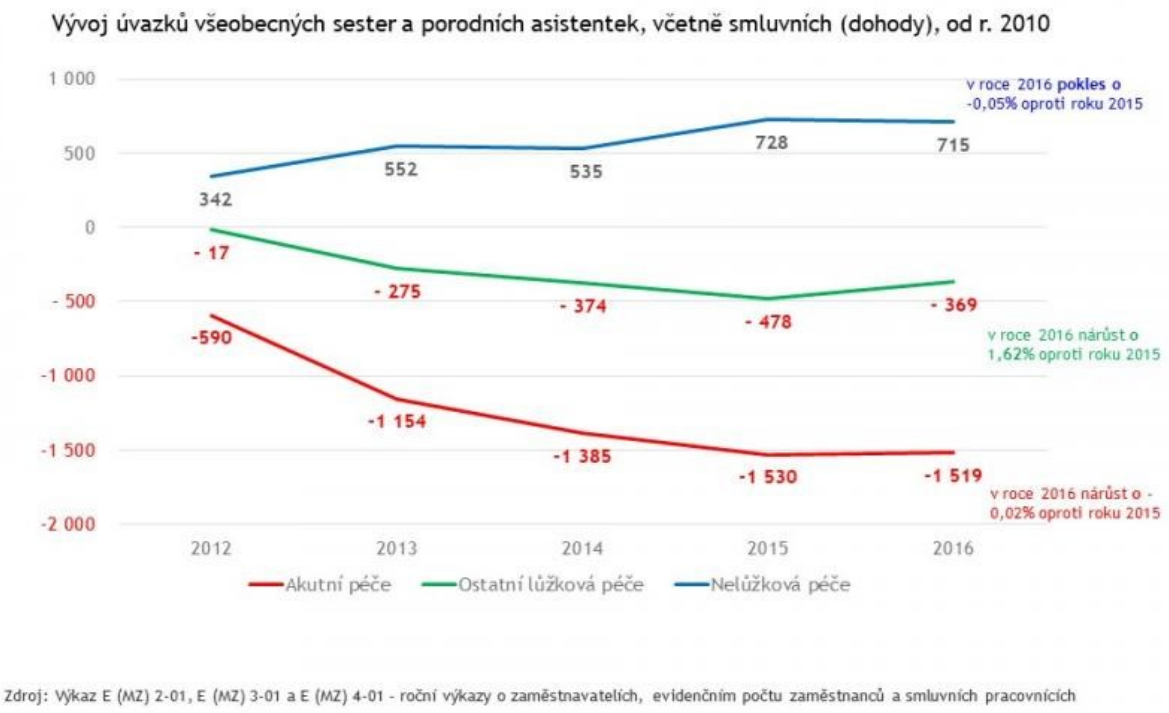
Tabulka č. 1. Počty úvazků zdravotnických pracovníků v souhrnu

Vývoj úvazků pracovníků: všechny segmenty péče

Kategorie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Rozdíl 16-15	Rozdíl v %
Lékaři	39 238	39 719	40 045	40 732	41 290	41 600	311	101%
Zubní lékaři	7 184	7 247	7 413	7 292	7 577	7 495	-82	99%
Farmaceuti	6 149	6 265	6 478	6 475	6 521	6 301	-220	97%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	83 460	83 702	83 090	82 744	82 688	82 796	108	100%
Ostatní nelékaři s odbornou způsobilostí	23 550	23 745	24 113	24 273*	24 754	24 086	-667	97%
Nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí	10 268	10 537	10 835	11 141	11 335	11 889	554	105%
Nelékaři pod odborným dohledem	31 159	31 434	31 946	32 825	34 297	35 562	1 266	104%
Jiní odborní pracovníci a dentisté	3 325	3 345	3 415	3 544	3 448	2 479	-969	72%
Celkem	204 332	205 993	207 334	209 025	211 909	212 209	301	100%

Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01 - roční výkazy o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců a smluvních pracovnících

Graf č. 2. Vývoj úvazků všeobecných sester a porodních asistentek: kumulativní změna od r. 2010



Zdroj: Výkaz E (MZ) 2-01, E (MZ) 3-01 a E (MZ) 4-01 - roční výkazy o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců a smluvních pracovnících

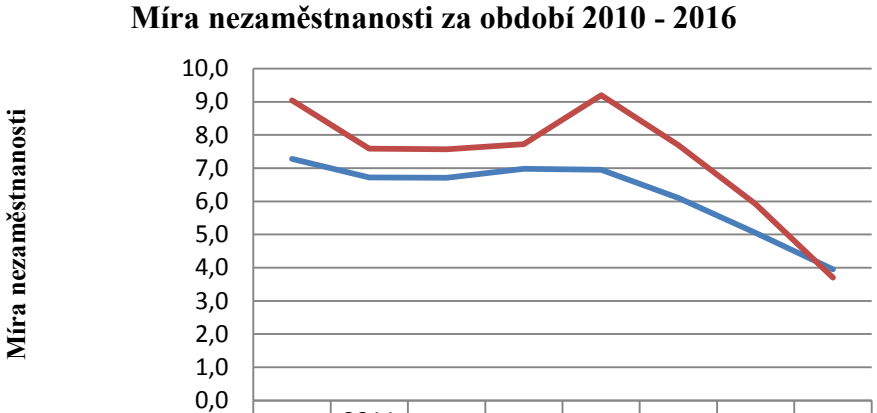
Graf 23 Vývoj úvazků všeobecných sester a porodních asistentek v ČR, ÚZIS ČR © 2017

U všeobecných sester a porodních asistentek srovnání v čase zobrazené v grafu 23 potvrdilo trvání významných změn, při kterých dochází k přechodu úvazků z lůžkové do nelůžkové péče. V akutní i následné a dlouhodobé lůžkové péči dochází dlouhodobě k poklesu kapacit všeobecných sester, u nelůžkových zdravotnických zařízení naopak kapacity rostou. Pozitivem zde je, že data za rok 2016 ukazují částečný pokles odchodu sester z akutní lůžkové péče ve srovnání s rokem 2015.

10.2 **Analýza trhu práce v Olomouckém kraji**

Míra nezaměstnanosti udává procento zaměstnaných osob z pracovní síly, kterou tvoří nezaměstnaní a zaměstnaní. V roce 2016 bylo v ČR 211 400 nezaměstnaných, tj. 4 %. V Olomouckém kraji tvořila míra nezaměstnanosti 3,7 %. Ukazatel míry nezaměstnanosti

velmi rychle reaguje na ekonomický vývoj. V grafu 24 je znázorněno porovnání vývoje míry nezaměstnanosti v ČR a v Olomouckém kraji za období 2010 – 2016.



	2010	2011 *)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ČR	7,3	6,7	6,7	7,0	7,0	6,1	5,0	4,0
Olomoucký kraj	9,1	7,6	7,6	7,7	9,2	7,7	5,9	3,7

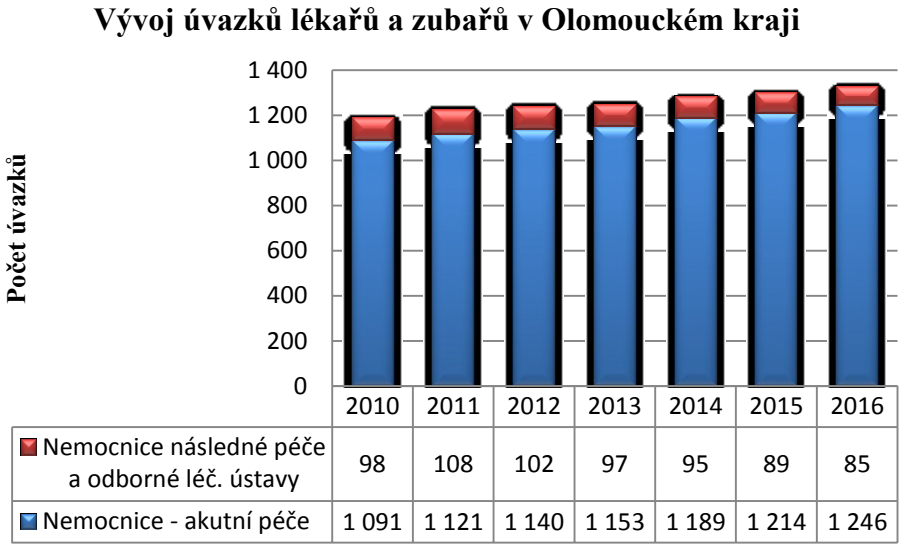
Graf 24 Vývoj míry nezaměstnanosti za období 2010 – 2016, ČSÚ © 2017 (Vlastní zpracování)

V Olomouckém kraji došlo od roku 2010 k výraznému poklesu míry nezaměstnanosti z 9,1 % na 3,7 % v roce 2016, což je pokles o 5,4 %. Olomoucký kraj má nejnižší míru zaměstnanosti mladých osob ve věku 20 – 29 let v roce 2016 z celé ČR (ČSÚ, 2017).

10.2.1 Personální kapacity zdravotnictví Olomouckého kraje

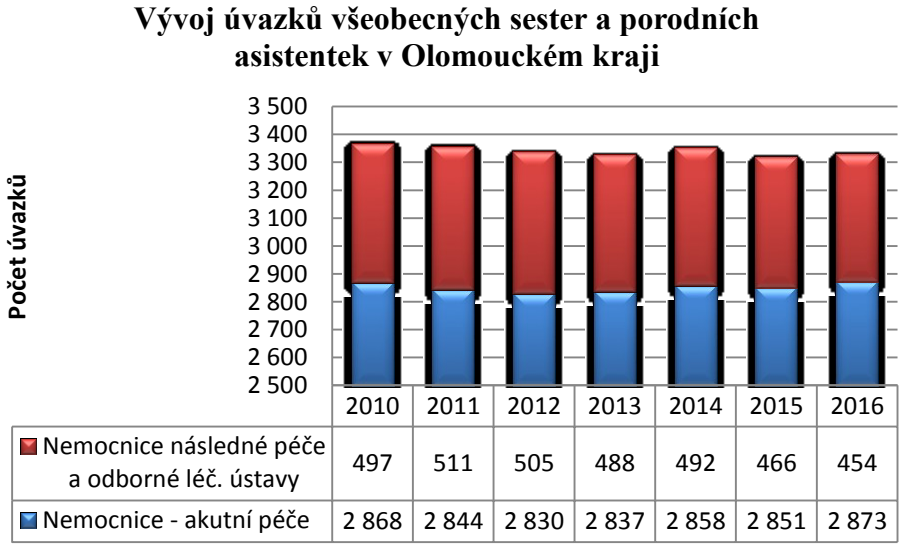
Zdrojová data potřebná k provedení analýzy počtu lékařů a zubařů a všeobecných sester a porodních asistentek v Olomouckém kraji nebyla volně dostupná. Analýza vychází z poskytnutých údajů ÚZIS ČR v rozsahu mého zadání viz Příloha č. 3 Evidenční přepočtený počet zaměstnanců na úvazky. Sledování počtu úvazků bylo možné pouze podle **druhu poskytovatele**, které se dělí na nemocnice (akutní péče) a na nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy.

Celkový vývoj počtu lékařů a zubařů v Olomouckém kraji znázorněný v grafu 25 má vzrůstající tendenci. Z celkového počtu 1 190 úvazků lékařů a zubařů v roce 2010 došlo ke zvýšení o 141 úvazků na 1 331 v roce 2016, což je nárůst o 11,8 % lékařů a zubařů v Olomouckém kraji. Nárůst úvazků byl u nemocnic poskytujících akutní péči ve výši 155. Naopak u nemocnic následné péče a odborných léčebných ústavů byl registrován pokles o 13 úvazků lékařů a zubařů.



Graf 25 Vývoj úvazků lékařů a zubařů v Olomouckém kraji, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

U všeobecných sester a porodních asistentek nedochází v Olomouckém kraji k zásadním změnám. Vývoj úvazků sester za období 2010 – 2016 znázorněn v grafu 26 dokládá stabilní situaci v tomto oboru. Za sledované období došlo od roku 2010, kdy bylo evidováno celkem 3 366 úvazků k mírnému poklesu pouze o 39 úvazků na 3 327 úvazků v roce 2016. Snížení o 43 úvazků se eviduje u poskytovatelů následné péče a odborných léčebných ústavů. Naopak u nemocnic poskytující akutní péči došlo k nárůstu 5 úvazků za sledované období.



Graf 26 Vývoj úvazků všeobecných sester a porodních asistentek v Olomouckém kraji, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

11 ANALÝZA VÝVOJE PLATŮ A MEZD VE ZDRAVOTNICTVÍ

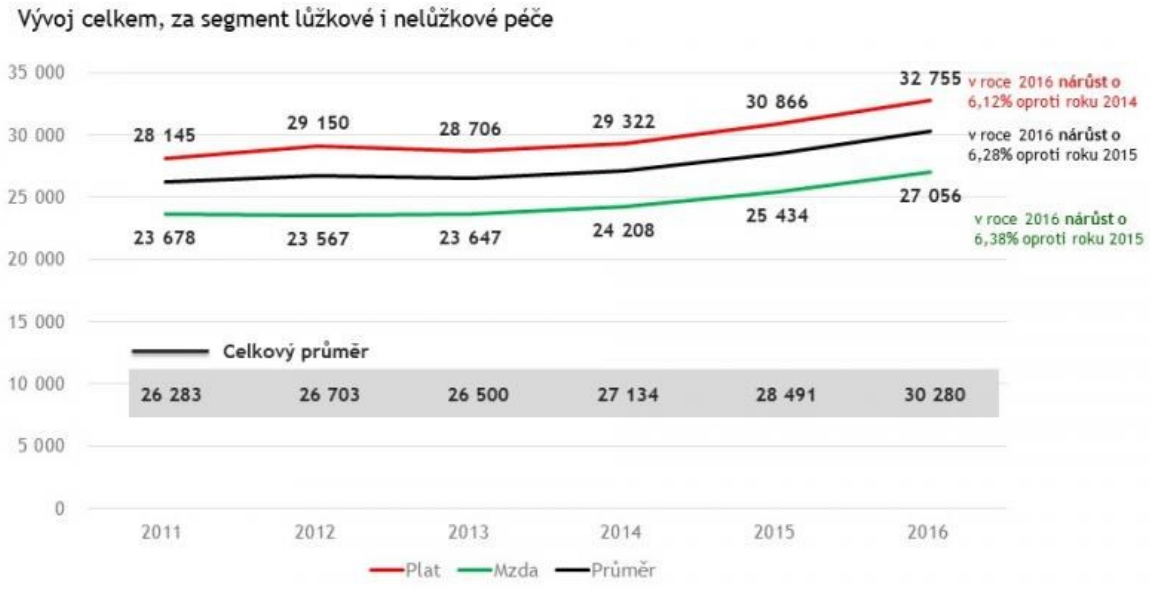
11.1 Odměňování zdravotnických pracovníků

Údaje o odměňování rozlišují plat a mzdu jako dvě samostatné formy odměňování:

Plat (státní sektor). Ve statistickém výkaznictví se do platů zahrnují základní platy, příplatky a doplatky k platu, odměny, náhrady platu, odměny za pracovní pohotovost a jiné složky platu (státní zdravotnická zařízení).

Mzda (nestátní sektor). Ve statistickém výkaznictví se do mezd zahrnují základní mzdy, příplatky a doplatky ke mzdě, odměny, náhrady mezd, odměny za pracovní pohotovost a jiné složky mzdy (nestátní zdravotnická zařízení).

Graf č. 4. Odměňování všeobecných sester a porodních asistentek



Zdroj: Výkaz E 2-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách platu ve zdravotnických organizacích a E 3-01 Roční výkaz o zaměstnancích a o složkách mezd ve zdravotnických organizacích

Graf 27 Vývoj odměňování všeobecných sester a porodních asistentek, ÚZIS ČR © 2017

Průměrný příjem všeobecných sester a porodních asistentek (průměr platů a mezd) v roce 2016 byl 30 280 Kč znázorněno v grafu 27. Odměny všeobecných sester a porodních asistentek v čase celkově rostou meziročně o 6 %, a to aktuálně více než u lékařů. Od roku

2011 je patrný významný rozdíl v odměňování mezi nestátním a státním sektorem. V čase se tento rozdíl nesnižuje. Plat dosáhnul v roce 2016 průměru 32 755 Kč, nárůst o 6,1 % oproti roku 2015. Mzda dosáhla v roce 2016 průměru 27 056 Kč, nárůst o 6,4 % oproti roku 2015. Rozdíl v odměňování všeobecných sester a porodních asistentek mezi státním a nestátním sektorem činí 5 699 Kč v roce 2016.

U lékařů činil průměrný příjem 65 885 Kč v roce 2016, což byl nárůst 4,4 % oproti roku 2015. Rozdíl mezi státním sektorem, kde činil plat 69 311 Kč, a nestátním sektorem, kde činila mzda lékaře 61 426 Kč, je ve výši 7 885 Kč. Vývoj odměňování zdravotnických pracovníků je uveden v tabulce 3.

Tabulka 3 Odměňování zdravotnických pracovníků v souhrnu, ÚZIS ČR © 2017

Tabulka č. 2. Odměňování zdravotnických pracovníků v souhrnu (průměr platy a mzdy)

Vývoj odměňování **celkem** (všechny segmenty péče)

Kategorie pracovníka	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Rozdíl 16-15	Index 16/15
Lékaři a zubní lékaři	56 842	58 920	58 184	58 732	63 125	65 885	2 760	104%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	26 283	26 703	26 500	27 134	28 491	30 280	1 789	106%

Vývoj odměňování **v akutní péči**

Kategorie pracovníka	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Rozdíl 16-15	Index 16/15
Lékaři a zubní lékaři	57 216	60 107	59 023	59 349	64 113	66 995	2 882	104%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	26 389	26 922	26 637	27 175	28 632	30 499	1 867	107%

Vývoj odměňování **v ost. lůžkové péči**

Kategorie pracovníka	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Rozdíl 16-15	Index 16/15
Lékaři a zubní lékaři	48 367	51 349	50 897	53 787	57 927	63 420	5 493	109%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	26 284	27 202	26 760	27 780	29 422	30 515	1 093	104%

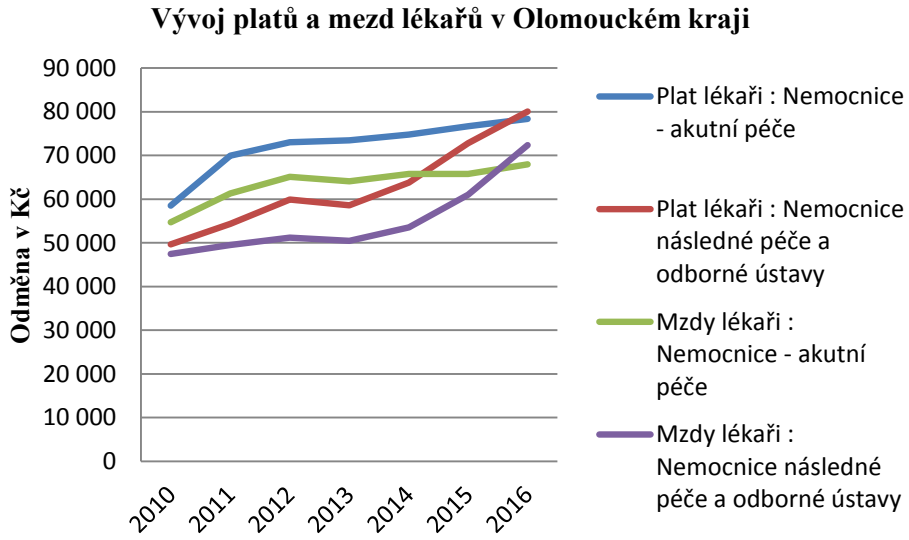
Vývoj odměňování **v nelůžkové péči**

Kategorie pracovníka	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Rozdíl 16-15	Index 16/15
Lékaři a zubní lékaři	59 064	53 772	55 399	56 155	58 318	59 904	1 586	103%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	24 967	24 114	24 965	25 789	26 145	28 741	2 596	110%

Analýza prokázala, že průměrné měsíční příjmy lékařů i sester v českém zdravotnictví rostou, a to v celkovém meziročním průměru o 4 % u lékařů a 6 % u všeobecných sester a porodních asistentek. Mzdy i platy rostou srovnatelným tempem ve většině segmentů péče, tedy v péči akutní, lůžkové i nelůžkové. Zatímco nejvyšší odměny mají lékaři v akutní péči, všeobecné sestry mají vyšší odměny v ostatní lůžkové péči. Nejnižší odměny jsou oběma kategoriím pracovníků poskytovány v nelůžkové péči.

