Vysoká škola ekonomická v Praze

Diplomová práce

2016 Bc. Martina Kráčmerová

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta podnikohospodářská

Studijní obor: Podniková ekonomika a management



Název diplomové práce:

Strategické řízení Fakultní nemocnice v Motole

Autor diplomové práce: Bc. Martina Kráčmerová

Vedoucí diplomové práce: doc. Ing. Inka Neumaierová, CSc.

P r o h l á š e n í

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma
„*Strategické řízení Fakultní nemocnice v Motole*“
vypracovala samostatně s využitím literatury a informací,
na něž odkazuji.

V Praze dne 7. května 2016 Podpis

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala doc. Ing. Ince Neumaierové, CSc., za cenné rady a připomínky, které mi při psaní diplomové práce poskytovala. Dále bych také chtěla poděkovat lékařům z Fakultní nemocnice v Motole, že mi ochotně odpovídali na všechny mé dotazy, především své ošetřující lékařce MUDr. Janě Grimové za trpělivost a PhDr. Marii Choniawkové, která mi pomohla „odrazit se“ ode dna. Upřímně děkuji i Ing. Věře Mozrové z ekonomického úseku FN Motol, za poskytnutí interních materiálu a konzultace. Velké poděkování zde patří i mé rodině, která mne podporuje ve všech životních situacích.

Název diplomové práce:

Strategické řízení Fakultní nemocnice v Motole

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá analýzou strategického řízení Fakultní nemocnice v Motole, která se řadí mezi zdravotnická zařízení poskytující komplexní léčbu všech částí těla v každém věku. Cílem diplomové práce je popis způsobu řízení fakultní nemocnice a možnosti využití a aplikace Balanced Scorecard. Teoretická část obsahuje stručný popis jednotlivých kroků vedoucích k tvorbě strategie, vybraných metod pro analýzu okolí nemocnice a seznámení s Balanced Scorecard. V praktické části je provedena strategická analýza nemocnice. Výstupem získaných informací a výsledků analýz je stanovení silných a slabých stránek, příležitostí a ohrožení. Další část je věnována rešerši odborné literatury týkající se použití Balanced Scorecard ve zdravotnictví, konkrétně v nemocnicích. Na základě výsledků rešerše dochází ke zhodnocení možnosti použití Balanced Scorecard v prostředí českého zdravotnictví. Konkrétním příkladem je návrh obsahu strategických perspektiv pro Fakultní nemocnici v Motole a zhodnocení výhod a nevýhod implementace do managementu nemocnice. Navržené perspektivy a vztahy mezi cíli znázorňuje strategická mapa.

Klíčová slova:

Strategické řízení, fakultní nemocnice, Balanced Scorecard, strategická analýza, SWOT, zdravotnictví, PESTEL analýza, Porterova analýza pěti sil, strategická mapa.

Title of the Master´s Thesis:

Strategic Management in Motol University Hospital

Abstract:

This master thesis deals with strategic analysis of Motol University Hospital, which belongs to the largest hospital complex in Central and Eastern Europe providing complex treatment of whole human body at any age (from prenatal to advanced age). The aim of the thesis is a description of hospital management and assessment of the possibility of using the Balanced Scorecard in health care. The theoretical part contains a basic description of strategy creation, selected methods for analysing internal and external environment and a general description of the Balanced Scorecard. The practical part comprises of an executed strategic analysis of Motol University Hospital, and assessment of hospital´s strengths and weaknesses, opportunities and threats (SWOT analysis). This thesis also contains a survey of scientific literature concerning the usage of the Balanced Scorecard in health care, specifically in hospitals. A result of this survey helps to assess the feasibility of introducing the Balanced Scorecard in Czech hospitals (those in state ownership). This thesis also includes a proposal of strategic perspectives for Motol University Hospital and an evaluation of advantages and disadvantages of implementation into hospital management. A strategy map displays relationships among proposed goals.

Key words:

Strategic management, university hospital, Balanced Scorecard, strategic analysis, SWOT, health, PESTEL analysis, Porter five forces analysis, strategy map.

OBSAH

ÚVOD ... 3
1 Strategický management ... 5
1.1 Stavební prvky strategie ... 5
1.1.1 Základní a dílčí cíle ... 6
1.1.2 Mise (poslání) ... 7
1.1.3 Vize ... 7
1.1.4 Mantra ... 7
1.2 Analýza okolí podniku ... 7
1.2.1 Analýza makrookolí – PESTEL ... 8
1.2.2. Analýza mikrookolí – Porterův model pěti sil ... 9
1.3 SWOT analýza – analýza silných a slabých stránek, příležitostí a ohrožení ... 10
1.4 Tvorba a výběr strategie, strategické plánování ... 11
2 Balanced Scorecard ... 13
2.1 Charakteristika čtyř základních perspektiv ... 14
2.1.1 Finanční perspektiva ... 14
2.1.2 Zákaznická perspektiva ... 14
2.1.3 Perspektiva interních procesů ... 14
2.1.4 Perspektiva učení se a růstu ... 15
2.2 Balanced Scorecard ve zdravotnictví ... 15
2.2.1 Způsob využití BSC a tvorba perspektiv ... 16
2.2.2 Příklady stanovených cílů a měřítek ... 17
2.2.3 Implementace a operativní úprava BSC ... 19
2.2.4 Kritika použití BSC v nemocnicích ... 21
3 Systém českého zdravotnictví ... 22
3.1 Specifické znaky zdravotnictví ... 24
3.2 Zdravotní a nemocenské pojištění v ČR ... 26
3.3 Způsoby úhrad zdravotnické péče v ČR ... 26
4 Analýza managementu ve FN Motol ... 29
4.1 Základní fakta a čísla o FN v Motole ... 29
4.2 Organizační struktura ... 30
4.3 Mise, vize a logo nemocnice ... 32
4.4 Analýza vnějšího prostředí nemocnice ... 32
4.4.1 Analýza PESTEL (makrookolí nemocnice) ... 32
4.4.2 Porterova analýza pěti sil (analýza mikrookolí) ... 39
4.4.3 Shrnutí analýzy vnějšího prostředí ... 41

4.5 Analýza vnitřního prostředí nemocnice ... 43
4.5.1 Fyzické zdroje ... 43
4.5.2 Hospodaření a finanční řízení FN Motol ... 44
4.5.3 Kultura nemocnice ... 49
4.5.4 Lidské zdroje nemocnice ... 52
4.5.5 Další aspekty působící na hodnocení kvality nemocnice ... 53
4.5.6 Shrnutí analýzy vnitřního prostředí nemocnice ... 54
4.6 SWOT analýza Fakultní nemocnice v Motole ... 55
5 Zhodnocení a návrh použití balanced scorecard v prostředí české fakultní nemocnice 57
5.1 Finanční perspektiva ... 58
5.2 Perspektiva učení se a růstu ... 59
5.3 Perspektiva interních procesů ... 61
5.4 Zákaznická perspektiva ... 63
5.5 Strategická mapa ... 64
5.6 Zhodnocení možnosti zavedení BSC v prostředí fakultní nemocnice ... 65
ZÁVĚR ... 68
Seznam použité literatury ... 70
Seznam tabulek ... 73
Seznam grafů ... 73
Seznam obrázků ... 74
Seznam použitých zkratek ... 75
Přílohy ... 76

ÚVOD

Zdraví je jednou z věcí, kterou si za peníze nekoupíme. Měli bychom se ke svému zdraví chovat zodpovědně a tak, abychom si ho vědomě nepoškozovali. Tato povinnost je nám dána zákonem (Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Bohužel existují i nemoci, jejichž vznik neovlivníme, i kdybychom se chovali ke svému zdraví sebezodpovědněji. Když už nastane ta situace, onemocníme a musíme být hospitalizováni, přichází na řadu pobyt v nemocničním zařízení. Řadě z nás zatrne a snažíme se této budově „vyhnout velkým obloukem". Ze své vlastní zkušenosti vím, že nemocnice není jen prostor, kde nám chtějí ubližovat, ale kde nám chtějí pomoci vrátit se do života v co nejlepším stavu. Protože stále v nemocnici trávím velkou část svého času, tak mne začalo zajímat, jak se taková nemocnice řídí a co vše stojí za úspěšnými léčbami a uzdravením. Svoji zvědavost jsem spojila i se zájmem o strategický management a řízení a rozhodla jsem se blíže zabývat touto problematikou v rámci své diplomové práce.

Na území České republiky fungovalo k 31. 12. 2013 celkem 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek. V porovnání se stavem v roce 2012 nedošlo ke zrušení žádné nemocnice, pouze ke snížení počtu lůžek a to o 2 025 - z 58 832 lůžek v roce 2012 na 56 807 v roce 2013. Z hlediska členění republiky na kraje docházelo k poklesu počtu lůžek ve všech krajích, nejvíce však ve Zlínském (přibližně 10 %) a v Karlovarském kraji (8 %). Trend snižování lůžkového fondu je dlouhodobou záležitostí, už z důvodů požadavků pacientů na pohodlí, ale také konkurenčním prostředím, ve kterém se nemocnice ocitají a i požadavky kladenými zákonem (Zdravotnická ročenka z roku 2014, ÚZIS).

Nejenom průmysl zabývající se výrobou nebo poskytováním služeb prochází neustálými změnami v dnešním „rychle se měnícím" prostředí, ale i zdravotnický a farmaceutický průmysl se musí zabývat globalizací a neustálým zlepšováním. Nejinak jsou na tom i nemocnice, které se také potýkají se změnami preferencí a rostoucími očekáváními pacientů. Dále musí velkou měrou uspokojovat potřeby svých zaměstnanců a s velkou důrazností sledovat a implementovat změny vycházející ze změn zákonů a dalších směrnic týkajících se léků/léčby, hrazení léčby, aj. Sami na vlastní kůži jsme se v posledních letech mohli přesvědčit, jak rychle se zákony v tomto směru mění. V roce 2013 se hradil každý den strávený v nemocnici, poplatek za ošetření u lékaře, za recept podaný v lékárně a za ošetření na pohotovosti. V roce 2014 došlo ke zrušení poplatku za pobyt v nemocnici, následně i poplatek za recept a za ošetření u lékaře a dnes už platíme pouze devadesáti korunový poplatek za „pohotovost".