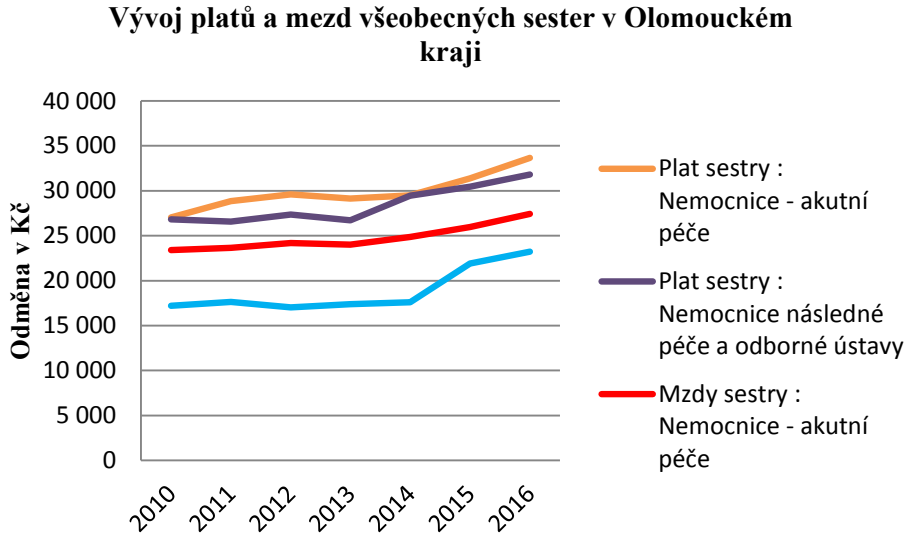
11.2 Analýza vývoje platů a mezd ve zdravotnictví v Olomouckém kraji

Zdrojová data potřebná k provedení analýzy vývoje platů a mezd lékařů a zubařů a všeobecných sester a porodních asistentek v Olomouckém kraji nebyla volně dostupná. Analýza vychází z poskytnutých údajů ÚZIS ČR v rozsahu mého zadání viz Příloha č. 4 Příjmy zaměstnanců ve zdravotnictví. Sledování platů a mezd bylo možné pouze podle **druhu poskytovatele**, které se dělí na nemocnice (akutní péče) a na nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy.



Graf 28 Vývoj platů a mezd lékařů v Olomouckém kraji, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

V grafu 28 je znázorněn vývoj platů a mezd lékařů v Olomouckém kraji za období 2010 – 2016. Nejvyššího platu 80 026 Kč v roce 2016 měla kategorie lékařů v následné péči a odborných ústavech ve státním sektoru. Následovala kategorie lékař v akutní péči s platem ve výši 78 368 Kč ve státním sektoru. Třetí kategorií v pořadí byla kategorie lékař v následné péči a odborných ústavech v soukromém sektoru se mzdou ve výši 72 385 Kč. Nejméně oceněným je lékař v soukromém sektoru v nemocnici poskytující akutní péči se mzdou ve výši 67 972 Kč. Rozdíl v odměňování lékařů u nemocnic akutní péče je mezi státním a soukromým sektorem 10 395 Kč. Rozdíl v odměňování lékařů u nemocnic následné péče a odborných ústavů je mezi státním a soukromým sektorem 7 641 Kč.



Graf 29 Vývoj platů a mezd všeobecných sester v Olomouckém kraji, ÚZIS ČR © 2018 (Vlastní zpracování)

V grafu 29 je znázorněn vývoj platů a mezd všeobecných sester a porodních asistentek v Olomouckém kraji za období 2010 – 2016. Nejvyššího platu 33 669 Kč v roce 2016 dosáhla kategorie sester v nemocnicích poskytujících akutní péči ve státním sektoru. Následovala kategorie všeobecná sestra v následné péči a odborných ústavech s platem ve výši 31 793 Kč ve státním sektoru. Třetí kategorií v pořadí byla kategorie všeobecná sestra v nemocnici poskytující akutní péči v soukromém sektoru se mzdou ve výši 27 422 Kč. Nejméně oceněnou jsou všeobecné sestry a porodní asistentky v soukromém sektoru v nemocnici poskytující následnou péči a odborných ústavech se mzdou ve výši 23 229 Kč. Rozdíl v odměňování všeobecných sester a porodních asistentek u nemocnic akutní péče je mezi státním a soukromým sektorem 6 246 Kč. Rozdíl v odměňování všeobecných sester u nemocnic následné péče a odborných ústavů je mezi státním a soukromým sektorem 8 564 Kč.

12 CHARAKTERISTIKA FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

12.1 Historie

Péče o nemajetné nemocné a starce má v Olomouci bohatou historii (Fiala, 2006, s. 4-8). Vznik prvního Velkého špitálu se datuje krátce po roku 1246. Ve 13. století vzniká také malý špitál sv. Ducha pro malomocné. Následuje vznik dalšího menšího městského špitálu zasvěceného sv. Jobu a sv. Lazarovi. Čtvrtým špitálem byl od roku 1347 špitál sv. Ondřeje. Kapacita olomouckých špitálů, které se časem zrušily, byla pro mizivý počet nemocných a práce neschopných osob. V roce 1787 se otevřela nová velká olomoucká nemocnice, kterou tvořily dům nemocných, dům porodní a dům nalezenců. Od roku 1862 se olomoucká nemocnice nazývala „Moravské zemské všeobecné ústavy v Olomouci". Ovšem nárůst počtu ošetřených osob, omezené prostory a hlavně počet odmítnutých nemocných podnítily v roce 1892, za vlády císaře Františka Josefa I., velkorysé usnesení zemského sněmu Markrabství moravského v Brně, vystavět v Olomouci novou nemocnici. Výstavba někdejších Zemských ústavů v Olomouci započala o dva roky později. Na svahu Tabulového vrchu začal vyrůstat předchůdce dnešní Fakultní nemocnice Olomouc. Zemské ústavy měly mít původně kapacitu 212 lůžek, později byl počet zvýšen na 268 lůžek. První pacienti byli ze staré nemocnice přestěhováni dne 14. září 1896. V nové nemocnici byla zřízena interna, chirurgie, oftalmologie a infekční oddělení. Nedílnou součástí byly: lékárna, sklad materiálu, byty lékařů, dům úředníků a domov řádových sester, dále kuchyně, prádelna, strojovna s kotelnou a stáj. V roce 1899 se otevřela porodnice. Od té doby se nemocnice neustále rozšiřovala o nové pavilony a jejich přístavby. Po druhé světové válce se na dalším rozvoji nemocnice podílela obnovená Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a s touto fakultou spojená Fakultní nemocnice Olomouc.

12.2 Právní forma zřízení

Fakultní nemocnice Olomouc je zřízena jako státní příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, na základě zřizovací listiny ze dne 25. listopadu 1990 č.j.: OP – 054 – 25. 11. 1990, včetně jejích dodatků. Organizace je zřízena na dobu neurčitou. Organizace je samostatnou právnickou osobou s právní subjektivitou.

12.3 **Základní údaje**

Fakultní nemocnice Olomouc hospodaří jako příspěvková organizace na kombinovaném principu vlastního jmění a fondů v souladu se zákonem o rozpočtových pravidlech (Zákon č. 218/2000 Sb.) „Příspěvková organizace hospodaří s peněžními prostředky získanými hlavní činností a s peněžními prostředky přijatými ze státního rozpočtu pouze v rámci finančních vztahů stanovených zřizovatelem. Dále příspěvková organizace hospodaří s prostředky svých fondů, s prostředky získanými jinou činností, s peněžními dary od fyzických a právnických osob, s peněžními prostředky poskytnutými ze zahraničí a s peněžními prostředky poskytnutými z rozpočtů územních samosprávních celků a státních fondů, včetně prostředků poskytnutých České republice z rozpočtu Evropské unie, z finančních mechanismů a přijatých příspěvkovými organizacemi z Národního fondu.“ Ředitelem FN Olomouc je od roku 2012 **prof. MUDr. Roman Havlík, Ph.D**.

V současné době patří tato organizace s **3 717 zaměstnanci** k největším zaměstnavatelům v Olomouckém kraji. Její roční obrat činil v roce 2017 5 952 mil Kč. K 31. 12. 2017 vykazovala organizace celkovou hodnotu vytvořeného jmění a upravujících položek 3 765 mil Kč. Hodnota fondů činila celkem 893 mil Kč, z toho FKSP 32 mil Kč, rezervní fondy 39 mil Kč a fond reprodukce majetku 822 mil Kč. V roce 2017 hospodařila organizace s celkovým účetním výsledkem – **ziskem po zdanění ve výši 186 mil Kč**. Velikost a výkonnost FN Olomouc lze vyjádřit v následujících parametrech roku 2017:

- počet zdravotnických pracovišť 52,
- počet lůžek 1.158,
    - z toho počet nadstandardních lůžek 19,
- počet ambulantně ošetřených pacientů 872 864,
- počet hospitalizovaných pacientů 52 870,
- počet porodů 2 489,
- počet provedených operací 22 046.

12.4 Strategie a poslání

FN Olomouc má stanovenou firemní strategii ve svém vnitroústavním dokumentu „Strategické řízení“ (interní zdroj, 2011). Definované strategické cíle na období 2014 – 2020:

1. **Poskytovat komplexní spektrum zdravotní péče.**
2. **Zvyšovat kvalitu a bezpečí.**
3. **Zkvalitňovat politiku řízení lidských zdrojů.**
4. **Modernizovat zdravotnické zařízení.**
5. **Podporovat vzdělávání, vědu a výzkum.**
6. **Postupovat s medicínsko-ekonomickou racionalitou**.

Středem zájmu poskytování zdravotní péče je pacient, rodina a příbuzní. Posláním FNOL je léčit pacienty komplexně a s pomocí nejmodernějších léčebných postupů. Zaměstnanci FNOL jsou ve svých oborech profesionálové, kteří pracují se špičkovou přístrojovou technikou a mají dobré léčebné výsledky srovnatelné i v mezinárodním měřítku. Specialisté se kromě léčebné péče věnují také vědeckovýzkumným projektům a přispívají k rozvoji a uplatňování nových medicínských poznatků.
Mottem a hodnotou, kterou zdůrazňujeme priority zaměstnanců FN Olomouc v péči o pacienty je:

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

PROFESIONALITA A LIDSKÝ PŘÍSTUP

Schéma 3 Logo FN Olomouc (Interní zdroj)

13 VÝCHOZÍ ANALÝZA FN OLOMOUC

13.1 Analýza PESTLE

Analýza PESTLE systematizuje pohled na **P**olitické, **E**konomické, **S**ociální, **T**echnologické, **L**egislativní a **E**kologické vlivy makroprostředí. *Makroprostředí zahrnuje širší společenské síly, které ovlivňují celé mikroprostředí* (Kotler a kol., 2007, s. 130). Na organizaci má obvykle vliv jen několik nejdůležitějších sil z uvedeného výčtu:

13.1.1 Politické vlivy

Politické prostředí zahrnuje zákony, vládní úřady a zájmové skupiny, které ovlivňují a omezují nejrůznější organizace a jednotlivce v každé společnosti.

Příležitosti FN Olomouc:

- Aktivní účast na řešení aktuálních problémů ve zdravotnictví spojená se členstvím ve Sdružení fakultních nemocnic, popř. v Asociaci nemocnic ČR.

Hrozby FN Olomouc:

- Neprůchodnost nových zdravotnických zákonů, např. možnost úhrad nadstandardních výkonů a materiálů pacientem. Reforma zdravotnictví stagnuje.
- Nestabilní politická situace: mimořádné volby, časté jmenování nových ministrů zdravotnictví přináší různé pohledy na řízení resortu zdravotnictví.

13.1.2 Ekonomické vlivy:

Ekonomické prostředí ve zdravotnictví se liší od tržního prostředí. Kupní sílu představují zdravotní pojišťovny a spotřebitelem je pacient. FN Olomouc není zřízena za účelem zisku.

Příležitosti FN Olomouc:

- Přidělení dotací z Integrovaného regionálního operačního programu na vybavení zařízením pro návaznou péči, perinatologii a jiné projekty.
- Podpora vlády při přidělování strategických investic ze státního rozpočtu, např. plánovaná rekonstrukce historické budovy France-Josefa ve výši 1,5 miliardy Kč.

Hrozby FN Olomouc:

- Nerovnost v úhradách zdravotní péče zdravotními pojišťovnami na základě historie poskytované zdravotní péče. Rozdíly mezi úhradami např. provedených operací Robotické chirurgie, implantovaných kardioverterů, kardiostumulátorů.
- Nedostatek kvalifikované pracovní síly ve specializovaných oborech na trhu práce. Přestože FN Olomouc zavedla v roce 2016 tzv. „Absolventský program“, kdy ve spolupráci s Lékařskou fakultou Univerzity Palackého pořádá výběrová řízení na absolventská místa přednostně pro studenty této lékařské fakulty, odchází absolventi do zahraničí.

13.1.3 **Sociální vlivy**

Do sociálního prostředí se řadí mimo demografických trendů populace (řešeno v kap. 8) také zaměstnanost, postoje k práci a volnému času, charakteristika spotřeby, životní hodnoty.

Příležitosti FN Olomouc:

- Dohoda o rozdělení poskytování specializované péče jednotlivých oborů s jinými fakultními nemocnicemi, např. onkologická péče, kardiologická péče.

Hrozby FN Olomouc:

- Vysoký nárůst těžce nemocných pacientů.
- Problémy transformace zdravotní péče poskytované v lůžkových zařízeních spojené s optimalizací počtu akutních lůžek. Snižování počtu standardních lůžek vede ke zkrácení doby hospitalizací. Problémy nastávají u geriatrických pacientů s jejich umístěním v zařízeních poskytujících následnou a dlouhodobou ošetřovatelskou péči.

13.1.4 **Technologické vlivy**

Technologické prostředí v současnosti se rychle vyvíjí. Pro moderní zdravotnické zařízení je důležité sledovat trendy v oblasti technologií a techniky.

Příležitosti FN Olomouc:

- Vytváření kontaktů s jinými zahraničními pracovišti v prioritních oborech.
- Přidělování státních dotací na podporu vědy a výzkumu – grantů, výzkum biologické léčby.

Hrozby FN Olomouc:

- Poskytování super specializované zdravotní péče - strmý růst nákladů na spotřebu léků a zdravotnických prostředků, zejména u onkologických pacientů tzv. Centrové léky.
- Vysoké finanční náklady na pořízení moderních technologií a na udržení jejich úrovně, jak z pohledu technologické, tak z pohledu morálního zastarávání, a v neposlední řadě udržení specialistů používající tyto supermoderní léčebné metody.

13.1.5 **Legislativní vlivy**

Legislativní vlivy se řadí k politickému prostředí.

Příležitosti FN Olomouc:

- Vládní nařízení, která vedou ke zvyšování tarifních platů ve zdravotnictví. Důsledkem by mohl být přechod ošetřovatelského personálu ze soukromých zdravotnických zařízení do státních organizací.

Hrozby FN Olomouc:

- Změny daňových zákonů, jejichž výsledkem by byla změna sazby DPH, nebo změna sazby u daně z příjmu právnických osob. V případě zvýšení sazeb by došlo ke zvýšení nákladů FN Olomouc.
- Vládní nařízení, např. úhradové vyhlášky pro každý rok mají jiná pravidla výpočtu mechanismu financování poskytované zdravotní péče. Nedochází k úhradám veškeré poskytnuté zdravotní péče.
- Vládní nařízení, která vedou ke zvyšování tarifních platů ve zdravotnictví. Důsledkem je růst osobních nákladů.
- Změna zákoníku práce, která snížila počet přesčasových hodin u lékařů, vedla k nárůstu personálu ve FN Olomouc.

13.1.6 **Ekologické vlivy**

Ochrana životního prostředí je nedílnou součástí řízení organizace. Ve FN Olomouc je mnoho oblastí od nakládání s odpady, skladování omamných látek, nakládání s radiofarmaky, ředění cytostatik, které podléhají přísnému režimu s ohledem na dopad na životní prostředí.

13.2 **Mikroprostředí společnosti**

Mikroprostředí se skládá ze sil blízko společnosti, které ovlivňují její schopnost sloužit zákazníkům – společnost, distribuční firmy, zákaznické trhy, konkurence a veřejnost, které společně vytvářejí systém poskytování hodnoty firmy (Kotler a kol., 2007, s. 130).

13.2.1 **Společnost**

FN Olomouc je největší zdravotnické zařízení v Olomouckém kraji. Vnitřní prostředí společnosti tvoří zdravotnická pracoviště a navzájem provázané útvary: ekonomický, personální, obchodní, informačních technologií, provozní a technický.

Silné stránky FN Olomouc:

- Dlouholetá tradice, v roce 2016 - 120. výročí založení FN Olomouc.
- Zvyšující se produktivita měřená tržbami i výkonností.
- Stabilní finanční situace, solventnost, navyšování mezd – pravidelné vyplácení odměn všem zaměstnancům.

Slabé stránky FN Olomouc:

- Nedostatek účinné kontroly kvality a hospodárnosti poskytované zdravotní péče.
- Skryté rezervy v nákladech.
- Nízká míra outsourcingu obslužných procesů.