V rámci své diplomové práce přibližuji, jak funguje taková organizace jako je nemocnice – v mém případě se jedná o Fakultní nemocnici v Motole. Zamýšlím se nad tím, jaké faktory ovlivňují management velké nemocnice z venku i zevnitř, jak se dá vůbec porovnávat hospodaření nemocnice s ostatními zdravotnickými zařízeními z finančního i jiného hlediska. Hlavním cílem diplomové práce je analyzovat způsob řízení nemocnice. K tomu využívám vybrané metody používané pro analýzu mikro a makrookolí organizace, ze získaných informací následně určuji silné a slabé stránky a také příležitosti a ohrožení. Součástí práce je také rešerše zahraničních odborných článků, týkajících se použití systému Balanced Scorecard ve zdravotnictví. Na základě tohoto průzkumu charakterizuji specifika Balanced Scorecard pro zdravotnická zařízení (tj. nemocnice).

První část práce se týká teorie a metodologie, která je následně využita ke splnění cíle diplomové práce. Popisuji zde kroky k určení strategie, tj. stanovení mise, vize, cíle a obsah analýzy PESTEL a Porterovy analýzy pěti sil. Následuje teorie týkající se Balanced Scorecard a stručné představení „základních" čtyř perspektiv.

Další část práce se věnuje charakteristice stavu českého zdravotnictví, různých typů vlastnictví nemocnic a způsobů výpočtu úhrad zdravotní péče. Tyto poznatky jsou důležité pro pochopení okolí, jež ovlivňuje fungování nemocnice.

Na začátku praktické části diplomové práce představuji fakultní nemocnici, analyzuji makro a mikro okolí ovlivňující fungování nemocnice. Výsledkem získaných informací je SWOT analýza Fakultní nemocnice v Motole. Všechny tyto postupy prováděné v prostředí nemocnice se v mnohém liší od toho, jak postupujeme při analýze výrobních podniků, které se primárně zaměřují na tvorbu zisku. Dále navrhuji použití BSC ve Fakultní nemocnici v Motole, tj. dalším cílem je návrh strategických cílů, měřítek a akcí v jednotlivých dimenzích (finanční perspektivě, perspektivě učení se a růstu, interních procesů a zákazníků). Na závěr tato diplomová práce obsahuje shrnutí, zda je možné efektivně používat BSC v prostředí státních nemocnic. Jaké výhody a nevýhody vyplývají z případného zavedení BSC pro management nemocnice. Neméně důležitým výstupem použitelným pro efektivní komunikaci zvolené strategie je vytvořená strategická mapa, která zobrazuje příčinné vztahy mezi stanovenými cíli.

Teoreticko-metodologická část

1 STRATEGICKÝ MANAGEMENT

Strategie nás provází životem na každém našem kroku, ať už si to uvědomujeme nebo ne. Obecně se dá říci, že strategie je svým způsobem jistá posloupnost za sebou jdoucích kroků, díky nimž dospějeme k nějakému řešení nebo požadovanému výsledku. Tuto skutečnost si začali uvědomovat v minulosti dnes již slavní manažeři ve svých firmách, a proto vznikl management zaměřený na strategii. Samotnou strategii definovalo mnoho významných osobností v oblasti managementu. Jeden z nejznámějších autorů odborných knih o strategii – Michael Porter, ji charakterizuje takto (převzato z Tylla, 2014):

„Konkurenční strategie je o tom být jiní. Znamená to vědomě zvolit odlišnou sadu činností a jejím prostřednictvím vytvořit unikátní kombinaci hodnoty."

Pro podnik je tvorba strategie důležitým procesem, který jej provází celým životním cyklem, nejenom v začátcích, kdy je důležité, aby si organizace uvědomila svou podstatu – pro co byla založena, ale také ke tvorbě cílů, kterých chce dosáhnout, ať jsou finanční nebo jiné. Úkolem strategického managementu je tedy formulace záměrů – cílů organizace (dále je můžeme dělit podle úrovně řízení – operativní, taktické, strategické), ale také zaměření se na predikování a následné reagování na neustálé změny, kterým je v dnešní době podnik vystaven. Jak napovídá výše zmíněná charakteristika, tak díky tvorbě strategie podnik může konkurenční výhodu převézt do konkrétní podoby a využít ji k dosažení svých cílů s co nejlepšími výsledky.

Existuje mnoho nástrojů, na základě nichž manažeři sestavují strategii do budoucna. V následující části popíšu pouze ty, které budou využity pro charakterizaci okolí Fakultní nemocnice v Motole.