13.2.2 **Dodavatelé**

Dodavatelé poskytují zdroje, které společnost potřebuje pro poskytování služeb. FN Olomouc musí sledovat dostupnost dodávek, cenové trendy klíčových vstupů.

Silné stránky FN Olomouc:

- Stabilní finanční situace – solventnost, včasné úhrady závazků.
- Aplikace zákona o veřejných zakázkách v plném rozsahu se promítá nízkými náklady na léky, zdravotnické prostředky, potraviny, opravy, servisy a jiné služby.
- Nízká doba obratu zásob zdravotnických prostředků, potravin, vede ke snížení zásob.

Slabé stránky FN Olomouc:

- Dominantní postavení dodavatelů speciálních dodávek např. léků, nemožnost vyjednávání o ceně.

- Velký počet konsignačních skladů, problémy s včasným a řádným vyúčtováním dodaných zdravotnických prostředků.

13.2.3 **Konkurenti**

Každá společnost by si měla uvědomit svou velikost a pozici v odvětví ve srovnání s velikostí a postavením konkurence.

Silné stránky FN Olomouc:

- Získaná akreditace SAK a získané certifikace ISO 9001.
- Rostoucí trend efektivního využití lůžkového fondu, zkrácení využití lůžek na 5,7 dne.
- Vysoká úroveň zdravotnických pracovníků včetně podpory systému postgraduálního a celoživotního vzdělávání.
- Dobrá vybavenost zdravotnického zařízení lůžkových i ambulantních oddělení, zařízení lékárenské péče.
- Rozvoj nových léčebných technologií (diagnostické, terapeutické) hematoonkologická, onkologická, kardiologická, neurologická péče.
- Vysoká úroveň využívání informačních technologií, např. zobrazovací technika PACS.
- Rozvoj vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví, současně realizovaných cca 175 klinických hodnocení.
- Vznik a rozvoj superspecializovaných pracovišť „Center“ (Centrum dětské kardiochirurgie, Traumacentrum, Transplantační centrum, Onkologické centrum aj.).

Slabé stránky FN Olomouc:

- Nekalá konkurence – přesun nákladných pacientů ze soukromých zdravotnických zařízení do FN Olomouc.
- Nízké využívání centrálních operačních sálů, FN Olomouc má rezervy v plánování operací.
- Nedostatečná obnova stavební a technické vybavenosti v souvislosti s rychlým pokrokem v této disciplíně.
- Nízké investice do pořízení software v minulých letech vedly k nedostatečnému vybavení informačních systémů.

13.2.4 **Marketingoví zprostředkovatelé**

Marketingoví zprostředkovatelé jsou firmy, které společnosti pomáhají propagovat, prodávat a distribuovat její zboží konečným kupujícím. V aplikaci na FN Olomouc lze konstatovat, že se v této oblasti nerealizují téměř žádná smluvní ujednání. Nemocnice má své vlastní pracoviště Odbor marketingu, které se zabývají těmito druhy činností.

13.2.5 **Zákazníci**

Každý trh má své zvláštní znaky, které musí prodávající pečlivě studovat. Rozlišujeme šest typů cílových trhů: spotřebitelské trhy, průmyslový trh, trh obchodních mezičlánků, institucionální trh, trh státních zakázek, mezinárodní trh. Cílový trh FN Olomouc je soustředěn jednoznačně na pacienta.

Silné stránky FN Olomouc:

- Stabilní spádová oblast - poskytování zdravotní péče pro pacienty z Olomouckého kraje a Střední Moravy.
- Přímá návaznost na všechny složky záchranného systému Olomouckého kraje.
- Zvyšování kvality poskytované péče s využitím systému sledování a hodnocení kvality.
- Provozování „Dobrovolnického centra“, které organizuje a koordinuje dobrovolnický program.

Slabé stránky FN Olomouc:

- Možnost zneužívání systému poskytování zdravotní péče jednotlivými klienty, kdy např. pacienti využívají Oddělení urgentního příjmu k řešení neakutních zdravotních stavů.

13.3 **SWOT analýza**

SWOT analýza je reálná analýza současné situace FN Olomouc, která shrnuje výše provedené analýzy. Silné a slabé stránky představují vnitřní prostředí zkoumané organizace. Příležitosti a hrozby představují vnější prostředí zkoumané organizace. SWOT analýza FN Olomouc je znázorněná v tabulce 4.

Tabulka 4 SWOT analýza FN Olomouc, (Vlastní zpracování)

SILNÉ STRÁNKY	**SLABÉ STRÁNKY**
- Dlouholetá tradice, stabilní zaměstnavatel - Zvyšující se výkonová produktivita - Stabilní finanční situace - Aplikace zákona o veřejných zakázkách - Nízká doba obratu zásob - Akreditace SAK, certifikace ISO 9001 - Efektivní využití lůžkového fondu - Vysoká úroveň zdravotnic. pracovníků - Dobrá vybavenost zdravotnic. zařízení - Rozvoj moderních léčebných metod - Vysoká úroveň využívání informačních technologií - Rozvoj vědy a výzkumu - Vznik a rozvoj superspecializovaných pracovišť - Stabilní spádová oblast - Přímá návaznost na složky záchranného systému Olomouckého kraje - Zvyšování kvality poskytované péče - Provozování Dobrovolnického centra	- Nedostatečná účinná kontrola kvality a hospodárnosti poskytované zdravotní péče - Skryté rezervy v nákladech - Nízká míra outsourcingu obslužných procesů - Dominantní postavení dodavatelů - Velký počet konsignačních skladů - Nekalá konkurence - Nízké využívání centrálních operačních sálů - Nedostatečná stavební a technická obnova - Nízké investice do pořízení software - Možnost zneužívání systému poskytování zdravotní péče
PŘÍLEŽITOSTI	**HROZBY**
- Vládní nařízení, zvyšování tarif. platů - Dotace z evropských strukturálních fondů - Dotace z IROP - Vládní investiční podpora - Spolupráce s jinými zdravotnickými zařízeními - Kontakty se zahraničními pracovišti - Dotace na podporu vědy a výzkumu	- Změny daňových zákonů - Vládní nařízení, úhradový mechanismus - Neprůchodnost zdravotní reformy - Nestabilní politická situace - Nerovnost v úhradách od plátců - Nedostatek kvalifikované pracovní síly - Nárůst těžce nemocných pacientů - Absence poskytování následné péče - Poskytování superspecializované péče - Finanční náročnost mod. technologií

14 STAV SOUČASNĚ POSKYTOVANÉ DLOUHODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE FN OLOMOUC

FN Olomouc je zřízena za účelem poskytování zdravotních služeb. FN Olomouc poskytuje zdravotní péči ve formě:

- akutní lůžkové péče intenzivní,
- akutní lůžkové péče standardní,
- primární ambulantní péče,
- specializované ambulantní péče,
- jednodenní péče.

Management FN Olomouc neustále reaguje na aktuální potřeby nemocnice. Dlouhodobým problémem je překlad pacientů z akutního nemocničního lůžka, u kterých byla stanovena diagnóza a odezněla akutní fáze onemocnění, a kteří potřebují následnou komplexní ošetřovatelskou, rehabilitační a psychosociální péči. Čekací lhůta doba na umístění našich pacientů do zařízení následné a dlouhodobé péče se pohybuje od tří dnů do tří týdnů. Z tohoto důvodu vedení FN Olomouc iniciativně přistoupilo v roce 2017 k řešení situace.

14.1 **Legislativní postupy**

FN Olomouc v souladu se zákonem o zdravotních službách (Zákon č. 372/2011 Sb.) požádala v únoru 2017 Krajský úřad Olomouckého kraje o schválení rozšíření poskytované péče v oboru geriatrie o formu **dlouhodobé lůžkové péče**. V dubnu 2017 bylo této žádosti ze strany KÚOK vyhověno v rozsahu 30 lůžek.

V květnu 2017 podala FN Olomouc přihlášku na MZ ČR do výběrového řízení na **Poskytování dlouhodobé ošetřovatelské lůžkové péče (OD 00005) pro území Olomouckého kraje.** V nabídce byla specifikována zcela nová kapacita ošetřovací jednotky s 30-ti lůžky pro rok 2017 a následné zprovoznění dalších dvou ošetřovacích jednotek na cílových 90 lůžek. Výsledkem výběrového řízení bylo vítězství FN Olomouc pro poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče pro území Olomouckého kraje. V červenci 2017 FN Olomouc získala doporučení k uzavření smlouvy se všemi sedmi zdravotními pojišťovnami.

14.2 Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami

Získání úhrady z veřejného zdravotního pojištění za poskytnutí zdravotní péče je možné po vykázání poskytnuté zdravotní péče plátcům, tj. zdravotním pojišťovnám. Základem je uzavření smluvních vztahů mezi poskytovatelem a plátcem. Dlouhodobou ošetřovatelskou péči se pro rok 2017 podařilo FN Olomouc smluvně ošetřit s těmito zdravotními pojišťovnami:

Paradoxní skutečností se stalo odmítnutí žádosti o nasmlouvání dlouhodobé ošetřovatelské péče ze strany **Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR**. Počáteční příslib podpory provozování dlouhodobých lůžek nebyl vůči FN Olomouc naplněn. Negativní stanovisko VZP k nasmlouvání LDOP stále trvá.

Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky – dodatek uzavřen na období 1. 11. 2017 – 31. 12. 2017. Pro rok 2018 zatím návrh dodatku nedoručen.

Česká průmyslová zdravotní pojišťovna – dodatek uzavřen na období 1. 11. 2017 – 31. 12. 2017. Pro rok 2018 dodatek uzavřen.

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví – dodatek uzavřen na období od 1. 11. 2017 – 31. 12.2017. Pro rok 2018 dodatek uzavřen.

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda – dodatek nebyl uzavřen. Se zdravotní pojišťovnou Škoda uzavřena rámcová smlouva až od 1. 2. 2018 a současně uzavřen dodatek od 1. 2. 2018 – 31. 12. 2018.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky – dodatek uzavřen na období 1. 11. 2017 – 31. 12. 2017. Pro rok 2018 zatím návrh dodatku nedoručen.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna – dodatek uzavřen na období 1. 1. 2017 – 31. 12. 2017, jedná se o univerzální šablonu. Pracoviště smluvně uzavřeno s účinností od 1. 11. 2017 – 31. 12. 2017. Pro rok 2018 dodatek uzavřen.

14.3 Zahájení provozování

V průběhu září a října 2017 proběhl nábor nových zaměstnanců. Bylo přijato 6 všeobecných sester na nepřetržitý provoz, 1 staniční sestra na ranní provoz, 4 ošetřovatel/ky a 4 sanitáři na nepřetržitý provoz, tj. celkem 15 úvazků k 1. listopadu 2017. V listopadu 2017 otevřela FN Olomouc na Oddělení geriatrie nové lůžkové oddělení 48 s 19 lůžky. Tímto se zahájilo poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc.

15 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ ANALYTICKÉ ČÁSTI

V analytické části své práce jsem zpracovala východiska pro projektové řešení zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc z několika různých úhlů pohledu.

Ze čtrnácti krajů ČR je Olomoucký kraj sedmý největší z pohledu počtu obyvatel. Zpracovaná analýza demografického vývoje dokládá nárůst populace v ČR za posledních 27 let, ale současně předpokládaný vývoj poklesu obyvatel do roku 2050, jak v celé ČR, tak i v Olomouckém kraji. Významný je vývoj věkové struktury obyvatelstva, které postupně stárne. V Olomouckém kraji dosahuje věková skupina 65 let a více, téměř jedné pětiny z celkového počtu obyvatelstva, což představuje objem 122 257 osob. Tento počet se bude nadále zvyšovat na úkor obyvatel v produktivním věku.

Lůžkový fond ČR byl od roku 2010 radikálně snížen o 6 009 lůžek, z toho v Olomouckém kraji o 385 lůžek. Snížení lůžkového fondu v Olomouckém kraji bylo nad republikovým průměrem. Nejvyšší snížení bylo realizováno v okrese Olomouc. Detailnější rozbory ovlivňují metodické změny ve výkaznictví, přesto lze konstatovat, že počet lůžek dlouhodobé péče se pohybuje okolo 6,7 % z lůžkového fondu celé ČR a 10,3 % z lůžkového fondu celého Olomouckého kraje. V přepočtu počtu lůžek dlouhodobé péče na 10 tis. obyvatel korelují výsledné podíly z výše uvedeným, tj. to 6,6 % za ČR a 10,3 % v Olomouckém kraji.

Trh práce je systém ovlivňovaný ekonomickými, politickými, demografickými i jinými vlivy. Stav na současném trhu práce v ČR je velmi příznivý, klesá nezaměstnanost, přibývá zaměstnaných. Nezanedbatelný vliv na tento stav má demografický vývoj. Věková struktura populace se mění a bude ovlivňovat i pracovní trh. Počet zaměstnaných ve zdravotnictví stoupá. Ženy tvoří 79 % zaměstnaných ve zdravotnictví v roce 2016. V Olomouckém kraji klesla míra nezaměstnanosti na 3,7 %. U lékařů dochází k nárůstu počtu úvazků. U všeobecných sester a porodních asistentek je situace stabilní.

České zdravotnictví prochází v posledních letech dynamickými změnami. I přes pozitivní nárůst mezd a platů zdravotníků jsou patrné rozdíly mezi nestátním a státním sektorem. Velké problémy přináší setrvalý pokles úvazků všeobecných sester pracujících v akutní lůžkové péči za ČR celkem. Co je příčinou tohoto poklesu? Je to moderní trend současného ošetřovatelství, kdy je kladen důraz na náročnost, samostatnost ošetřovatelského personálu a jeho odbornou kvalifikaci? Neznám odpověď na tuto otázku. Podle mého názoru je povolání sestry posláním a vážím si každé jednotlivé osoby, která tuto práci vykonává

pečlivě, svědomitě a s láskou. V Olomouckém kraji není situace s nedostatkem zdravotníků tak dramatická jako z pohledu celé ČR. Analýza vývoje mezd a platů prokázala bezkonkurenční ohodnocení jak lékařů, tak i všeobecných sester a porodních asistentek ve státním sektoru a to u nemocnic poskytujících akutní péči i u nemocnic poskytujících následnou péči a v odborných ústavech.

Z provedených analýz makroprostředí a mikroprostředí FN Olomouc je zřejmé, že je to silné a finančně zdravé stabilní zdravotnické zařízení. Dlouhodobě se FN Olomouc potýká s problémem nedostatku kapacity dlouhodobých ošetřovatelských lůžek v rámci Olomouckého kraje. Při popisu současného stavu poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc se opětovně setkáváme s nejednoznačnou terminologií ze strany Krajského úřadu Olomouckého kraje, Ministerstva zdravotnictví ČR i zdravotních pojišťoven.

Metodické opatření (Věstník MZČR č. 12/1998 Sb.) hovoří o potřebnosti do 130 lůžek odborné ošetřovatelské péče na 100 000 obyvatel. Olomoucký kraj k 31. 12. 2016 evidoval 633 925 obyvatel a k dispozici bylo 492 dlouhodobých lůžek. **Potřeba lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče dle normy činí 130 * 6,33925 = 824 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče**. Porovnáním normy a skutečnosti dojdeme k **deficitu, který činí v Olomouckém kraji 332 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče.**

Vzhledem k této skutečnosti konstatuji, že otevřená stanice s 19 lůžky je nedostačující a navrhuji zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc v rozsahu 90 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče.

16 PROJEKT ZŘÍZENÍ DLOUHODOBÉ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE VE FN OLOMOUC

Poskytovat komplexní spektrum zdravotní péče je prvním cílem dlouhodobé strategie FN Olomouc. Dlouhodobý intenzivní nedostatek kapacity lůžkového fondu dlouhodobé ošetřovatelské péče v Olomouckém kraji a častý tlak pacientů FN Olomouc a jejich osob blízkých ve smyslu nesouhlasu s přesunem chronicky nemocných nebo nedoléčených pacientů do vzdálenějších lokalit v rámci kraje přímo apeluje na řešení této situace.

16.1 Cíle projektu

Hlavním cílem je navrhnout projektové řešení pro zřízení poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc. Dlouhodobá ošetřovatelská péče by měla být poskytována třemi ošetřovatelskými stanicemi po třiceti lůžkách, tj. celkem na 90-ti dlouhodobých ošetřovatelských lůžkách v nově zrekonstruovaném areálu s vybudovanými nízkoenergetickými objekty v roce 2020. Organizačně by tato oddělení spadala pod Oddělení geriatrie a vznikly by pouze 3 vedoucí pozice staničních sester. Zahájení provozu předpokládám v roce 2021. Životnost projektu jsem stanovila 30 let. Tento projekt nazvaný jako investiční varianta budu porovnávat s nulovou variantou, která představuje současný stav provozování 19 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc. Na hodnocení projektového řešení budu aplikovat analýzu nákladů a přínosů.

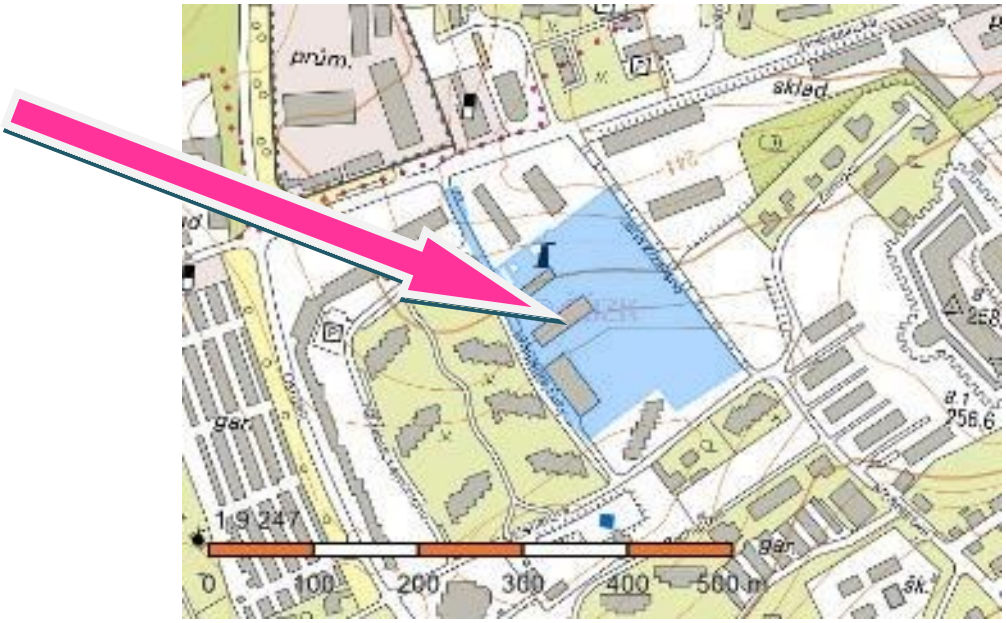
16.2 Struktura beneficientů

Smysluplným kritériem pro vytvoření strukturovaného seznamu subjektů, kterých se týkají dopady projektu, je předpokládaný rozsah dopadu projektu v případě jeho realizace.