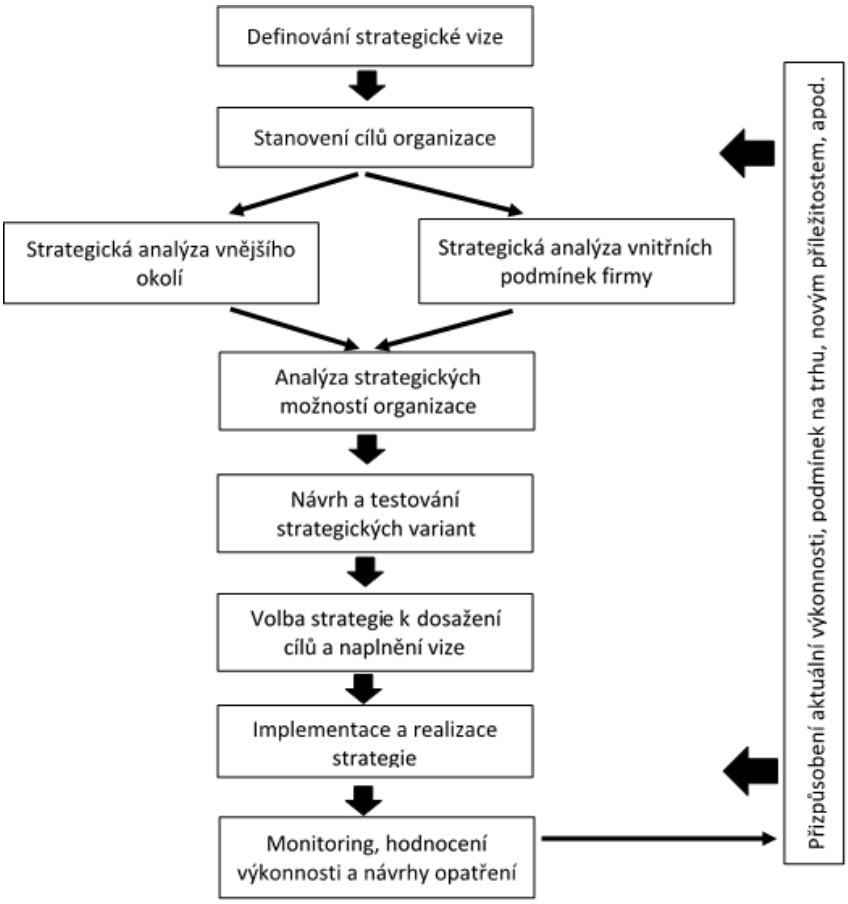
1.1 Stavební prvky strategie

Pro úspěšné stanovení firemní strategie je důležité uvědomit si tyto tři kroky a identifikovat:

- základní cíle, kterých chce firma dosáhnout a jež vycházejí ze stanovené podnikové mise, vize a dílčích cílů,
- konkurenční prostředí, ve kterém se bude pohybovat a samotný rozsah podnikání,
- konkurenční výhody, které jsou klíčem k úspěšnému naplnění cílů.

Na následujícím *Obrázku 1* je nastíněn obecný postup při tvorbě strategie.

Obrázek 1: Postup při tvorbě strategie



Zdroj: Tyll, 2014, s. 4; upraveno.

1.1.1 Základní a dílčí cíle

Obecně bývá základním cílem většiny podniků generování zisku nebo získání určité pozice na trhu. Tvorbu zisku je možné měřit několika ukazateli, například ukazateli rentability (ROE, apod.), ekonomickou přidanou hodnotou (EVA) nebo tržní přidanou hodnotou (MVA). Z finančního hlediska by hlavním cílem nemocnice mohlo být hospodaření „v černých číslech" a z nefinančního úspěšná léčba pacientů. Základní cíle jsou plněny skrze dílčí cíle, které podnik stanovuje pro všechny svá oddělení.

Pro efektivní řízení cílů je nutné je stanovit tak, aby byly SMART:

- **S**pecific – specifické;
- **M**easurable – měřitelné;
- **A**chievable – dosažitelné;
- **R**ealistic/Relevant – realistické;
- **T**ime Specific – časové vymezené.

V poslední době se podniky orientují na ochranu životního prostředí, na eliminaci plýtvání se zdroji a na odpovědné podnikání a proto se k těmto složkám přidaly další dva body – tj. SMART**ER**:

- **E**thical – etický přístup;
- **R**esourced – zaměřený na zdroje.

1.1.2 Mise (poslání)

Mise neboli poslání má být jednoduchá formulace zaměření organizace, která dává zaměstnancům a ostatním stakeholderům najevo, proč organizace existuje, na co se zaměřuje, pro koho jsou služby nebo výrobky určeny a jaké úmysly má do budoucna. Pokud nebude organizace schopna definovat své poslání, nebude tedy ani schopna uvědomit si svou konkurenční výhodu a směřování svého podnikání a to povede i k neschopnosti efektivně vést podnik v budoucnosti.

1.1.3 Vize

Vize představuje krátké a pochopitelné prohlášení organizace o tom, jaký směrem se bude v budoucnu ubírat – tj. čeho chce svou činností dosáhnout. Je zpracovávána tak, aby byla flexibilní a bylo ji možné aktualizovat na základě událostí na trzích nebo uvnitř organizace. Samotná formulace vize může být dvojí, a to: kvantitativní (např.: „Do tří let se obrat naší firmy zdvojnásobí.“) nebo kvalitativní (např.: „V České republice nebude ani jeden člověk, který by neznal naše výrobky.“). Takto formulovaná vize dále slouží jako „odrazový můstek“ pro stanovení cílů.

1.1.4 Mantra

Tyll (2014) ve své knize uvádí, že někteří autoři považují za efektivní stanovit i tzv. mantru. Mantra by mělo být krátké spojení maximálně 5 slov, která fungují jako jakási firemní modlitba nebo pocit a připomínají všem pracovníkům důvod jejich práce v dané organizaci a jak přistupovat k zákazníkům. Nesmí být zaměňována s firemním sloganem, který slouží k propagování firmy a orientuje se na zákazníky. Příkladem může být mantra Českého červeného kříže, která zní *„Zastavme utrpení“*[1].