- FN Olomouc – investor a provozovatel.
- Pacienti – využívají poskytování zdravotní péče FN Olomouc.
- Příbuzní pacientů.
- Zdravotní pojišťovny – plátci zdravotní péče.
- Policie ČR – zajišťování veřejného pořádku a bezpečí občanů.
- Obyvatelé (Olomouce) přilehlého okolí areálu profesora Fuky.
- Statutární město Olomouc, Olomoucký kraj, Stát – představitelé veřejného zájmu.

16.3 Nulová varianta provozování dlouhodobé ošetřovatelské péče

Areál FN Olomouc je rozlehlý a skládá se z mnoha nemovitostí. Přesto nemocnice nedisponuje aktuálně volnými prostory, v kterých by mohla umístit 3 nové lůžkové stanice s kapacitou 90 lůžek. FN Olomouc získala bezúplatným převodem od Úřadu práce ČR budovy, pozemky a DDM v hodnotě 33,6 mil. Kč. Zápis v katastru nemovitostí byl podaný v listopadu 2017. Mapa areálu profesora Fuky je znázorněna na obrázku 2.



Obrázek 2 Mapa areálu profesora Fuky (Interní zdroj)

Tento areál je situován v těsné blízkosti stávající severozápadní hranice nemocnice a má výměru 28 636 m^2. Z druhé strany je moderní bytová výstavba. Pro adresné sledování veškerých nákladů se označil získaný majetek samostatným nákladovým střediskem s názvem Areál profesora Fuky. Jedná se o areál po sovětské armádě. Nemovitosti jsou naprosto zdevastované a nevhodné k užívání. FN Olomouc vznikla nabytím vlastnictví povinnost o tento majetek pečovat, tzn. zabezpečit ho před užíváním nepovolanými osobami, což se děje ve značné míře. Za této situace bylo rozhodnuto o demolici stávajících objektů ještě v roce 2018. Náklady na demolice jsou stanoveny odborným odhadem ve výši 20 mil. Kč. Současně dojde k vyřazení majetku ve výši 15,6 mil. Kč. Tyto náklady tzv. **sunk cost** ve výši 35,6 mil. Kč nejsou předmětem projektu, neboť budou vynaloženy v každém případě bez ohledu na realizaci tohoto projektu.

Na obrázku 3 je zobrazena chátrající budova bývalých vojenských ubikací, která je v nejhorším technickém stavu ze získaných nemovitostí. Do části budovy výrazně zatéká, jsou částečně narušeny cihly v obvodové zdi, většina oken je vysklených.

Obrázek 3 Budova ubikací - areál profesora Fuky (Interní zdroj)

16.3.1 **Provozní náklady FN Olomouc - nulová varianta**

Nulová varianta provozování dlouhodobé ošetřovatelské péče reprezentuje současný stav, kdy je od listopadu 2017 ve FN Olomouc poskytována předmětná péče na 19 lůžkách. Při zpracování předpokládaných provozních nákladů pro rok 2018 jsem vycházela částečně ze skutečných nákladů zaúčtovaných za leden a únor v 2018 zejména u spotřeby léků, krevních přípravků, zdravotnických prostředků, všeobecného materiálu, náhradních dílů, jednorázového textilu. Náklady na **potraviny** vychází z hodnoty stravovací jednotky 72 Kč na lůžkoden. Roční poplatky za televizní přijímače jsou spočítány za 8 ks * 135 Kč/měsíc. **Osobní náklady** jsou navýšeny koeficientem o 6 %, z důvodu předpokládaného vyplacení mimořádných pololetních a ročních odměn všem zaměstnancům FN Olomouc. Předpokládané provozní náklady nulové varianty jsou uvedeny v **současné hodnotě roku 2018** v tabulce 5.

Tabulka 5 Předpokládané provozní náklady v roce 2018 nulová varianta (Vlastní zpracování)

Předpokládané provozní náklady v Kč		**2018**
501 13	Léky a léčiva	888 560
501 14	Krevní přípravky	115 140
501 15	Zdravotnické prostředky	388 670
501 16	Potraviny	474 480
501 17	Všeobecný materiál	321 490
501 18	Náhradní díly	7 600
501 19	Textil	191 840
502	Energie	390 000
511	Opravy	38 680
5185 02	Spoje	500
518 04	Poplatky TV	12 960
518 06	Úklid	252 720
518 08	Revize	36 470
52	Osobní náklady	7 214 120
551 10	Odpisy	118 510
558	Náklady DDHM	22 950
Přímé náklady		10 474 690
799 01	VPN lékárna	53 850
799 02	VPN ZVIT	11 000
799 03	VPN doprava	10 880
799 06	VPN prádelna	684 240
799 10	VPN IT	191 120
799 50	VPN správní režie	795 670
Vnitropodnikové náklady		1 746 760
Celkem náklady		**12 221 450**

16.3.2 **Příjmy FN Olomouc - nulová varianta**

Financování dlouhodobé ošetřovatelské péče vychází z úhradové vyhlášky (Vyhláška č. 353/2017 Sb.), kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. Paušální sazba za jeden den hospitalizace je stanovena pro každou kategorii pacienta viz kapitola 5.

Pro stanovení ročního výnosu za poskytnutou zdravotní péči vycházím z kapacity 19 dlouhodobých ošetřovatelských lůžek, které jsou využity na 95 %. Jako klíč pro rozdělení lůž-

kodnů jsem použila reálné podíly OD dle kategorií pacientů v roce 2017 na geriatrickém oddělení.

- Norma lůžkodnů = 19 lůžek * 365 dnů = 6 935 lůžkodnů.
- Využití 95 % = 6 935 * 0,95 = 6 590 lůžkodnů.

V tabulce 6 je spočítaný předpokládaný min. a max. roční výnos za hospitalizaci:

- paušální sazba Kč/OD * podíl dle kategorie pacientů * 6 590 lůžkodnů.
- navýšení úhrady 50 Kč/OD * 6 590 lůžkodnů.

Tabulka 6 Předpokládané příjmy za hospitalizaci nulová varianta (Vlastní zpracování)

Ošetřovací den 00005	X minimální výnos	Y maximální výnos
Kategorie pacienta 1 / 0,5 %	38 523	51 073
Kategorie pacienta 2 /13,1 %	1 102 965	1 466 761
Kategorie pacienta 3 /60,6 %	5 607 896	7 202 700
Kategorie pacienta 4 /25,8 %	2 604 060	3 232 295
Kategorie pacienta 5 / 0 %	0	0
Výnosy hospitalizace	9 353 444	11 952 829
Navýšení úhrady 50 Kč/OD	329 500	329 500
Výnosy hospitalizace celkem	**9 682 944**	**12 282 329**

Minimální předpokládaný roční výnos za hospitalizaci **v roce 2018 je uveden v současné hodnotě** celkem ve výši 9 682 944 Kč. Maximální předpokládaný roční výnos za hospitalizaci v roce 2018 je uveden v současné hodnotě celkem ve výši 12 282 329 Kč.

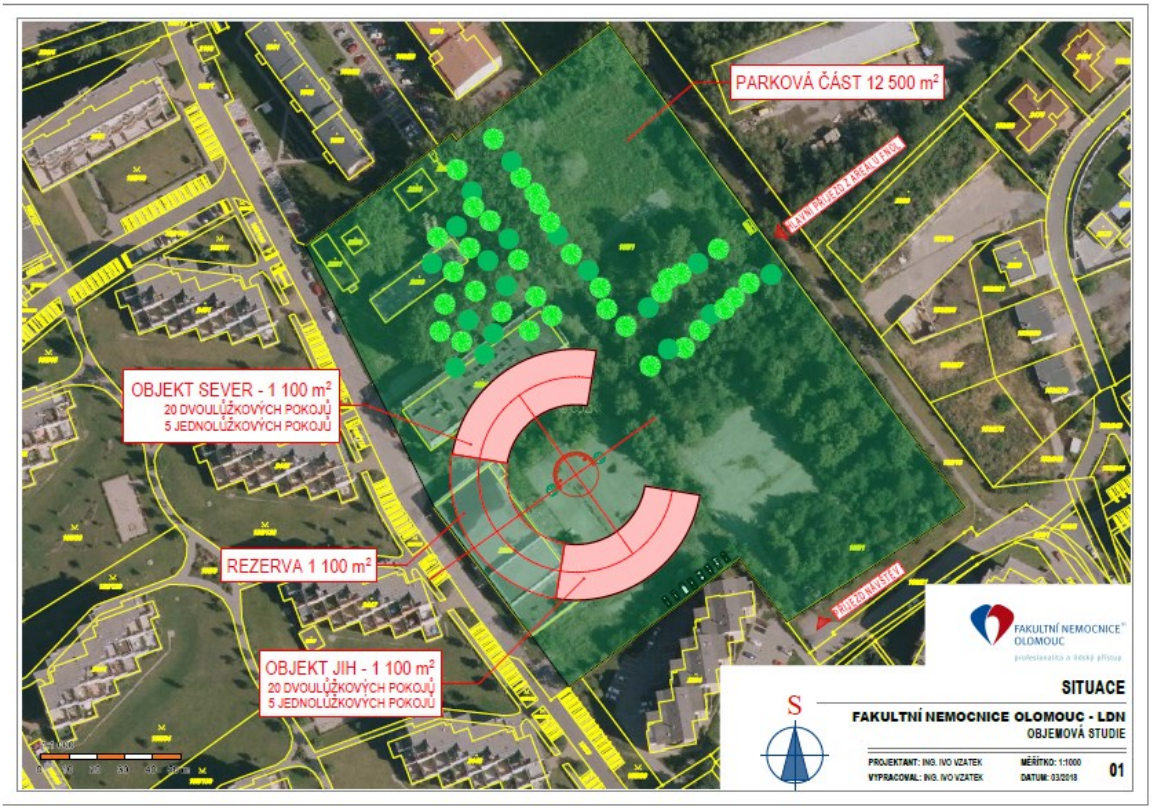
16.4 **Investiční varianta provozování dlouhodobé ošetřovatelské péče**

16.4.1 **Investiční náklady FN Olomouc - investiční varianta**

Pro potřeby této práce jsem požádala o zpracování návrhu studie a odborného odhadu investičních výdajů vedoucího Oddělení technické přípravy FN Olomouc. Návrh investiční varianty spočívá ve vybudování dvou nízkoenergetických přízemních budov, ve kterých se nachází 40 dvoulůžkových pokojů a 10 jednolůžkových pokojů s celkovou kapacitou 90 dlouhodobých ošetřovatelských lůžek. Pokoje jsou včetně sociálního zařízení. Vzhle-

dem k možnosti navrhované studií, kdy je uvažováno s 10 jednolůžkovými pokoji pro pacienty, navrhuji využít této komfortní služby a nabízet je zájemcům za úplatu.

Návrh studie zahrnuje i dostatečné prostory pro zázemí zaměstnanců, ostatní a technické zázemí a v neposlední řadě počítá i se společnými prostory pro pacienty a jejich návštěvy. V areálu by bylo k dispozici 70 parkovacích stání pro zaměstnance FN Olomouc a návštěvy pacientů. Dále je v návrhu zahrnuta parková část s relaxační zónou pro pacienty. Kreativní návrh počítá i s případnou dostavbou třetího jižního objektu, který je nyní v návrhu situace nízkoenergetických objektů na obrázku 4 označen jako rezerva 1 100 m^2.



Obrázek 4 Návrh situace nízkoenergetických objektů (Interní zdroj)

Odhad návrhu nově vybudovaných dvou nízkoenergetických objektů v areálu profesora Fuky vychází ze směrných ukazatelů cen za m^3 pro jednotlivé typy cen stanovených Ústavem pro racionalizaci cen ve stavebnictví. Přehled investičních výdajů na nízkoenergetické objekty je zpracován v **současné hodnotě roku 2018** uvedeno v tabulce 7.

Tabulka 7 Náklady investiční akce na nízkoenergetické objekty (Vlastní zpracování)

Investiční výdaje dlouhodobá ošetřovatelská péče FN Olomouc	
Zadání:	
Počet pacientů:	90
Počet dvoulůžkových pokojů:	40
Počet jednolůžkových pokojů:	10
Plocha:	
Plocha na 1 pokoj, včetně umyvadla, toalety a sprchy - m^2	25
Celková plocha pokojů (lůžek, včetně sociálního zařízení) - m^2	1 250
Plocha zázemí pro zaměstnance, sklady (25% plochy lůžek) - m^2	313
Plocha komunikací, chodby (10% plocha lůžek) - m^2	125
Plocha společných prostor pro pacienty, návštěvy (20% plocha lůžek) - m^2	250
Plochy ostatní, technické místnosti (20% plochy lůžek) - m^2	250
CELKOVÁ ZASTAVĚNÁ PLOCHA	**2 188**
zaokrouhlení - m^2	**2 200**
Obestavěný prostor:	
Předpoklad konstrukční výšky - m	3,5
CELKEM OBESTAVĚNÝ PROSTOR - m^3	**7 700**
Propočet ceny objektu v Kč:	
Předpoklad ceny objektu - Kč/m^3	12 500
Cena objektu - dle m^3	96 250 000
Terénní úpravy komunikace, sadové úpravy (10%)	9 625 000
Projektová dokumentace	10 000 000
CELKOVÁ CENA OBJEKTU	**115 875 000**

16.4.2 **Jednorázové vybavení FN Olomouc - investiční varianta**

Minimální technické vybavení a provoz zdravotnických zařízení jsou stanoveny platnými předpisy. Zařízení musí splňovat podmínky vyhlášky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče a dále naplnit podmínky vyhlášky č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče.

Lůžkové oddělení dlouhodobé ošetřovatelské péče musí být vybaveno prostředky pro polohování a zajištění hygieny imobilních pacientů a manipulaci s nimi; zpravidla se zřizují koupelny vybavené zvedáky a sprchovacími lůžky. Pro investiční variantu 90 lůžek ve dvou objektech je zpracován přehled základního technického a věcného vybavení v tabulce 8 a přehled vybavení zázemí v tabulce 9.

Tabulka 8 Náklady investiční akce základní technické a věcné vybavení (Vlastní zpracování)

Položka	Cena za ks	Počet ks	Cena celkem
polohovací lůžko	39 000,00 Kč	90,00	3 510 000,00 Kč
antidekubitní podložka / matrace vč. aktivních	6 200,00 Kč	90,00	558 000,00 Kč
noční stolek s vylamovací plochou	8 000,00 Kč	90,00	720 000,00 Kč
šatní skříň	1 220,00 Kč	90,00	109 800,00 Kč
židle s područkami	3 500,00 Kč	90,00	315 000,00 Kč
stolek	3 000,00 Kč	50,00	150 000,00 Kč
TV	4 600,00 Kč	50,00	230 000,00 Kč
držák na zeď pro TV	600,00 Kč	50,00	30 000,00 Kč
WC židle pojízdná (do sprchy)	4 000,00 Kč	10,00	40 000,00 Kč
WC židle stabilní	2 200,00 Kč	10,00	22 000,00 Kč
chodítko pojízdné	4 200,00 Kč	10,00	42 000,00 Kč
chodítko mechanické	1 400,00 Kč	10,00	14 000,00 Kč
mechanické pojízdné křeslo	5 000,00 Kč	50,00	250 000,00 Kč
dávkovač na dezinfekci	1 200,00 Kč	50,00	60 000,00 Kč
dezinfektor podložních mís	123 120,00 Kč	2,00	246 240,00 Kč
dávkovač lineární (infusor)	30 850,00 Kč	10,00	308 500,00 Kč
Celkem			**6 605 540,00 Kč**

Tabulka 9 Náklady investiční akce vybavení zázemí (Vlastní zpracování)

Položka	Cena za ks	Počet ks	Cena celkem
Kuchyňka: mikrovlnná trouba	3 500,00 Kč	2,00	7 000,00 Kč
linka kuchyňská	20 000,00 Kč	2,00	40 000,00 Kč
lednice	5 000,00 Kč	4,00	20 000,00 Kč
vařič 2 plotýnky	3 500,00 Kč	2,00	7 000,00 Kč
myčka na nádobí	11 000,00 Kč	2,00	22 000,00 Kč
konvice rychlovarná	500,00 Kč	2,00	1 000,00 Kč
stůl	3 500,00 Kč	20,00	70 000,00 Kč
židle	1 000,00 Kč	80,00	80 000,00 Kč
příbory	100,00 Kč	120,00	12 000,00 Kč
Celkem			**259 000,00 Kč**

Všechny položky jsou uvedeny v současné hodnotě roku 2018 v množství, které respektuje plánovanou kapacitu 90 lůžek rozmístěných dle plánovaných dispozic 40 dvoulůžkových pokojů a 10 jednolůžkových pokojů. Odborná stránka vybavení byla zkonzultována s vedoucí Odboru ošetřovatelské péče ve FN Olomouc. Ceny za ks vychází z aktuálních nákupních cen ve FN Olomouc.

16.4.3 **Provozní náklady FN Olomouc - investiční varianta**

Při zpracování předpokládaných provozních nákladů u investiční varianty provozování dlouhodobé ošetřovatelské péče jsem vycházela částečně ze skutečných nákladů zaúčtovaných na současně provozovaných 19 lůžkách za leden a únor v 2018 zejména u spotřeby léků, krevních přípravků, zdravotnických prostředků, všeobecného materiálu, náhradních dílů, jednorázového textilu. Náklady na **potraviny** vychází z hodnoty stravovací jednotky 72 Kč na lůžkoden. Roční poplatky za televizní přijímače jsou spočítány na 50 ks * 135 Kč/měsíc. Náklady na **energie** vychází z nízkoenergetických provozních nákladů novostavby (15 KW/ m^2 /rok *2,50 Kč * 2 200 m^2) a z odhadu nákladů srážkovného. **Úklidové práce** jsou vyčísleny současnou sazbou úklidových prací ve FN Olomouc na plochu 2 200 m^2. **Osobní náklady** jsou propočítány průměrným platem dané kategorie zaměstnanců ve FN Olomouc na normativ personálního zabezpečení 90 lůžek a navýšeny koeficientem o 6 %, z důvodu předpokládaného vyplacení mimořádných pololetních a ročních odměn všem zaměstnancům FN Olomouc. **Odpisy** vychází z nákladů na investiční akci, kdy doba odepisování (účetní) nemovitostí ve FN Olomouc je stanovena na 75 let. Součástí provozních nákladů jsou i náklady na nákupy drobného dlouhodobého majetku pro zajištění přirozené obnovy jednorázového vybavení.

Předpokládané provozní náklady investiční varianty jsou uvedeny v **současné hodnotě roku 2018** v tabulce 10.

Tabulka 10 Předpokládané provozní náklady v Kč investiční varianta (Vlastní zpracování)

Předpokládané provozní náklady v Kč		**2018**
501 13	Léky a léčiva	4 208 960
501 14	Krevní přípravky	545 400
501 15	Zdravotnické prostředky	1 841 090
501 16	Potraviny	2 247 120
501 17	Všeobecný materiál	801 250
501 18	Náhradní díly	36 040
501 19	Textil	281 780
502	Energie	401 450
511	Opravy	10 000
5185 02	Spoje	1 200
518 04	Poplatky TV / 50 ks	81 000
518 06	Úklid 2200 m^2	576 550
518 08	Revize	36 470
52	Osobní náklady	20 079 500
551 10	Odpisy	1 545 000
558	Náklady DDHM	50 000
Přímé náklady		32 742 810
799 01	VPN lékárna	42 510
799 02	VPN ZVIT	52 140
799 03	VPN doprava	51 530
799 06	VPN prádelna	509 190
799 10	VPN IT	32 000
799 50	VPN správní režie	3 011 930
Vnitropodnikové náklady		3 699 300
Náklady celkem		**36 442 110**

16.4.4 **Příjmy FN Olomouc od zdravotních pojišťoven – investiční varianta**

Financování dlouhodobé ošetřovatelské péče vychází z úhradové vyhlášky (Vyhláška č. 353/2017 Sb.), kterou se stanoví hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. Paušální sazba za jeden den hospitalizace je stanovena pro každou kategorii pacienta viz kapitola 5.

Pro stanovení ročního výnosu za poskytnutou zdravotní péči vycházím z kapacity 90 dlouhodobých ošetřovatelských lůžek, které jsou využity na 95 %. Jako klíč pro rozdělení lůž-

kodnů jsem použila reálné podíly OD dle kategorií pacientů v roce 2017 na geriatrickém oddělení.

- Norma lůžkodnů = 90 lůžek * 365 dnů = 32 850 lůžkodnů.
- Využití 95 % = 32 850 * 0,95 = 31 210 lůžkodnů.

V tabulce 11 je spočítaný předpokládaný min. a max. roční výnos za hospitalizaci:

- paušální sazba Kč/OD * podíl dle kategorie pacientů * 31 210 lůžkodnů.
- navýšení úhrady 50 Kč/OD * 31 210 lůžkodnů.

Tabulka 11 Roční výnos za hospitalizaci investiční varianta (Vlastní zpracování)

Ošetřovací den 00005	X minimální výnos	Y maximální výnos
Kategorie pacienta 1 / 0,5 %	186 778	247 627
Kategorie pacienta 2 /13,1 %	5 246 744	6 360 924
Kategorie pacienta 3 /60,6 %	26 537 112	34 083 882
Kategorie pacienta 4 /25,8 %	12 315 672	15 286 854
Kategorie pacienta 5 / 0 %	0	0
Výnosy hospitalizace	44 286 305	55 979 287
Navýšení úhrady 50 Kč/OD	1 560 500	1 560 500
Výnosy hospitalizace celkem	**45 846 805**	**57 539 787**

Minimální předpokládaný roční výnos za hospitalizaci je uveden **v současné hodnotě roku 2018** celkem ve výši 45 846 805 Kč. Maximální předpokládaný roční výnos za hospitalizaci je uveden v současné hodnotě roku 2018 celkem ve výši 57 539 787 Kč.

16.4.5 **Příjmy FN Olomouc za jednolůžkové pokoje – investiční varianta**

Vzhledem k možnosti navrhované studií, kdy je uvažováno s 10 jednolůžkovými pokoji pro pacienty, navrhuji využít této komfortní služby a nabízet je zájemcům za úplatu. Nadstandardní pokoje nabízí v současnosti FN Olomouc za 800 Kč za den u akutních lůžek. Navrhuji poplatek 150 Kč za den u lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče.

- Norma lůžkodnů = 10 lůžek * 365 dnů = 3 650 lůžkodnů.
- Využití 95 % = 3 650 * 0,95 = 3 468 lůžkodnů.
- Příjem = 3 468 * 150 = 520 200 Kč

Předpokládaný roční příjem za využití jednolůžkových pokojů činí **520 200 Kč** a je uveden **v současné hodnotě roku 2018.**

16.5 **Přírůstková metoda**

Přírůstková metoda spočívá v porovnání výsledné změny C&B nulové varianty a investiční varianty z pohledu daného subjektu. Zajímá nás rozdíl těchto dvou variant, neboť zahrnuje všechny důsledky (efekty, C&B) způsobené investicí, které lze použít pro její ocenění. Pokud je výsledná hodnota kladná jedná se o přínos, pokud je výsledná hodnota záporná, je výsledným efektem projektu újma plynoucí z investice (Sieber, 2004, s. 14).

Předpokládané příjmy FN Olomouc z provozu jsou stanoveny za hospitalizaci v minimální výši jak u nulové varianty, tak u investiční varianty. U investiční varianty jsou následně připočteny předpokládané příjmy ve výši 520 200 Kč za využití jednolůžkových pokojů. V tabulce 12 jsou uvedeny přírůstkové přínosy FN Olomouc v současné hodnotě 2018 a v reálné hodnotě roku 2021, kdy je předpokládané zahájení provozování 90 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče. Z důvodu zachování srovnatelnosti hodnot všech porovnávaných údajů je nezbytné převést současnou hodnotu předpokládaných příjmů z provozu na budoucí hodnotu předpokládaných příjmů z provozu. Pro diskontování hotovostních toků v reálném vyjádření použiji diskontní sazbu 5 % p. a.

Tabulka 12 Přírůstkové Benefits (přínosy) FN Olomouc (Vlastní zpracování)

C&B/období	2018	2021
Předpokládané příjmy FNOL z provozu DOŠ v případě, že není investice realizována	9 682 944 Kč	11 209 218 Kč
Předpokládané příjmy FNOL z provozu DOŠ v případě, že je investice realizována	46 367 005 Kč	53 675 604 Kč
Hotovostní tok (příjem) plynoucí z investice	**36 684 061 Kč**	**42 466 386 Kč**

V tabulce 13 jsou uvedeny předpokládané náklady FN Olomouc z provozu u nulové varianty a investiční varianty v současné hodnotě 2018 a v reálné hodnotě roku 2021, kdy je předpokládané zahájení provozování 90 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče. Z důvodu zachování srovnatelnosti hodnot všech porovnávaných údajů je nezbytné převést současnou hodnotu předpokládaných nákladů z provozu na budoucí hodnotu předpokládaných nákladů z provozu. Pro diskontování hotovostních toků v reálném vyjádření použiji diskontní sazbu 5 % p. a.

Tabulka 13 Přírůstkové Costs (újmy) FN Olomouc (Vlastní zpracování)

C&B/období	**2018**	**2021**
Předpokládané náklady FNOL z provozu DOŠ v případě, že není investice realizována	12 221 450 Kč	14 147 856 Kč
Předpokládané náklady FNOL z provozu DOŠ v případě, že je investice realizována	36 442 110 Kč	42 186 298 Kč
Hotovostní tok (náklady) plynoucí z investice	**24 220 660 Kč**	**28 038 442 Kč**

Tabulka 14 Srovnání nulové a investiční varianty FN Olomouc v roce 2021 (Vlastní zpracování)

Varianta	Náklady (Costs)	Přínosy (Benefits)	B - C	B / C
Nulová varianta	14 147 856 Kč	11 209 218 Kč	-2 938 638 Kč	0,8
Investiční varianta	42 186 298 Kč	53 675 604 Kč	11 489 306 Kč	1,3

V tabulce 14 je z pohledu FN Olomouc, jako provozovatele, vyhodnocena čistá současná hodnota nulové varianty záporně, a tudíž je jejím výsledným efektem újma. **Čistá současná hodnota investiční varianty má kladný výsledek a proto je tato varianta přínosem**. Dalším zjištěním je **poměr současné hodnoty přínosů a současné hodnoty nákladů B/C.** Poměr u nulové varianty je nižší než 1, tudíž je neefektivní. Poměr u investiční varianty je větší než 1 (B/C>1). **Investiční varianta je přínosem.**

16.6 Ocenitelné efekty plynoucí z investiční varianty

16.6.1 FN Olomouc – investor a provozovatel

Sociální oddělení FN Olomouc řeší sociální problémy hospitalizovaných osob v celém spektru sociálních situací od prenatálního období až do seniorského věku, včetně smrti. Zaznamenává výskyt sezónních kumulací určitých skupin pacientů nebo problematiky – v zimě řeší více bezdomovců, v období dovolených a svátků je obtížnější zajištění následné péče v léčebně dlouhodobě nemocných z důvodu omezených kapacit jednotlivých zařízení. Nejčastěji řeší zajištění následné péče pro seniory po ukončení hospitalizace - buď v domácím prostředí zajištěním zdravotních úkonů agenturou domácí péče, nebo pobyt v lůžkovém zařízení následné péče. A právě neexistence tohoto typu zdravotnického zařízení v krajském městě Olomouc, které má více jak sto tisíc obyvatel, je dlouhodobým problémem současnosti.

V současné době umisťuje FN Olomouc pacienty s potřebou následné péče do těchto zařízení v okrese Olomouc:

- Odborný léčebný ústav Paseka (70 % pacientů) a Odborný léčebný ústav neurologicko-geriatrický Moravský Beroun (30 % pacientů), které se od 1. 1. 2015 organizačně sloučily pod Odborný léčebný ústav Paseka p. o., jehož zřizovatelem je Olomoucký kraj, péče je nadále poskytována v obou zařízeních.
- Léčebna dlouhodobě nemocných ve Vojenské nemocnici Olomouc, která byla zřízena na podzim roku 2008, přijímá pouze válečné veterány nebo jejich příbuzné.
- Využívají se i mimospádová zařízení v Červené Vodě v okrese Ústí nad Orlicí, v Zábřehu na Moravě, Hranicích na Moravě, Prostějově a Přerově.

Počty umístěných pacientů sociálním oddělením ve výše uvedených zařízeních se každoročně pohybují okolo 500 pacientů. Dalších zhruba 300 pacientů ročně je umístěno přímo ze zdravotnických pracovišť FN Olomouc. Nejsou zde zahrnuti pacienti, jejichž umístění si zajišťovala rodina sama a dále pak pacienti, jejichž příbuzní odmítli umístění v některém ze zařízení z důvodu velké vzdálenosti od Olomouce a tudíž nemožnosti dojíždění jak z důvodu finančního, tak především z důvodu fyzické zátěže cestování. Většina příbuzných je v seniorském věku s mnoha zdravotními problémy, vzdálenost Olomouc - Paseka je 32 km, Olomouc - Moravský Beroun 37 km. V případě zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc by byla kapacita 90 lůžek naplněna především pacienty hospitalizovanými ve FN Olomouc, tím by se zkrátil pobyt na akutním lůžku. Obvyklý postup

zajištění následné péče pro pacienta FN Olomouc v současné době je: akutní lůžko → Oddělení geriatrie → zařízení následné péče.

Tento stanovený postup však platí pouze pro pacienty starší 65 let, mladší pacienty Oddělení geriatrie nepřijímá, musí se do zařízení následné péče umisťovat přímo z akutního lůžka. Velmi obtížně se daří umístit mladé pacienty po polytraumatech, pacienty s onkologickým onemocněním nebo např. neurochirurgické pacienty po poranění páteře, u nichž je potřeba následné a posléze i dlouhodobé ošetřovatelské péče v klidu na lůžku.

Ocenitelné efekty plynoucí z realizace investiční varianty pro FN Olomouc jsou zpracovány a vyčísleny v předešlých kapitolách.

16.6.2 **Příbuzní pacientů**

Ocenitelným efektem plynoucím z realizace investiční varianty je zvýšení disponibilních příjmů příbuzných pacientů vzniklé ušetřením peněz za dopravu do OLÚ Paseka a Moravský Beroun. Návštěvy budou realizovány v místě, a tudíž nevzniknou výdaje za cestování a proto jsou přínosem investiční varianty.

Při stanovování hodnoty převozů jsem postupovala následovně:

- Počet návštěv = 90 lůžek * 2 příbuzní * 2 cesta/zpáteční * 104 návštěv/rok = 37 440 návštěv
- Jízdné Paseka = 37 440 * 70 % * 40 Kč = 1 048 320 Kč
- Jízdné Moravský Beroun = 37 440 * 30 % * 60 Kč = 673 920 Kč
- Celkové jízdné = 1 048 320 + 673 920 Kč = 1 722 240 Kč

Předpokládaný roční přínos za nerealizované jízdy příbuzných činí **1 722 240 Kč** a je uveden **v současné hodnotě roku 2018.**

16.6.3 **Zdravotní pojišťovny**

Zdravotní pojišťovny jsou plátci zdravotní péče. Ocenitelným efektem plynoucím z investiční varianty je zvýšení efektivity využití prostředků veřejného zdravotního pojištění a to snížením počtu převozů pacientů z FN Olomouc do Odborného léčebného ústavu Paseka a Moravský Beroun. Tyto převozy jednoznačně nebudou realizovány, a tudíž jsou přínosem investiční varianty.

Při stanovování hodnoty převozů jsem postupovala následovně:

- Počet převozů = 90 lůžek * 4 pacienti lůžko/rok = 360 převozů
- Převozy Paseka = 360 * 70 % * 615 Kč = 154 980 Kč
- Převozy Moravský Beroun = 360 * 30 % * 658 Kč = 71 064 Kč
- Celkový výdaj = 71 064 Kč + 154 980 Kč = 226 044 Kč

Předpokládaný roční přínos za nerealizované převozy pacientů činí **226 044 Kč** a je uveden **v současné hodnotě roku 2018.**

16.7 **Neocenitelné efekty plynoucí z investiční varianty**

16.7.1 **Pacienti**

Pro pacienty využívající poskytování zdravotní péče FN Olomouc by vyplynula v případě realizace investiční varianty jednak možnost využít komfortní nabídky využívání jednolůžkových pokojů (tato služba je ocenitelným přínosem pro FN Olomouc) a dále psychická pohoda spojená s možností dostupnosti návštěv svými příbuznými a přáteli, což současně působí i na zlepšení zdravotního stavu pacientů. Tyto efekty by byly ocenitelné, ale jejich vyčíslení by bylo z důvodu pracnosti předmětem další samostatné práce, po úvaze jsem se rozhodla je zahrnout do neocenitelných efektů CBA.

16.7.2 **Obyvatelé přilehlého okolí areálu profesora Fuky**

Rozlehlý areál profesora Fuky, získaný převodem od Úřadu práce v loňském roce, je velmi zpustošený a nemovitosti jsou ve zchátralém stavu. Shromažďují se v nich bezdomovci a osoby sociálně slabé, problémové. Přínosem pro stávající obyvatele v přilehlé moderní zástavbě by v případě realizace investice bylo zvýšení bezpečnosti této zóny, neboť by již nedocházelo k incidentům vyvolaným těmito živly. Toto by jednoznačně vedlo ke zvýšení tržní ceny nejen nájemného, ale i tržní ceny jednotlivých nemovitostí v dané lokalitě. Tento efekt by byl ocenitelný, ale po úvaze jsem se rozhodla ho zařadit do neocenitelných efektů CBA.

16.8 Nezahrnuté efekty plynoucí z investiční varianty

16.8.1 FN Olomouc

Původně bylo mým záměrem vyčíslit přínos, který by vznikl rychlejším překladem pacientů z akutních lůžek ve FN Olomouc na lůžka dlouhodobé ošetřovatelské péče. Tento efekt by byl ocenitelný, ale jeho vyčíslení by bylo velmi problematické a svým rozsahem by mohlo být předmětem další samostatné práce. Současně by byl dopad pro FN Olomouc provázán s dopadem na plátce zdravotní péče, tj. zdravotními pojišťovnami, na straně druhé, což by mohlo vést k nežádoucím duplicitám. Po dlouhé a pečlivé úvaze jsem se rozhodla tento efekt nezahrnovat do efektů CBA.

16.8.2 Policie

Policie slouží veřejnosti. Jejím úkolem je chránit bezpečnost osob a majetku, chránit veřejný pořádek a předcházet trestné činnosti. V případě realizace investiční varianty by jednoznačně nedocházelo k častým výjezdům policejních hlídek k incidentům v areálu profesora Fuky. Otázkou je, zda by skutečně ubylo výjezdů, neboť osoby nepřizpůsobivé se přesunou do jiných lokalit a pro Policii nevznikne žádný přínos. Tento efekt jsem se rozhodla nezahrnovat do CBA.

16.8.3 Statutární město Olomouc, Olomoucký kraj, Stát

Pro představitelé veřejného zájmu, tj. Statutární město Olomouc, Olomoucký kraj a i stát by byla přínosem samotná iniciativa FN Olomouc řešit situaci poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče vlastními silami. Z důvodu různých pohledů na efekt vyplývající z případné realizace investiční varianty, které by mohly vést k opomenutí důsledků, jsem se rozhodla nezahrnovat do CBA.

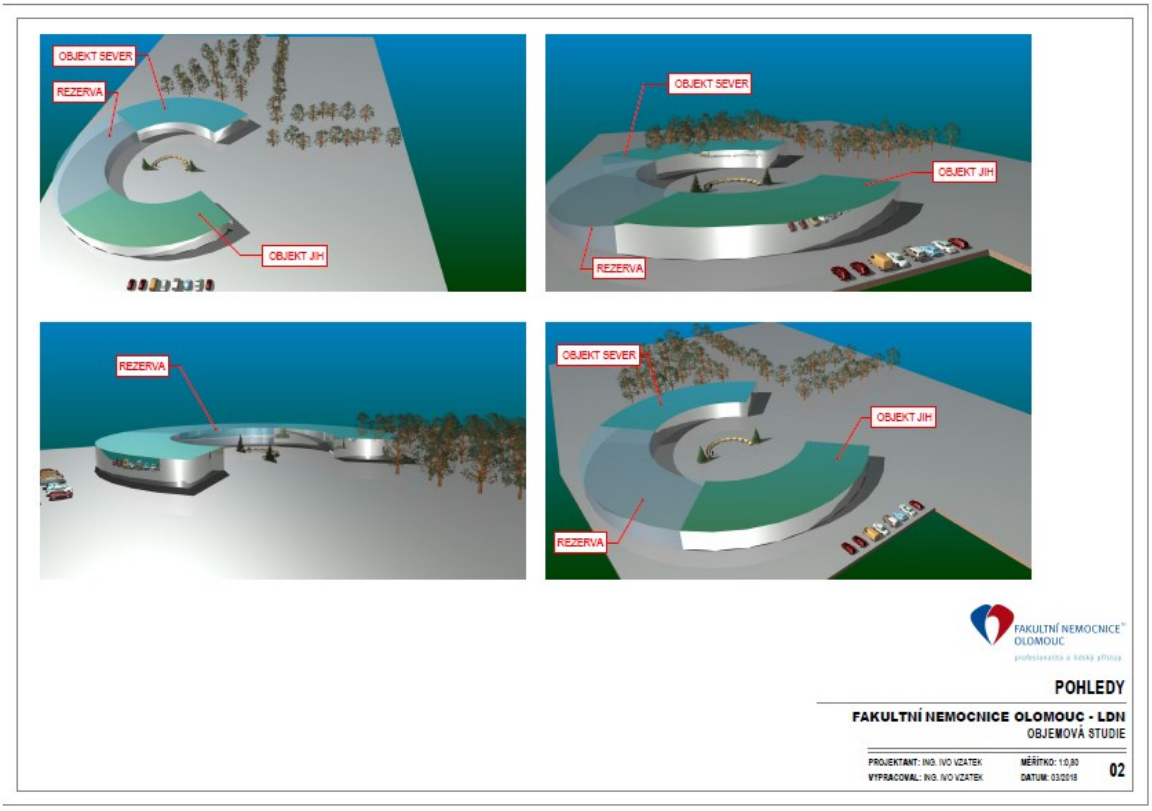
16.9 Kriteriální ukazatele CBA

Pro vyhodnocení dopadů projektu, který je realizován v odlišném období, je důležité pro dosažení srovnatelnosti převést finanční toky na **současnou hodnotu**. Obdobím realizace projektu je rok 2020. Pro diskontování C&B veřejných projektů je stanovena dlouhodobá reálná společenská diskontní sazba ve výši 5 % p. a. (Sieber, 2004, 23).