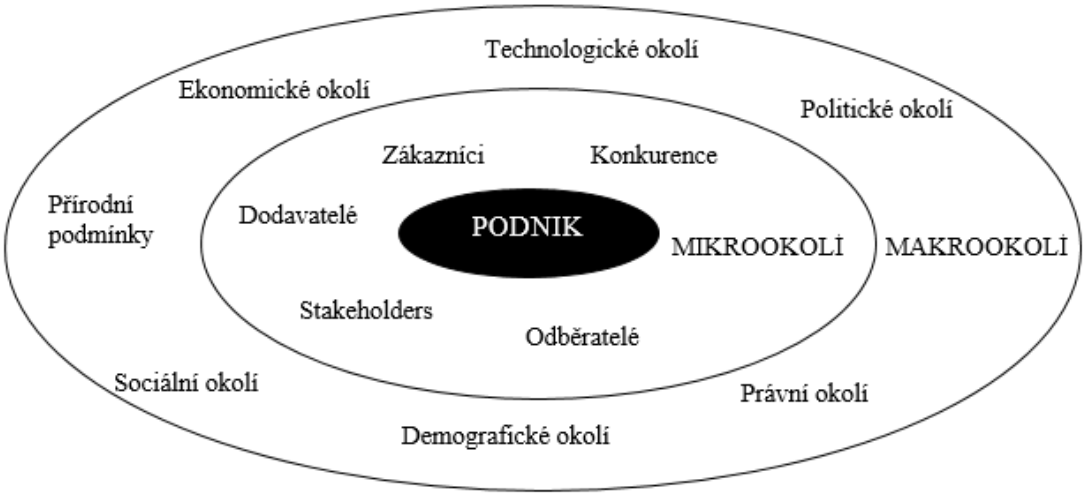
1.2 Analýza okolí podniku

Podnik není nezávislá entita na okolním světě, naopak klíčem ke stanovení vhodné strategie a dosažení stanovených cílů je nutné správné zanalyzování celého podnikového okolí. Okolím jsou chápány všechny členy, které se nacházejí vně podniku a mají s ním nějaké vazby. Provedená analýza tohoto okolí odhalí případné příležitosti nebo hrozby, na které je nutné reagovat.

Následující *Obrázek 2* zobrazuje podnikové mikro a makrookolí.

[1] Český červený kříž. *Naše činnost.* [online]. © 2015 [cit. 2015-12-12]. Dostupné z: http://www.cervenykriz.eu/cz/cinnost.aspx

Obrázek 2: Podnikové okolí



Zdroj: Materiály z přednášek k předmětu Podniková ekonomika.

Makrookolí představuje širší okolí podniku, které podnik svou činností nemůže ovlivnit, ale naopak podnik musí vzít v úvahu okolnosti, které tato okolí vyvolávají. Naproti tomu mikrookolí může podnik přímo ovlivnit svými činnostmi. Aby se mohl podnik dobře adaptovat v prostředí, ve kterém chce podnikat, tak musí provést analýzu makro i mikrokolí.

1.2.1 Analýza makrookolí – PESTEL

Jak již bylo řečeno, makrookolí existuje nezávisle na fungování podniku. Podnik toto okolí analyzuje, aby se mohl těmto vlivům přizpůsobit – využít příležitosti nebo se vyhnout možným hrozbám. PESTEL analýza zahrnuje všechny důležité faktory ovlivňující podnik. Ne všechny skupiny ovlivňují stejnou měrou fungování podniku, záleží na odvětví, ve kterém podnik působí.

Politické faktory

Tyto faktory berou v úvahu převážně politickou situaci, ať už domácí nebo zahraniční. Stabilita vlády a složení koaličních stran sebou nesou změny, které jsou pro všechny důležité. Jako příklad uvádím neustálé změny sazby daně z přidané hodnoty, spotřebních daní, apod. Ne všechny změny představují pro podnik hrozbu, např. v případě nového insolvenčního zákona jde jednoznačně o příležitost, jak podnik může alespoň z části získat své prostředky zpět.

Ekonomické faktory

Podnik je zde ovlivněn zejména makroekonomickými ukazateli, které poukazují na stav ekonomiky. Mezi tyto ukazatele patří např. míra inflace, úroková míra, kurz domácí měny vůči cizí, atp. Dále sem můžeme zařadit i opatření, která stanovuje centrální banka, daňová politika dané země, či regulace a nařízení týkající se získávání cenných zdrojů (např. těžba břidlicového plynu), nezaměstnanost, průměrná mzda, apod.

Sociální a demografické faktory

V této kategorii podnik sleduje faktory spojené s životem a postoji obyvatelstva. Podnik na základě výsledků z této kategorie může upravit svou strategii a tím zvýšit své šance na úspěch na trhu. Sleduje se zde například demografický vývoj obyvatel, životní styl, úroveň vzdělání, náboženské vyznání, etika obyvatel, apod.

Technologické faktory

Tato část se věnuje technickým a technologickým změnám, které podnik velmi úzce ovlivňují. Všechny organizace musí sledovat vývoj svých technologií, aby se vyhnuli zastarávání a zaostalosti, která by je mohla stát místo na trhu. Dále se sem řadí i různé programy vlády na podporu výzkumu a vývoje či dotace firmám, které dbají na ochranu životního prostředí.

Environmentální faktory

V dnešní době se klade velký důraz na ochranu životního prostředí. Firmy se snaží ovlivnit spotřebitele různými kampaněmi, které poukazují na to, jak šetrně zacházejí se svými zdroji a že konečné výrobky nezatěžují přírodu. Proto podnik sleduje různé předpisy a doporučení v oblasti ochrany životního prostředí, dále sem patří i nakládání s nebezpečným odpadem a odpadové hospodářství vůbec, atp.