Z důvodu zachování srovnatelnosti hodnot všech porovnávaných údajů je nezbytné převést současnou hodnotu investiční akce na budoucí hodnotu investiční akce. Vycházím z časové analýzy projektu, kdy projektová dokumentace ve výši 10 mil. Kč bude zpracována a uhrazena v roce 2019 a ostatní investiční výdaje ve výši 112 739 540 Kč budou uhrazeny v roce 2020. Pro diskontování hotovostních toků v reálném vyjádření použiji diskontní sazbu 5 % p. a.

Tabulka 15 Převod současné hodnoty investiční akce (Vlastní zpracování)

	2018	**2019**	**2020**
Projektová dokumentace	10 000 000 Kč	10 500 000 Kč	11 025 000 Kč
Cena objektu	96 250 000 Kč	101 062 500 Kč	106 115 625 Kč
Terénní úpravy, sadové úpravy	9 625 000 Kč	10 106 250 Kč	10 611 563 Kč
Technické a věcné vybavení	6 605 540 Kč	6 935 817 Kč	7 282 608 Kč
Vybavení zázemí	259 000 Kč	271 950 Kč	285 548 Kč
Celkem jednorázové výdaje	**122 739 540 Kč**	**128 876 517 Kč**	**135 320 343 Kč**



Obrázek 5 Pohledy na nízkoenergetické objekty (Interní zdroj)

Tabulka 16 Cost-benefit analýza (Vlastní zpracování)

Krok 1	Krok 2	Krok 3		Krok 4		Krok 5			Krok 6	
Zainteresovaná strana	Dopad projektu na zainteresovanou stranu	Ukazatel	Množství	Jak převedeme dopad na peněžní jednotky	Hodnota v Kč	Mrtvá váha	Jiné vlivy	Čistý dopad	2021	2050
Obyvatelé - příbuzní pacientů	Příbuzní tráví více času s pacienty - ušetření peněz za dopravu	Zvýšení disponibilních příjmů příbuzných	37 440 návštěv (2021)	Hodnota jízdného IDOS, OLÚ Paseka 40 Kč, OLÚ Moravský Beroun 60 Kč aj.	1 993 708	15%	10%	1 525 187	1 525 187	1 525 187
			37 440 návštěv (2050)		1 993 708			1 527 187		
	Lepší vztah s příbuznými	Nevyčísluje se	-	Neoceňuje se	-	-	-	-	-	-
Zdravotní pojišťovny	Zvýšení efektivity využití prostředků veřejného zdravotního pojištění	Nižší počet převozů pacientů do OLÚ Paseka, OLÚ Moravský Beroun aj.	360 převozů (2021)	Hodnota převozu pacienta dle ZP	261 674	15%	10%	200 181	200 181	200 181
			360 převozů (2050)		261 674			200 181		
FN Olomouc	Provozování 90 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče	Předpokládaný provozní přínos	Kč (2021)	Rozdíl mezi příjmy a náklady	11 489 306	-	10%	10 340 375	10 340 375	10 340 375
			Kč (2050)		11 489 306	-	10%	10 340 375		
Obyvatelé Olomouce	Zvýšení bezpečnosti obyvatel v okolí areálu prof. Fuky	Nevyčísluje se	-	Neoceňuje se	-	-	-	-	-	-
Celkem									12 065 743	12 065 743

Krok 7				
	Současná hodnota		11 491 184	2 658 801
	Současná hodnota celkem		185 480 050	
	Čistá současná hodnota		50 159 707	
	Poměr přínosů a nákladů		1,37 : 1,00	

16.9.1 **Současná hodnota**

Vyhodnocení ukazatele současné hodnoty investiční varianty vychází z očekávaných ekonomický toků za celou životnost projektu. Ekonomické toky uvedené v tabulce 17 zahrnují všechny dopady všech subjektů na projekt. Pokud je B ≥ C (současná hodnota ekonomických toků větší nebo rovna než hodnota investičních výdajů) je projekt přijatelný.

Tabulka 17 Očekávané ekonomické toky (Vlastní zpracování)

Očekávané ekonomické toky v Kč					
Rok	**Současná hodnota diskontovaná**	**Kumulace diskontovaných současných hodnot**	**Rok**	**Současná hodnota diskontovaná**	**Kumulace diskontovaných současných hodnot**
2018	11 873 179	-	2034	6 094 020	119 434 462
2019	12 466 838	-	2035	5 803 829	125 238 290
2020	13 090 180	-	2036	5 527 456	130 765 747
2021	13 744 689	-	**2037**	**5 264 244**	**136 029 990**
2021	11 491 184	11 491 184	2038	5 013 566	141 043 556
2022	10 943 985	22 435 169	2039	4 774 824	145 818 380
2023	10 422 843	32 858 012	2040	4 547 452	150 365 832
2024	9 926 517	42 784 529	2041	4 330 906	154 696 739
2025	9 453 826	52 238 355	2042	4 124 673	158 821 411
2026	9 003 643	61 241 998	2043	3 928 260	162 749 671
2027	8 574 899	69 816 897	2044	3 741 200	166 490 871
2028	8 166 570	77 983 467	2045	3 563 047	170 053 919
2029	7 777 686	85 761 152	2046	3 393 379	173 447 297
2030	7 407 320	93 168 472	2047	3 231 789	176 679 086
2031	7 054 590	100 223 063	2048	3 077 894	179 756 981
2032	6 718 657	106 941 720	2049	2 931 328	182 688 309
2033	6 398 721	113 340 441	2050	2 791 741	185 480 050

185 480 050 Kč > 135 320 343 Kč

Současná hodnota projektu (B) > Hodnota investice v nultém období (C)

Vzhledem ke skutečnosti, že současná hodnota je větší nežli investiční výdaje projektu lze považovat projekt za ekonomicky přijatelný.

16.9.2 **Čistá současná hodnota**

Ukazatel čisté současné hodnoty je rozdílem současné hodnoty budoucích ekonomických toků investiční varianty a hodnotou investice v nultém období. Pokud je ukazatel rovný nebo větší jako nula ($B - C \geq 0$) je projekt přijatelný.

185 480 050 Kč - 135 320 343 Kč = 50 159 707 Kč

Současná hodnota projektu (B) - Hodnota investice v nultém období (C) ≥ 0

Čistá současná hodnota je 50 159 707 Kč, což je hodnota větší než 0. Projekt lze považovat za přijatelný.

16.9.3 **Doba návratnosti**

V tabulce 17 jsou uvedené očekávané ekonomické toky v jednotlivých letech po celou dobu životnosti projektu. Výše investičních výdajů 135 320 343 Kč realizovaných v nultém roce projektu bude splacena v průběhu roku 2037. Náklady na projekt se vrátí během 17 let. Doba návratnosti je kratší než stanovená doba životnosti projektu 17 let < 30 let.

16.9.4 **Index rentability**

Ukazatel udává relativní obohacení společnosti. Pokud je podíl čisté současné hodnoty a investičních výdajů realizovaných v nultém roce projektu větší než nula $NPV/I \geq 0$ lze považovat projekt za přijatelný. Index rentability je 0,37 projekt je přijatelný.

50 159 707 Kč / 135 320 343 Kč = 0,37

16.9.5 **Benefit/Cost Ratio**

Ukazatel porovnává přínosy (B) s náklady (C). Pokud $B / C > 1$ projekt produkuje více přínosů než nákladů. Poměr přínosů je 1,37 > 1. Projekt lze uskutečnit.

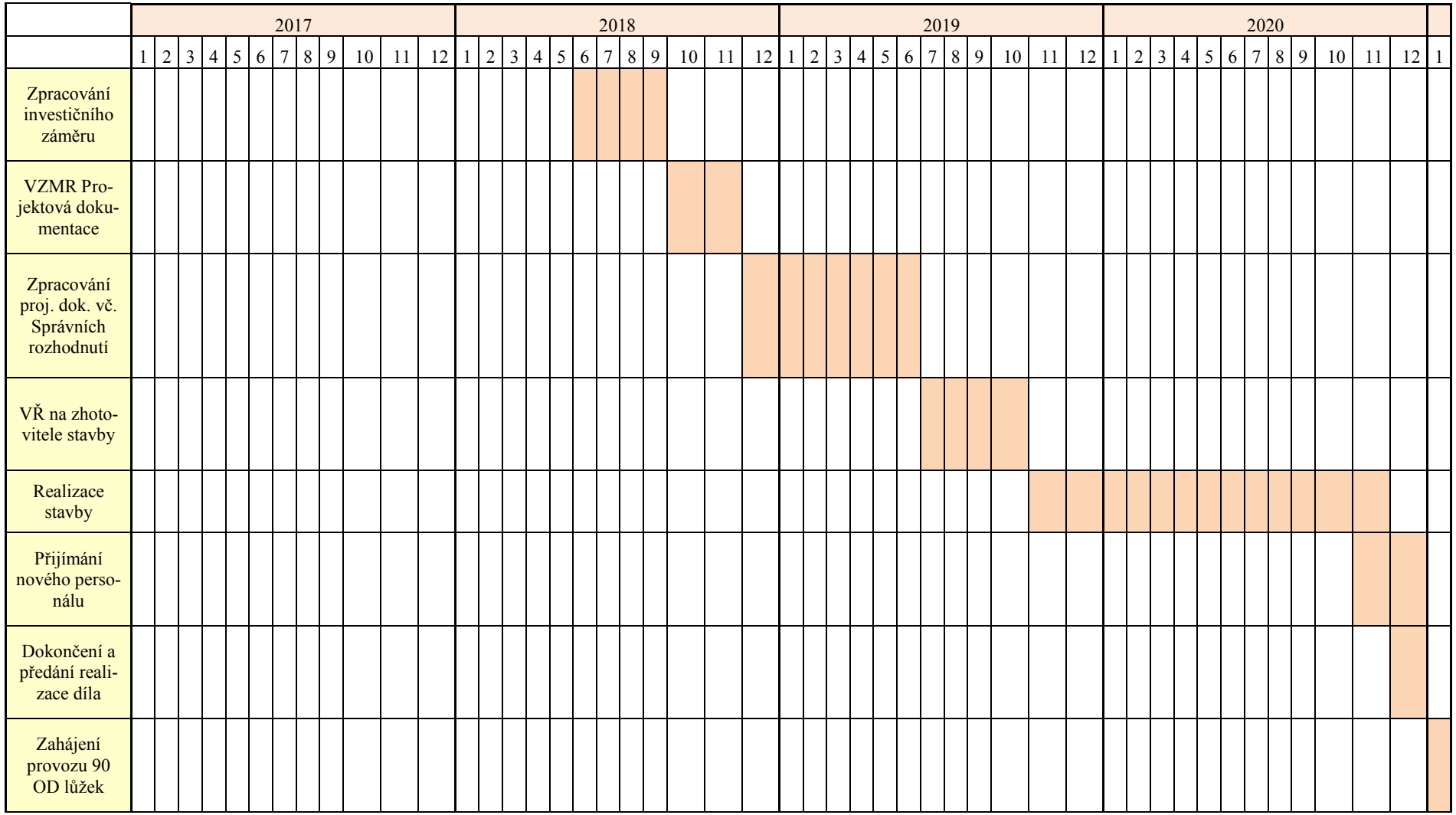
185 480 050 Kč / 135 320 343 Kč = 1,37

16.10 Časová analýza

Projekt byl zahájen v roce 2017, kdy FN Olomouc zahájila nezbytné legislativní kroky k provozování poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče. V listopadu 2017 byla otevřena ve FN Olomouc stanice s 19 lůžky dlouhodobé ošetřovatelské péče. Na základě teoretických poznatků a výsledků zpracovaných analýz v této diplomové práci navrhuji vybudování 2 nízkoenergetických objektů v roce 2020. Termín realizace projektu je reálně směřován na rok 2021. V tabulce 18 je znázorněna časová analýza.

Tabulka 18 Časová analýza (Vlastní zpracování)

	2017												2018												2019												2020												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
Žádost na KÚOK																																																
VŘ MZČR																																																	
Přijímání nového personálu																																																
Převod majetku z Úřadu práce																																																
Zahájení provozování 19 OD lůžek																																																
Přemístění do novostavby II. IK 25 OD lůžek																																																
Demolice nemovitosti																																																


2017
2018
2019
2020
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1
Zpracování investičního záměru
VZMR Projektová dokumentace
Zpracování proj. dok. vč. Správních rozhodnutí
VŘ na zhotovitele stavby
Realizace stavby
Přijímání nového personálu
Dokončení a předání realizace díla
Zahájení provozu 90 OD lůžek

16.11 Riziková analýza

Riziková analýza spočívá v hodnocení rizik na základě získaných faktů, dostatečných podkladů a argumentů potřebných pro učinění rozhodnutí. Základem je stanovení toho, co je pro organizaci přijatelné, a co už naopak přijatelné není. Hodnoty z analýzy rizika je ideální zobrazit v matici rizik, kde jsou oblasti přijatelnosti jasně znázorněny. Zobrazení a uspořádání matice rizik, resp. kde jsou hranice přijatelného a nepřijatelného rizika, záleží pouze na vedení dané firmy, její aktuální situaci apod. Výslednou míru rizika tvoří součin pravděpodobnosti vzniku nežádoucí události (která v sobě nese i údaje o frekvenci vzniku události) a závažnosti jejích následků.

Tabulka 19 Riziková analýza (Vlastní zpracování)

Pravděpodobnost výskytu (P)	Stupeň četnosti	Frekvence vzniku (F)	Závažnost následků (Z)				
			zanedbatelné	málo významné	lehké	těžké	kritické
Vysoce pravděpodobné	5	Trvale	5	10	15	20	25
Velmi pravděpodobné	4	Často	4	8	12	16	20
Pravděpodobné	3	Příležitostně	3	6	9	12	15
Minimálně pravděpodobné	2	Občas	2	4	6	8	10
Nepravděpodobné	1	Zřídka	1	2	3	4	5
Riziko	Stupeň závažnosti		1	2	3	4	5
			Nedostatek pacientů	Nedostatek personálních kapacit	Nedodržení harmonogramu realizace	Nezískání legislativní podpory	Nezajištění finančního krytí

16.12 Zhodnocení projektu

Hlavním cílem projektu bylo navrhnout projektové řešení pro zřízení poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc. Dlouhodobá ošetřovatelská péče by měla být poskytována třemi ošetřovatelskými stanicemi po třiceti lůžkách, tj. celkem na 90-ti dlouhodobých ošetřovatelských lůžkách v nově zrekonstruovaném areálu s vybudovanými nízkoenergetickými objekty v roce 2020. Zahájení provozu předpokládám v roce 2021. Životnost projektu byla stanovena na 30 let.

Pro potřeby dalšího zpracování projektového řešení bylo nezbytné vytvořit finanční plány současné situace a jejího vývoje provozování 19 lůžek dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc, tzv. nulové varianty a situace a jejího vývoje v případě, že bude projekt realizován tzv. investiční varianty.

Následně jsem aplikovala přírůstkovou metodu, která spočívá v porovnání výsledných změn C&B nulové varianty a investiční varianty z pohledu provozovatele v době zahájení provozu. Rozdíl těchto dvou variant zahrnuje všechny důsledky způsobené investicí, které lze použít pro její ocenění. U stanovení výše předpokládaných příjmů z provozu jsem u obou variant pracovala s minimálními očekávanými přínosy. U stanovení výše předpokládaných nákladů z provozu jsem u obou variant pracovala s reálnými očekávanými náklady. Z pohledu FN Olomouc, jako provozovatele, byla vyhodnocena čistá současná hodnota nulové varianty záporně, a tudíž je jejím výsledným efektem újma ve výši 2 938 638 Kč. Újma nulové varianty je způsobena přijetím vyššího počtu personálu, než je stanovený normativ personálního zabezpečení. Čistá současná hodnota investiční varianty má kladný výsledek ve výši 11 489 306 Kč a proto je tato varianta přínosem.

Dalším zjištěním bylo vyhodnocení poměru současné hodnoty přínosů a současné hodnoty nákladů B/C. Poměr u nulové varianty činí 0,8 a je nižší než 1. Nulová varianta je neefektivní. Poměr u investiční varianty činí 1,3 je větší než 1 (B/C>1). Investiční varianta je přínosem.

V dalším kroku byly stanoveny a definovány ocenitelné, neocenitelné a nezahrnuté efekty C&B plynoucí z investiční varianty. Ocenitelné C&B byly převedeny na hotovostní toky. Na hodnocení projektového řešení byla aplikována analýza nákladů a přínosů. Jejím výsledkem je stanovení hodnot následných kriteriálních ukazatelů.

Vyhodnocení ukazatele současné hodnoty investiční varianty vychází z očekávaných ekonomických toků za celou životnost projektu. Vzhledem ke skutečnosti, že současná hodnota 185 480 050 Kč je větší nežli investiční výdaje projektu 135 320 343 Kč lze považovat projekt za ekonomicky přijatelný.

Ukazatel čisté současné hodnoty je rozdílem současné hodnoty budoucích ekonomických toků investiční varianty 185 480 050 Kč a hodnotou investice v nultém období 135 320 343 Kč. Pokud je ukazatel rovný nebo větší jako nula ($B - C \geq 0$) je projekt přijatelný. Čistá současná hodnota činí 50 159 707 Kč, což je hodnota větší než 0. Projekt lze považovat ekonomicky za přijatelný.

Ukazatel doby návratnosti vypovídá o počtu let, která jsou zapotřebí k tomu, aby se kumulované diskontované hotovostní toky od 1. roku zahájení provozu vyrovnaly investici. Výše investičních výdajů 135 320 343 Kč realizovaných v nultém roce projektu bude splacena v průběhu roku 2037. Náklady na projekt se vrátí během 17 let. Doba návratnosti je kratší než stanovená doba životnosti projektu 17 let < 30 let. Projekt se společnosti zaplatí.

Ukazatel indexu rentability udává relativní obohacení společnosti. Pokud je podíl čisté současné hodnoty 50 159 707 Kč a investičních výdajů realizovaných v nultém roce projektu 135 320 343 Kč větší než nula 0 lze považovat projekt za přijatelný. Index rentability činí 0,37. Index rentability je větší, než nula z čehož plyne, že projekt je přijatelný.

Ukazatel Benefit/Cost Ratio porovnává přínosy 185 480 050 Kč s náklady 135 320 343 Kč. Pokud $B / C > 1$ projekt produkuje více přínosů než nákladů. Poměr přínosů je 1,37 : 1. Projekt lze uskutečnit.

Interpretace všech výsledných hodnot kriteriálních ukazatelů Cost-Benefit analýzy vypovídá o projektu zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče jako o celospolečensky přínosném projektu. Vzhledem k dostatečně vysokým hodnotám rozhodujících ukazatelů lze považovat projekt za smysluplný. Je splněna základní podmínka analýzy nákladů a přínosů:

Realizace projektu sledovaným subjektům více přináší, než bere. Podle mého názoru je projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče přijatelný a lze ho FN Olomouc doporučit k realizaci.

ZÁVĚR

Diplomová práce je zaměřena na řešení aktuálního, závažného problému ve zdravotnictví. Vládní činitelé přiznávají nedostatečné zajištění poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče v ČR, ale doposud nenalezli jeho systémové řešení.

Hlavním cílem mé práce bylo zpracovat projekt zřízení dlouhodobé ošetřovatelské péče ve Fakultní nemocnici Olomouc. Vedlejším cílem bylo analyzovat charakteristická prostředí v oblasti zdravotnictví na národní i regionální úrovni.

V praktické části jsou zpracované analýzy demografického vývoje obyvatel v ČR a v Olomouckém kraji a s nimi související analýzy stárnutí – vývoje populace. Nedílnou součástí práce jsou také analýzy lůžkového fondu ČR a Olomouckého kraje, analýzy personálních kapacit ve zdravotnictví ČR a Olomouckého kraje a analýzy odměňování lékařů a všeobecných sester v ČR a v Olomouckém kraji, zpracované na základě poskytnutých dat Ústavem zdravotnických informací a statistiky z Národního zdravotnického informačního systému získaných na vlastní žádost v souladu s právem na poskytnutí informací. K dosažení hlavního cíle bylo nezbytné provést analýzu FN Olomouc. Analýzu makroprostředí jsem provedla pomocí PESTLE analýzy a provedla jsem i analýzu mikroprostředí organizace. Silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby jsem vyhodnotila pomocí SWOT analýzy. Na základě spojení teoretických poznatků o poskytování a financování dlouhodobé ošetřovatelské péče, zjištěných výstupů komplexně vyhodnocených v analytické části a posouzení současné situace poskytování dlouhodobé ošetřovatelské péče ve FN Olomouc, jsem navrhla projektové řešení využitelné v praxi a aplikovala na jeho hodnocení analýzu nákladů a přínosů. Projekt jsem na závěr podrobila časové a rizikové analýze. Projekt jsem vyhodnotila jako přijatelný a doporučila k realizaci. Cíle práce byly splněny v plném rozsahu.

Těžištěm poskytování zdravotní péče ve FN Olomouc bude vždy akutní péče, nicméně z výše uvedených zpracovaných analýz vyplývá, že již nyní je akutní potřeba budovat základnu dlouhodobé ošetřovatelské péče pro stále narůstající skupinu starších obyvatel, ve které je největší podíl disabilních občanů. Fakultní nemocnice Olomouc je stabilní zdravotnické zařízení, jak po finanční tak i po provozní stránce. Management řídí rozvoj nemocnice nejen v oblasti poskytování zdravotní péče, ale také v oblasti strategického investičního rozhodování. Přijetí či nepřijetí zpracovaného projektového řešení je zcela v jeho kompetenci.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

FIALA, Jiří. *Almanach ke 110. výročí nemocničního areálu na Tabulovém vrchu v Olomouci*. Olomouc: Fakultní nemocnice Olomouc, 2006, 55 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012, 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.

HOLMEROVÁ, Iva a kolektiv. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 176 s. ISBN 978-80-247-5439-0.

KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, WIJA, Petr. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KISLINGEROVÁ, Eva a kol. *Manažerské finance*. 2. vyd. Praha: C. H. Beck, 2007. 745 s. ISBN 978-80-7179-903-0.

KOTLER, Philip a kol. *Moderní marketing.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, 1048 s. ISBN 978-80-247-1545-2.

KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetřovatelství.* 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 208 s. ISBN 978-80-247-3224-4.

MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost.* 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

OTRUSINOVÁ, Milana a Dana KUBÍČKOVÁ. *Finanční hospodaření municipálních účetních jednotek: po novele zákona o účetnictví*. Praha: C. H. Beck, 2011, 178 s. ISBN 978-80-7400-342-4.

POPESKO, Boris, NOVÁK, Petr, TUČKOVÁ, Zuzana, FIALOVÁ, Šárka, STROUHAL, Jiří. *Kalkulace nákladů ve zdravotnických organizacích.* Praha: Wolters Kluwer, 2014, 220 s. ISBN 978-80-7478-509-2.

PRATT, John R. *Long-term care: managing 104ttp104 the kontinuum*. 4th ed. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning, 2016, 576 s. ISBN 978-1-284-05459-0.

ROSEN, Harvey S. a Ted GAYER. *Public finance*. 9th ed. New York: McGraw-Hill Higher Education, 2010, 595 s. ISBN 978-007-126788-5.

ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika.* 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2010, 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.

ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Manažerské účetnictví ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Ediční řada – Skripta, 2010, 105 s. ISBN 978-80-244-2519-1.

Internetové zdroje:

ČSÚ, © 2017. *Vývoj obyvatelstva České republiky 2016*. [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/45964328/13006917.pdf/cc1a1078-e819-46de-8a34-76c422882a7d?version=1.1

MMR, © 2004. *Analýza nákladů a přínosů metodická příručka* [online]. [cit. 2018-05-04]. Dostupné z http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3a86fbee-beab-48cb-8ad1-aa9ed89af9bc/1136372212-zpracov-n-anal-zy-n-klad-a-p-nos.pdf

MPSV ČR, © 2011. *Ministři práce a zdravotnictví chtějí zlepšit síť sociálních a zdravotních služeb* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/cs/10802

MZ ČR, © 2004. *Metodická opatření 9. Koncepce ošetřovatelství* [online]. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik_1881_1038_3.html

MZ ČR, © 2018. *Zůstatky na fondech zdravotních pojišťoven* [online]. [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/zustatky-na-fondech-zdravotnich-pojistoven_2952_1.html

MZ ČR, © 2018. *Ministr zdravotnictví obnovil práce na programu zdraví 2020* [online]. [cit. 2018-03-10]. http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministr-zdravotnictvi-obnovil-prace-na-programu-zdravi-2020_15072_1.html

ÚZIS ČR, © 2014. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013

ÚZIS ČR, © 2016. *Zdravotnická ročenka České republiky 2014* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013

ÚZIS ČR, © 2016. *Zdravotnická ročenka České republiky 2015* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013

ÚZIS ČR, © 2017. *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013

ÚZIS ČR, © 2016. *Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2015* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-luzkovy-fond-2015

ÚZIS ČR, © 2017. *Zdravotnictví ČR: Lůžkový fond 2016* [online]. [cit. 2018-02-17]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-luzkovy-fond-2016

ÚZIS ČR, © 2017. *Personální kapacity a odměňování v českém zdravotnictví* [online]. [cit. 2018-03-17]. Dostupné z http://www.uzis.cz/zpravy/personalni-kapacity-odmenovani-v-ceskem-zdravotnictvi-nova-data-z-rezortniho-statistickeho-se

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, © 2010. *Programové prohlášení Vlády ČR* [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/aktualne/programove-prohlaseni-vlady-74853/

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, © 2013. *Programové prohlášení Vlády ČR* [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: 107ttp://www.vlada.cz/cz/media-centrum/tema/programove-prohlaseni-vlady-cr-109326/

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, © 2014. *Programové prohlášení Vlády ČR* [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: 107ttp://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY, © 2018. *Programové prohlášení Vlády ČR* [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: https://www.vlada.cz/cz/jednani-vlady/programove-prohlaseni-vlady-162319/

Věstník MZd č. 9/1998 ze září 1998 Metodické opatření Koncepce následné lůžkové zdravotní péče. In: *Férová nemocnice* [online]. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf

Vyhláška č. 92/2012 Sb. ze dne 15. března 2012 o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-04-04]. Dostupné z https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-92

Vyhláška č. 99/2012 Sb. ze dne 22. března 2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-03-11]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-99#prilohy

Vyhláška č. 353/2017 Sb. ze dne 19. října 2017 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2018. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-353

Nařízení vlády č. 567/2006 Sb. o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-567

Zákon č. 106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: https://zakonyprolidi.cz/cs/1999-106

Zákon č. 218/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla) ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: https://zakonyprolidi.cz/cs/2000-218#cast5

Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: https://zakonyprolidi.cz/cs/1992-592

Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372

Vnitropodnikové dokumenty FN Olomouc

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

B	Benefit.
C	Cost.
C&B	Costs and Benefits.
CBA	Cost-benefit analýza.
ČR	Česká republika.
ČSÚ	Český statistický úřad.
DRG	Diagnosis related group.
FN	Fakultní nemocnice.
FNOL	Fakultní nemocnice Olomouc.
I	Investice.
IROP	Integrovaný regionální operační program.
KÚOK	Krajský úřad Olomouckého kraje.
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí.
MZ	Ministerstvo zdravotnictví.
NH	Národní hospodářství.
NPV	Net Present Value.
OD	Ošetřovací den.
OK	Olomoucký kraj.
SLDB	Sčítání lidu, domů a bytů.
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
WHO	World Health Organization.

SEZNAM OBRÁZKŮ

OBRÁZEK 1 MASLOWOVA PYRAMIDA POTŘEB (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 18
OBRÁZEK 2 MAPA AREÁLU PROFESORA FUKY (INTERNÍ ZDROJ) 78
OBRÁZEK 3 BUDOVA UBIKACÍ - AREÁL PROFESORA FUKY (INTERNÍ ZDROJ) 79
OBRÁZEK 4 NÁVRH SITUACE NÍZKOENERGETICKÝCH OBJEKTŮ (INTERNÍ ZDROJ) 82
OBRÁZEK 5 POHLEDY NA NÍZKOENERGETICKÉ OBJEKTY (INTERNÍ ZDROJ)..... 94

SEZNAM SCHÉMAT

SCHÉMA 1 ZÁKLADNÍ SKUPINY NÁSLEDNÉ LŮŽKOVÉ ZDRAVOTNÍ PÉČE – VĚSTNÍK MZČR Č. 9/1998 17
SCHÉMA 2 PŘEHLED METOD HODNOCENÍ EFEKTIVNOSTI INVESTICE (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 34
SCHÉMA 3 LOGO FN OLOMOUC (INTERNÍ ZDROJ) 65

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 PŘEHLED PAUŠÁLNÍCH SAZEB ZA OD DLOUHODOBÉ LŮŽKOVÉ PÉČE V ROCE 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 33
TABULKA 2 VÝVOJ ÚVAZKŮ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ ČR, ÚZIS ČR © 2017..... 55
TABULKA 3 ODMĚŇOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRACOVNÍKŮ V SOUHRNU, ÚZIS ČR © 2017..... 60
TABULKA 4 SWOT ANALÝZA FN OLOMOUC, (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 72
TABULKA 5 PŘEDPOKLÁDANÉ PROVOZNÍ NÁKLADY V ROCE 2018 NULOVÁ VARIANTA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 80
TABULKA 6 PŘEDPOKLÁDANÉ PŘÍJMY ZA HOSPITALIZACI NULOVÁ VARIANTA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 81
TABULKA 7 NÁKLADY INVESTIČNÍ AKCE NA NÍZKOENERGETICKÉ OBJEKTY (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 83
TABULKA 8 NÁKLADY INVESTIČNÍ AKCE ZÁKLADNÍ TECHNICKÉ A VĚCNÉ VYBAVENÍ (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 84
TABULKA 9 NÁKLADY INVESTIČNÍ AKCE VYBAVENÍ ZÁZEMÍ (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 84
TABULKA 10 PŘEDPOKLÁDANÉ PROVOZNÍ NÁKLADY V KČ INVESTIČNÍ VARIANTA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 86
TABULKA 11 ROČNÍ VÝNOS ZA HOSPITALIZACI INVESTIČNÍ VARIANTA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 87
TABULKA 12 PŘÍRŮSTKOVÉ BENEFITS (PŘÍNOSY) FN OLOMOUC (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 88
TABULKA 13 PŘÍRŮSTKOVÉ COSTS (ÚJMY) FN OLOMOUC (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 89
TABULKA 14 SROVNÁNÍ NULOVÉ A INVESTIČNÍ VARIANTY FN OLOMOUC V ROCE 2021 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 89
TABULKA 15 PŘEVOD SOUČASNÉ HODNOTY INVESTIČNÍ AKCE (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 94
TABULKA 16 COST-BENEFIT ANALÝZA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 95
TABULKA 17 OČEKÁVANÉ EKONOMICKÉ TOKY (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 96
TABULKA 18 ČASOVÁ ANALÝZA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 98
TABULKA 19 RIZIKOVÁ ANALÝZA (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ)..... 100

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 PODÍL ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR 2016, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 26
GRAF 2 VÝVOJ VEŘEJNÝCH VÝDAJŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR ZA OBDOBÍ 1995 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 27
GRAF 3 SROVNÁNÍ VÝDAJŮ A PŘÍSPĚVKŮ NA 1 POJIŠTĚNCE ZA ROK 2015 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 29
GRAF 4 VÝDAJE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN NA 1 POJIŠTĚNCE ZA ROK 2015 DLE VĚKOVÝCH SKUPIN, ÚZIS ČR © 2017 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 30
GRAF 5 INDEX EKONOMICKÉHO ZATÍŽENÍ V ČR (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 31
GRAF 6 VÝVOJ POČTU OBYVATEL V ČR ZA OBDOBÍ 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 40
GRAF 7 VÝVOJ CELKOVÉHO PŘÍRŮSTKU OBYVATEL ČR V LETECH 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 41
GRAF 8 PROJEKCE OBYVATELSTVA ČR 2016 – 2050, ČSÚ © 2017 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 41
GRAF 9 VÝVOJ POPULACE V ČR V LETECH 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 42
GRAF 10 VÝVOJ POČTU OBYVATEL OLOMOUCKÉHO KRAJE ZA OBDOBÍ 1989 – 2016, ČSÚ © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 43
GRAF 11 PROJEKCE POČTU OBYVATEL OLOMOUCKÉHO KRAJE 2016 – 2050, ČSÚ © 2017 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 43
GRAF 12 VÝVOJ POPULACE V OLOMOUCKÉM KRAJI V LETECH 2002 – 2016, ČSÚ © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 44
GRAF 13 STRUKTURA LŮŽKOVÉHO FONDU V ČR PODLE FORMY TYPU PÉČE ZA OBDOBÍ 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 47
GRAF 14 STRUKTURA LŮŽKOVÉHO FONDU V ČR PODLE POSKYTOVATELE PÉČE ZA OBDOBÍ 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 47
GRAF 15 SROVNÁNÍ POČTU LŮŽEK NA 10 TIS. OBYVATEL ZA OBDOBÍ 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 48
GRAF 16 VÝVOJ LŮŽKOVÉHO FONDU V OKRESECH OLOMOUCKÉHO KRAJE ZA OBDOBÍ 2010 – 2016, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 49
GRAF 17 SROVNÁNÍ POČTU LŮŽEK NA 10 TIS. OBYVATEL DLE OKRESŮ, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 50
GRAF 18 STRUKTURA LŮŽKOVÉHO FONDU V OLOMOUCKÉM KRAJI PODLE FORMY PÉČE, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 51
GRAF 19 SROVNÁNÍ POČTU LŮŽEK DLOUHODOBÉ PÉČE NA 10 TIS. OBYVATEL, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 51
GRAF 20 ODVĚTVÍ ČINNOSTÍ ZAMĚSTNANÝCH V NH OBDOBÍ 2010 – 2016, ČSÚ © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 52
GRAF 21 EKONOMICKÁ SKLADBA OBYVATELSTVA A VÝVOJ PRACOVNÍCH SIL, ČSÚ © 2018 53
GRAF 22 POČET ŽIVĚ NAROZENÝCH DĚTÍ V OBDOBÍ 1969 – 2012, ČSÚ © 2013 54
GRAF 23 VÝVOJ ÚVAZKŮ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK V ČR, ÚZIS ČR © 2017 56
GRAF 24 VÝVOJ MÍRY NEZAMĚSTNANOSTI ZA OBDOBÍ 2010 – 2016, ČSÚ © 2017 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 57
GRAF 25 VÝVOJ ÚVAZKŮ LÉKAŘŮ A ZUBAŘŮ V OLOMOUCKÉM KRAJI, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 58
GRAF 26 VÝVOJ ÚVAZKŮ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK V OLOMOUCKÉM KRAJI, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 58
GRAF 27 VÝVOJ ODMĚŇOVÁNÍ VŠEOBECNÝCH SESTER A PORODNÍCH ASISTENTEK, ÚZIS ČR © 2017 59
GRAF 28 VÝVOJ PLATŮ A MEZD LÉKAŘŮ V OLOMOUCKÉM KRAJI, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 61
GRAF 29 VÝVOJ PLATŮ A MEZD VŠEOBECNÝCH SESTER V OLOMOUCKÉM KRAJI, ÚZIS ČR © 2018 (VLASTNÍ ZPRACOVÁNÍ) 62