Legislativní faktory

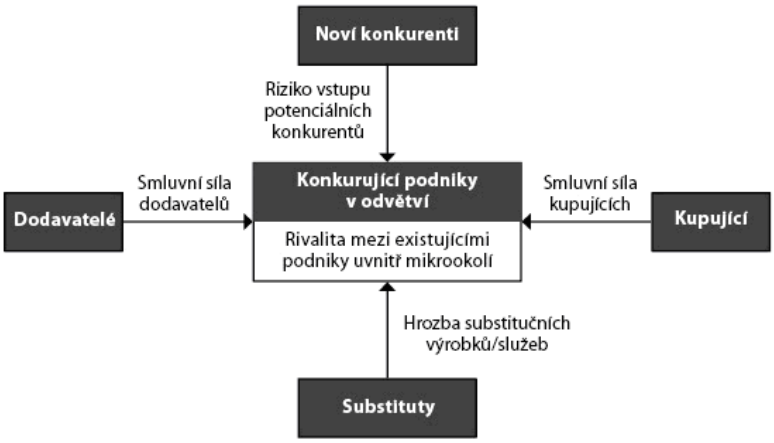
Tyto faktory se oddělily od politických faktorů, aby podnik touto analýzou získal lepší přehled o tom, jakou legislativu musí dodržovat. Jsou zde zahrnuty zákony a doporučení, které se týkají předmětu podnikání.

Celá tato analýza makrookolí může podniku poskytnout vyčerpávající seznam faktorů, které ovlivňují jeho samotnou existenci. Pro účely podniku je efektivnější zvolit maximálně tři faktory z každé skupiny, které mají nejvýznamnější dopad na stanovení strategie a fungování podniku a u nich sledovat vývoj a uzpůsobovat tomu podnikové činnosti.

1.2.2. Analýza mikrookolí – Porterův model pěti sil

Michael Porter charakterizoval pět sil, které působí na podnikové prostředí a mají tak vliv na budoucí fungování organizace, tj. na její strategii a výkonnost v budoucnosti. Následující *Obrázek 3* ilustruje všech pět faktorů.

Obrázek 3: Porterův model pěti sil



Zdroj: Businessinfo, http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/marketing-rizeni-msp-komplexni-analyza-2769.html#b2.

Větší **vyjednávací síla dodavatelů,** která může vzniknout monopolem na straně dodavatele nebo vysokými náklady na jejich změnu, vede k ovlivnění výše zisku generovaného organizací, které je dodáván materiál, služby, polotovary, či další vstupy potřebné pro fungování organizace.

Z druhé strany může okolí podniku ovlivnit **vyjednávací síla kupujících**. Kupující zde nemusí být pouze konečný spotřebitel, ale i distributoři (prostředníci) a ostatní prodejci.

Jak dodavatelé, tak i kupující v případě větších vyjednávacích sil působí na okolí podniku tím, že si diktují své cenové podmínky, ovlivňují velikost zakázky (např. množstevní slevy), způsob distribuce, apod. Podnik tyto síly analyzuje a sleduje, aby předešel situaci, kdy získá kupující nebo dodavatel větší sílu.

Substitutem se rozumí takový produkt nebo služba, kterým může spotřebitel nahradit produkt původní a bude plnit stejnou nebo podobnou funkci. Pokud tedy existuje substitut k výrobku nebo službě, může ohrozit v krajním případě fungování organizace. Pokud bychom chtěli charakterizovat substitut v oblasti zdravotnictví, konkrétně v nemocnici, mohla by být substitutem jiná možnost léčby (pacienti mají nárok na tzv. „druhý názor“, tj. poradit se s více lékaři a na základě toho rozhodnout, kterou léčbu případně podstoupí).

Pokud bereme v úvahu prostředí České republiky, je zde hrozba v podobě **vstupu nových konkurentů** na trh velkých nemocnic velmi malá. Velké nemocnice mají již svou historii, kdy byly založeny a jak se rozvíjely postupem času. Noví konkurenti se dají očekávat u soukromých klinik, která jsou úzce zaměřená (např. v dnešní době je moderní korekce zraku pomocí laseru a počet klinik zaměřených na tyto zákroky stoupá).

Poslední pátou silou je **rivalita mezi již existujícími organizacemi (podniky)**, kdy míra konkurence závisí na několika faktorech, které se liší v různých odvětvích. Mezi tyto faktory podle Tylla (2014) patří:

a) počet a velikost subjektů v odvětví;
b) disponibilní výrobní kapacity, velikost poptávky a růst odvětví;
c) vysoké fixní náklady;
d) nízká míra diferenciace;
e) vysoké náklady na výstup z odvětví.

1.3 SWOT analýza – analýza silných a slabých stránek, příležitostí a ohrožení

Analýza SWOT je jedna z univerzálních metod, která má široké pole využití. Můžeme ji aplikovat k hodnocení jak dílčích částí podniku, tak i podniku celého, dále pro hodnocení konkurence, produktů, ale i jako sebereflexi, atp.

Tento analytický nástroj v sobě spojuje výsledky vnitřní analýzy podniku – stanovení silných a slabých stránek, a analýzy vnějších vlivů, které ovlivní podnik buď kladně jako příležitosti nebo záporně jako ohrožení. Úkolem managementu je pak z těchto výsledků sestavit takovou strategii, která využije silné stránky a příležitosti a bude se snažit odstranit slabé stránky a zároveň potlačit dopad ohrožení, popř. z ohrožení vytvořit pro podnik příležitost.

Zanesením všech výsledků z provedených analýz vzniká diagram se čtyřmi kvadranty, z nichž vyplývají znaky pro tvorbu strategie. Pro **první kvadrant** je typická tvorba strategie SO (Strenghts and Opportunities), kdy má podnik několik silných stránek, pomocí nichž využívá příležitosti – tzv. růstová strategie, která představuje pro podnik optimální variantu. Ve **druhém kvadrantu** se podnik pomocí svých silných stránek snaží minimalizovat hrozby nebo je transformovat v příležitosti – tzn. diverzifikační strategie, strategie ST (Strenghts and Threats). Cílem strategie OW (Opportunities and Weaknesses) ve **třetím kvadrantu** je co největší potlačení slabých stránek při největším využití tržních příležitostí. Poslední **čtvrtý kvadrant**, který je pro

podnik spíše nepříznivý, odráží situaci, kde převažují slabé stránky a analýza okolí přináší více hrozeb – strategie WT (Weaknesses and Threats) soustředící se na minimalizaci obou faktorů.

1.4 Tvorba a výběr strategie, strategické plánování

Na základě provedených analýz mikro a makrookolí si organizace sestaví možnosti budoucího vývoje prostředí – tzv. **scénáře**. V těchto scénářích jsou dále obsaženy stanoviska a očekávání zainteresovaných stran a možné rizikové faktory a nejistoty, které mohou ovlivnit fungování. Kvůli již zmíněným rizikovým faktorům se sestavuje vícero scénářů, které odrážejí možnou situaci na trhu a uvnitř organizace – tj. scénáře pro optimistický, realistický a pesimistický vývoj. Při jejich tvorbě a následně při výběru vhodné varianty strategie musí brát organizace v úvahu míru rizika, při níž mohou rizikové situace nastat. V tomto případě se používá řada nástrojů manažerského rozhodování (např. rozhodovací stromy, různé simulace, apod.).

Samotná tvorba strategie tak podléhá výsledkům dříve provedených analýz a sestavených scénářů. Organizaci vznikne **soubor variant strategií**, které podle stanovených kritérií zanalyzuje a zvolí si tu optimální. K analyzování variant můžeme využít expertní posouzení nebo metody vícekriteriálního hodnocení. Nejčastější **typologií strategií** je jejich rozdělení podle míry ofenzivnosti:

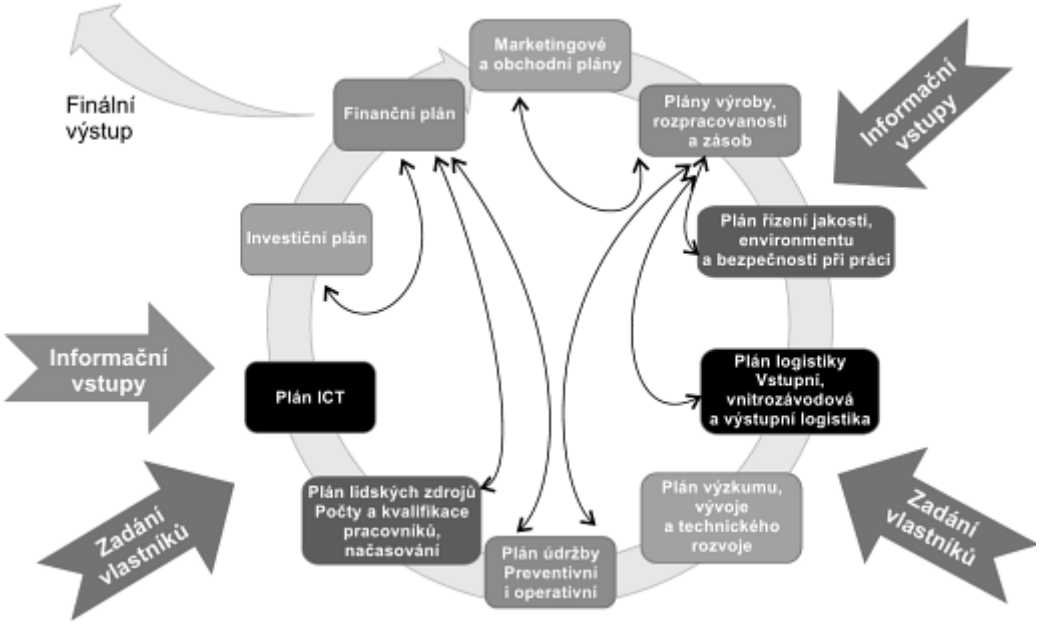
- **ofenzivní** – strategie předpokládají pozitivní vývoj rizikových faktorů, využití příležitostí a možnost růstu organizace;
- **stabilizační** – strategie vycházejí z již zavedených trendů v organizaci;
- **defenzivní** – „obranná“ strategie, která se snaží ubránit před ohroženími představující změny v podnikatelském prostředí;
- **krizová** – slouží k úspěšnému zvládnutí krizových situací.

Po volbě vhodné strategie následuje samotné plánování, které veškeré informace a data přetváří do **podnikových plánů**. V rámci této činnosti dochází ke stanovení konkrétních cílů a prostředků, jak jich lze dosáhnout. Veber (2009) ve své literatuře uvádí členění plánů z hlediska:

- **časového** – dlouhodobé, střednědobé, taktické a operativní plány;
- **účelu plánu –** slouží pro různé účely, např. jako podklad pro banku z důvodu poskytnutí úvěru, poklad pro investory nebo auditory, apod.;
- **úrovně rozhodovacího procesu –** plány jsou sestaveny dle organizační struktury dané organizace, př. plány na úrovni organizace, plány pro dílčí divize (podnikatelské jednotky), apod.;
- **věcné náplně plánu** – tyto plány se vztahují k funkčním útvarům uvnitř organizace, např. marketingový plán, finanční plán, plán lidských zdrojů, plán řízení jakosti, apod.