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P1: POČET LŮŽEK PODLE DRUHU POSKYTOVATELE PÉČE…….... 115

PŘÍLOHA P2: POČET LŮŽEK PODLE FORMY PÉČE……117

PŘÍLOHA P3: POČET ÚVAZKŮ PODLE POSKYTOVATELE PÉČE…….... 120

PŘÍLOHA P4: ODMĚŇOVÁNÍ PODLE POSKYTOVATELE PÉČE……... 122

PŘÍLOHA P 1: POČET LŮŽEK PODLE DRUHU POSKYTOVATELE

Počet lůžek podle druhu poskytovatele

zdroj dat:

do roku 2015 pololetní výkaz L (MZ) 1-02 o lůžkovém fondu poskytovatele lůžkové péče a jeho využití
od roku 2016 Příloha 1 k ročnímu výkazu E(MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu/mzdy, personálním a provozním vybavení PZS

bez promítnutí změn v evidenci LDN, tj. evidence podle roku 2015

administrativní změna ve vykazování LDN

ČR

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Nemocnice (akutní péče)	59 702	57 756	56 262	54 223	53 846	54 415	57 320	53 970
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	24 281	24 252	24 040	23 781	23 740	23 522	20 654	24 004
Celkem	**83 983**	**82 008**	**80 302**	**78 004**	**77 586**	**77 937**	**77 974**	**77 974**
	na 10 000 obyvatel							
Nemocnice (akutní péče)	56,68	54,98	53,50	51,58	51,10	51,56	54,18	51,02
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	23,05	23,09	22,86	22,62	22,53	22,29	19,52	22,69
Celkem	**79,73**	**78,06**	**76,36**	**74,20**	**73,62**	**73,85**	**73,71**	**73,71**

Olomoucký kraj

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Nemocnice (akutní péče)	3 348	3 259	3 080	2 987	3 001	3 002	3 119	2 958
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	1 824	1 894	1 873	1 883	1 763	1 816	1 668	1 829
Celkem	**5 172**	**5 153**	**4 953**	**4 870**	**4 764**	**4 818**	**4 787**	**4 787**
	na 10 000 obyvatel							
Nemocnice (akutní péče)	52,18	51,03	48,31	46,94	47,21	47,30	49,20	46,66
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	28,43	29,66	29,38	29,59	27,73	28,61	26,31	28,85
Celkem	**80,60**	**80,69**	**77,68**	**76,53**	**74,94**	**75,91**	**75,51**	**75,51**

Okres Jeseník

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Nemocnice (akutní péče)	126	126	103	103	103	103	133	103
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	318	318	306	306	306	306	282	312
Celkem	**444**	**444**	**409**	**409**	**409**	**409**	**415**	**415**
	na 10 000 obyvatel							
Nemocnice (akutní péče)	30,66	31,12	25,63	25,81	26,02	26,23	34,14	26,44
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	77,38	78,55	76,14	76,67	77,30	77,94	72,39	80,09
Celkem	**108,04**	**109,67**	**101,77**	**102,48**	**103,32**	**104,17**	**106,53**	**106,53**

Okres Olomouc

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Nemocnice (akutní péče)	1 888	1 789	1 649	1 609	1 621	1 622	1 640	1589
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	1 057	1 057	1 048	1 053	1 033	1 086	1 042	1093
Celkem	**2 945**	**2 846**	**2 697**	**2 662**	**2 654**	**2 708**	**2 682**	**2 682**
	na 10 000 obyvatel							
Nemocnice (akutní péče)	81,30	77,10	71,00	69,21	69,51	69,39	70,09	67,91
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	45,52	45,55	45,12	45,30	44,30	46,46	44,53	46,71
Celkem	**126,82**	**122,66**	**116,12**	**114,51**	**113,81**	**115,85**	**114,62**	**114,62**

Okres Prostějov

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice (akutní péče)	416	424	424	418	420	420	414
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	172	227	227	222	122	122	122
Celkem	**588**	**651**	**651**	**640**	**542**	**542**	**536**
	na 10 000 obyvatel						
Nemocnice (akutní péče)	37,76	38,71	38,78	38,27	38,52	38,61	38,07
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	15,61	20,72	20,76	20,33	11,19	11,21	11,22
Celkem	**53,37**	**59,43**	**59,54**	**58,60**	**49,71**	**49,82**	**49,28**

Okres Přerov

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2016
Nemocnice (akutní péče)	455	457	441	419	419	419	499	419
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	245	260	260	270	270	270	190	270
Celkem	**700**	**717**	**701**	**689**	**689**	**689**	**689**	**689**
	na 10 000 obyvatel							
Nemocnice (akutní péče)	33,97	34,35	33,24	31,74	31,83	31,95	38,11	32,00
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	18,29	19,55	19,60	20,45	20,51	20,59	14,51	20,62
Celkem	**52,27**	**53,90**	**52,84**	**52,19**	**52,34**	**52,55**	**52,62**	**52,62**

Okres Šumperk

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice (akutní péče)	463	463	463	438	438	438	433
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	32	32	32	32	32	32	32
Celkem	**495**	**495**	**495**	**470**	**470**	**470**	**465**
	na 10 000 obyvatel						
Nemocnice (akutní péče)	37,26	37,47	37,60	35,69	35,83	35,97	35,70
Nemocnice následné péče a odborné léčebné ústavy	2,58	2,59	2,60	2,61	2,62	2,63	2,64
Celkem	**39,84**	**40,06**	**40,20**	**38,29**	**38,45**	**38,59**	**38,34**

PŘÍLOHA P 2: POČET LŮŽEK PODLE FORMY PÉČE

Počet lůžek podle formy péče (všichni poskytovatelé)

zdroj dat:

do roku 2015 pololetní výkaz L (MZ) 1-02 o lůžkovém fondu poskytovatele lůžkové péče a jeho využití

od roku 2016 Příloha 1 k ročnímu výkazu E(MZ) 2-01/E(MZ) 3-01 o složkách platu/mzdy, personálním a provozním vybavení PZS

ČR

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	54 239	52 202	50 561	48 072	48 903	49 038	48 511
Následná a dlouhodobá péče	29 744	29 806	29 741	29 932	28 683	28 899	29 463
v tom: následná péče	15 020	14 926	14 765	14 720	23 315	22 888	24 274
dlouhodobá péče	14 724	14 880	14 976	15 212	5 368	6 011	5 189
Celkem	**83 983**	**82 008**	**80 302**	**78 004**	**77 586**	**77 937**	**77 974**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	51,50	49,69	48,08	45,73	46,41	46,46	45,86
Následná a dlouhodobá péče	28,24	28,37	28,28	28,47	27,22	27,38	27,85
v tom: následná péče	14,26	14,21	14,04	14,00	22,12	21,69	22,95
dlouhodobá péče	13,98	14,16	14,24	14,47	5,09	5,70	4,91
Celkem	**79,73**	**78,06**	**76,36**	**74,20**	**73,62**	**73,85**	**73,71**

Olomoucký kraj

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	3 401	3 363	3 183	3 092	2 859	2 960	2 856
Následná a dlouhodobá péče	1 771	1 790	1 770	1 778	1 905	1 858	1 931
v tom: následná péče	1 121	1 075	1 060	1 008	1 610	1 503	1 439
dlouhodobá péče	650	715	710	770	295	355	492
Celkem	**5 172**	**5 153**	**4 953**	**4 870**	**4 764**	**4 818**	**4 787**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	53,00	52,66	49,92	48,59	44,97	46,63	45,05
Následná a dlouhodobá péče	27,60	28,03	27,76	27,94	29,97	29,27	30,46
v tom: následná péče	17,47	16,83	16,62	15,84	25,33	23,68	22,70
dlouhodobá péče	10,13	11,20	11,14	12,10	4,64	5,59	7,76
Celkem	**80,60**	**80,69**	**77,68**	**76,53**	**74,94**	**75,91**	**75,51**

Okres Jeseník

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	264	264	229	229	103	103	103
Následná a dlouhodobá péče	180	180	180	180	306	306	312
v tom: následná péče	150	150	150	150	306	276	282
dlouhodobá péče	30	30	30	30	0	30	30
Celkem	**444**	**444**	**409**	**409**	**409**	**409**	**415**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	64,24	65,21	56,98	57,38	26,02	26,23	26,44
Následná a dlouhodobá péče	43,80	44,46	44,79	45,10	77,30	77,94	80,09
v tom: následná péče	36,50	37,05	37,32	37,58	77,30	70,30	72,39
dlouhodobá péče	7,30	7,41	7,46	7,52	0,00	7,64	7,70
Celkem	**108,04**	**109,67**	**101,77**	**102,48**	**103,32**	**104,17**	**106,53**

Okres Olomouc

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	1 790	1 752	1 623	1 585	1 576	1 577	1 554
Následná a dlouhodobá péče	1 155	1 094	1 074	1 077	1 078	1 131	1 128
v tom: následná péče	866	805	790	728	995	1 018	748
dlouhodobá péče	289	289	284	349	83	113	380
Celkem	**2 945**	**2 846**	**2 697**	**2 662**	**2 654**	**2 708**	**2 682**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	77,08	75,51	69,88	68,18	67,58	67,46	66,41
Následná a dlouhodobá péče	49,74	47,15	46,24	46,33	46,23	48,38	48,21
v tom: následná péče	37,29	34,69	34,01	31,32	42,67	43,55	31,97
dlouhodobá péče	12,44	12,46	12,23	15,01	3,56	4,83	16,24
Celkem	**126,82**	**122,66**	**116,12**	**114,51**	**113,81**	**115,85**	**114,62**

Okres Prostějov

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	486	494	494	488	390	390	414
Následná a dlouhodobá péče	102	157	157	152	152	152	122
v tom: následná péče	30	30	30	30	30	30	72
dlouhodobá péče	72	127	127	122	122	122	50
Celkem	**588**	**651**	**651**	**640**	**542**	**542**	**536**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	44,11	45,10	45,18	44,68	35,77	35,85	38,07
Následná a dlouhodobá péče	9,26	14,33	14,36	13,92	13,94	13,97	11,22
v tom: následná péče	2,72	2,74	2,74	2,75	2,75	2,76	6,62
dlouhodobá péče	6,53	11,59	11,61	11,17	11,19	11,21	4,60
Celkem	**53,37**	**59,43**	**59,54**	**58,60**	**49,71**	**49,82**	**49,28**

Okres Přerov

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	455	447	431	409	409	509	409
Následná a dlouhodobá péče	245	270	270	280	280	180	280
v tom: následná péče	75	90	90	100	190	90	280
dlouhodobá péče	170	180	180	180	90	90	0
Celkem	**700**	**717**	**701**	**689**	**689**	**689**	**689**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	33,97	33,60	32,49	30,98	31,07	38,82	31,24
Následná a dlouhodobá péče	18,29	20,30	20,35	21,21	21,27	13,73	21,39
v tom: následná péče	5,60	6,77	6,78	7,57	14,43	6,86	21,39
dlouhodobá péče	12,69	13,53	13,57	13,63	6,84	6,86	0,00
Celkem	**52,27**	**53,90**	**52,84**	**52,19**	**52,34**	**52,55**	**52,62**

Okres Šumperk

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Akutní péče	406	406	406	381	381	381	376
Následná a dlouhodobá péče	89	89	89	89	89	89	89
v tom: následná péče	0	0	0	0	89	89	57
dlouhodobá péče	89	89	89	89	0	0	32
Celkem	**495**	**495**	**495**	**470**	**470**	**470**	**465**
	na 10 000 obyvatel						
Akutní péče	32,68	32,86	32,97	31,04	31,17	31,28	31,00
Následná a dlouhodobá péče	7,16	7,20	7,23	7,25	7,28	7,31	7,34
v tom: následná péče	0,00	0,00	0,00	0,00	7,28	7,31	4,70
dlouhodobá péče	7,16	7,20	7,23	7,25	0,00	0,00	2,64
Celkem	**39,84**	**40,06**	**40,20**	**38,29**	**38,45**	**38,59**	**38,34**

PŘÍLOHA P 3: POČET ÚVAZKŮ PODLE POSKYTOVATELE PÉČE

Evidenční přepočtený počet zaměstnanců na úvazky

Zdroj dat:

E (MZ) 2-01 - Roční výkaz o složkách platu, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb

E (MZ) 3-01 - Roční výkaz o složkách mezd, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb

E (MZ) 4-01 - Roční výkaz o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovnících a odměňování

ČR - lékaři a zubaři	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	17 338	17 705	17 984	18 085	18 407	18 614	19 732
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	1 495	1 449	1 449	1 425	1 455	1 424	1 322

Olomoucký kraj - lékaři a zubaři	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	1 091	1 121	1 140	1 153	1 189	1 214	1 246
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	98	108	102	97	95	89	85

Nemocnice okres - lékaři a zubaři	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jeseník	33	30	32	29	-	-	36
Olomouc	670	688	697	707	-	-	759
Prostějov	133	134	135	140	-	-	151
Přerov	155	163	165	164	-	-	183
Šumperk	101	105	112	112	-	-	118
Lůžkové okres - lékaři a zubaři							
Jeseník	16	16	16	16	-	-	12
Olomouc	63	68	66	60	-	-	57
Prostějov	4	4	6	5	-	-	4
Přerov	14	17	12	14	-	-	7
Šumperk	3	3	3	3	-	-	3

ČR - sestry a porodní asistentky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	48 584	47 979	47 963	47 413	47 158	46 920	48 219
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	7 285	7 169	7 169	6 914	6 823	6 704	6 065

Olomoucký kraj - sestry a por. asistentky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	2 868	2 844	2 830	2 837	2 858	2 851	2 873
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	497	511	505	488	492	466	454

Nemocnice okres - sestry a por.asistentky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jeseník	91	93	90	93	-	-	96
Olomouc	1 724	1 677	1 675	1 685	-	-	1 766
Prostějov	357	369	364	366	-	-	356
Přerov	387	393	394	396	-	-	366
Šumperk	309	311	306	296	-	-	289
Lůžkové okres - sestry a porodní asistentky							
Jeseník	67	66	69	65	-	-	59
Olomouc	320	326	322	309	-	-	310
Prostějov	27	35	35	36	-	-	36
Přerov	68	67	65	65	-	-	36
Šumperk	16	17	14	13	-	-	14

za rok 2014 a 2015 se úvazky po okresech nesledovaly

PŘÍLOHA P 4: ODMĚŇOVÁNÍ PODLE POSKYTOVATELE PÉČE

Odměňování podle poskytovatele péče

Zdroj dat:

E (MZ) 2-01 - Roční výkaz o složkách platu, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb

E (MZ) 3-01 - Roční výkaz o složkách mezd, personálním a provozním vybavení poskytovatele zdravotních služeb

E (MZ) 4-01 - Roční výkaz o zaměstnavatelích, evidenčním počtu zaměstnanců, smluvních pracovnících a odměňování

MZDY

ČR - lékaři a zubaři	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Nemocnice - akutní péče	49 603	56 123	58 296	56 625	56 436	60 641	63 293
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	44 368	48 754	51 674	51 306	54 017	56 831	63 847

Olomoucký kraj - lékaři a zubaři	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Nemocnice - akutní péče	54 689	61 300	65 105	64 073	65 779	65 788	67 972
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	47 479	49 514	51 212	50 477	53 558	60 996	72 385

Nemocnice okres - lékaři a zubaři	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Jeseník	50 566	53 983	55 017	54 760	56 589	57 617	69 845
Olomouc	-	-	-	-	-	-	71 003
Prostějov	54 591	62 270	66 093	66 045	66 853	66 007	69 535
Přerov	55 445	59 257	66 316	64 852	69 908	76 016	71 766
Šumperk	55 774	61 973	64 532	60 669	62 992	62 235	59 143
Lůžkové okres - lékaři a zubaři							
Jeseník	45 061	50 656	48 537	47 478	51 780	57 552	50 799
Olomouc	40 718	42 190	50 301	45 089	43 792	63 441	65 650
Prostějov	16 000	16 000	16 000	16 000	-	-	71 060
Přerov	-	-	-	-	-	-	94 960
Šumperk	62 320	57 580	63 252	65 762	62 976	65 271	72 795

ČR - sestry a porodní asistentky	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Nemocnice - akutní péče	23 810	24 070	24 119	24 023	24 634	26 003	27 586
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	22 242	22 786	23 032	23 008	23 423	24 654	25 636

Olomoucký kraj - sestry a por. asistentky	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Nemocnice - akutní péče	23 406	23 671	24 178	24 012	24 849	25 988	27 422
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	17 223	17 653	17 036	17 390	17 614	21 919	23 229

Nemocnice okres - sestry a por. asistentky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jeseník	19 769	19 669	19 780	19 269	19 298	20 121	23 642
Olomouc	-	-	-	-	-	-	28 612
Prostějov	24 391	24 615	25 291	25 458	26 089	27 075	28 650
Přerov	21 213	20 919	21 272	20 858	21 408	23 241	27 797
Šumperk	23 075	23 787	24 014	23 161	24 891	26 352	26 041

Lůžkové okres - sestry a porodní asistentky							
Jeseník	18 495	15 718	14 748	14 573	14 594	17 079	13 331
Olomouc	0	23 758	24 243	23 972	23 662	36 180	28 259
Prostějov	9 594	10 291	10 922	8 857	-	-	24 763
Přerov	-	-	-	-	-	-	27 005
Šumperk	18 160	16 378	15 884	18 080	17 267	17 708	19 872

PLATY

ČR - lékaři a zubaři	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	50 066	57 884	61 255	60 701	61 393	66 542	69 572
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	43 350	48 419	51 288	50 801	53 677	58 407	63 128

Olomoucký kraj - lékaři a zubaři	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	58 533	69 954	72 989	73 477	74 776	76 671	78 368
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	49 648	54 354	59 923	58 591	63 789	72 784	80 026

Nemocnice okres - lékaři a zubaři	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jeseník	-	-	-	-	-	-	-
Olomouc	58 533	69 954	72 989	73 477	74 776	76 671	78 368
Prostějov	-	-	-	-	-	-	-
Přerov	-	-	-	-	-	-	-
Šumperk	-	-	-	-	-	-	-

Lůžkové okres - lékaři a zubaři							
Jeseník	53 589	65 414	75 257	73 198	73 487	85 072	99 662
Olomouc	49 015	52 826	57 841	56 425	62 177	70 879	77 141
Prostějov	-	-	-	-	-	-	-
Přerov	-	-	-	-	-	-	-
Šumperk	-	-	-	-	-	-	-

ČR - sestry a porodní asistentky	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	27 411	28 142	29 144	28 663	29 567	31 321	33 112
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	27 534	27 623	28 813	28 215	29 493	31 385	33 669

Olomoucký kraj - sestry a por. asistent.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nemocnice - akutní péče	27 037	28 839	29 619	29 135	29 493	31 385	33 669
Lůžkové - následná a dlouhodobá péče	26 810	26 569	27 352	26 715	29 474	30 450	33 669

Nemocnice okres - sestry a por. asistent.	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Jeseník	-	-	-	-	-	-	-
Olomouc	27 037	28 839	29 619	29 135	29 493	31 385	33 669
Prostějov	-	-	-	-	-	-	-
Přerov	-	-	-	-	-	-	-
Šumperk	-	-	-	-	-	-	-

Lůžkové okres - sestry a porodní asistentky

Jeseník	27 605	28 576	29 286	28 263	30 946	30 936	34 140
Olomouc	26 703	26 318	27 118	26 534	29 293	30 389	31 489
Prostějov	-	-	-	-	-	-	-
Přerov	-	-	-	-	-	-	-
Šumperk	-	-	-	-	-	-	-