Následující *Obrázek 4* ilustruje postup tvorby plánů. Je patrné, že strategické plánování má cyklický charakter a samotné plány se mezi sebou ovlivňují. Odrazovým můstkem pro tvorbu ostatních plánů je marketingový nebo obchodní plán, z něhož získává organizace informace o potenciálních produktech, jejich množství, apod. - sestavuje tedy plán výroby. Z tohoto plánu získává informace pro sestavení dalších plánů, tj. plánu logistiky, plánu údržby, atd. Dalším velmi důležitým článkem plánovacího cyklu je také finanční plán (neboli rozpočet), podle kterého organizace stanovuje možné investice, velikost lidských zdrojů, apod.

Obrázek 4:Strategický plánovací cyklus



Zdroj: Fotr, 2014, s. 90.

Obecně existují tři možnosti, jak přistupovat k plánování a rozpracovávání plánů do dalších stupňů v organizaci. Prvním způsobem je **postup „shora dolů“** (z angl. top-down), kdy se nadřazený plán rozpracovává do dílčích plánů pro nižší úrovně podniku. Druhý způsob **„zdola nahoru“** (z angl. bottom-up) spojuje dílčí plány do podnikového plánu. Třetí postup využívá obou zmíněných způsobů plánování – tzn. **obousměrné plánování**.

Dalším nezbytným krokem pro úspěšné fungování organizace je vytvoření **akčních plánů**. Tyto plány slouží k implementaci strategie - rozpracovávají strategické plány do dílčích aktivit s časovou souslednosti, stanovují odpovědnost za splnění a alokují potřebné zdroje.

Pro další řízení organizace, možnosti růstu a hledání konkurenčních výhod je nutné vybranou strategii sledovat a hodnotit její úspěšnost. Hodnocení strategie probíhá v rámci celého cyklu strategického plánování. Vzniklé odchylky je pak nutné analyzovat a využít ve prospěch organizace. V organizaci se zřizuje za tímto účelem oddělení controllingu. V současné době je účelné využít nástroje, které komplexně umožňují hodnotit výkonnost podniku – vytvoří systém ukazatelů, měřítek a standardů, příkladem je Balanced Scorecard.

2 BALANCED SCORECARD

V roce 1992 byl v článku „Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance“ napsaném R. Kaplanem a D. Nortonem poprvé představen nový systém pro měření výkonnosti. Od té doby uplynulo již mnoho let a tato metoda se stala úspěšnou nejenom ve výrobních podnicích, ale i v organizacích z jiných odvětví. Dříve se podniky soustředily na schopnost, co nejvíce ušetřit a zaměřovaly se hlavně na úspory z rozsahu či ze specializace. S rostoucí konkurencí a novými technologickými možnostmi přišly podniky na to, že musí svou konkurenční výhodu hledat i v jiné oblasti podniku, než jen v samotné výrobě nebo poskytování služby – podnik/organizace může svou výkonnost zvýšit například vhodným využitím nehmotných aktiv (nehmotnými aktivy je chápáno jak softwarové vybavení, tak inovativní myšlenky i zaměstnanci samotní).

Balanced Scorecard (dále BSC) slouží jako systém pro měření a řízení výkonnosti podniku a často bývá označován i jako nástroj, který pomáhá lépe pochopit a šířit podnikovou strategii a efektivně stanovit cíle na všech úrovních.

Na výkonnost organizace se prostřednictvím BSC díváme jak do minulosti, tak i do budoucnosti. Finanční perspektiva dává přehled o minulém hospodaření společnosti a perspektiva zákaznická, učení se a růstu a interních procesů dává možnost vytvářet hodnotu v budoucnu. Právě tyto čtyři zmíněné perspektivy se staly základním stavebním kamenem tohoto strategického systému. Autoři Kaplan a Norton (2007, s. 21) zdůrazňují nutnost komunikace v rámci podniku - je nutné, aby všechna měřítka (finanční i nefinanční) byla dostupná pro všechny zaměstnance pro pochopení finančních důsledků jejich činů; vrcholový management musí rozumět hybným silám zajišťující dlouhodobý finanční úspěch.

Vývoj Balanced Scorecard

V průběhu let se tento koncept dále vyvíjel a nyní se v zahraniční literatuře můžeme dočíst o třech generacích Balanced Scorecard. **První generace** BSC kombinuje finanční a nefinanční měřítka pro „tradiční“ perspektivy: finanční, zákaznickou, učení se a růstu a interních procesů. Podnikem stanovená měřítka slouží pouze pro měření výkonnosti a stanovení případných opatření ke zlepšení řízení, které se vztahují k zjištěným odchylkám v ostatních perspektivách.

Ve **druhé generaci** BSC nefiguruje pouze jako systém pro měření výkonnosti, ale orientuje se také na strategické řízení organizace. Do konceptu se zařazuje použití strategických map, které přehledně zobrazují vztahy příčiny a následku mezi strategickými cíli a měřítky stanovených organizací.

Třetí generace zdůrazňuje potřebu vytvoření systémů, které napomáhají vzniku synergií uvnitř organizace. Autoři ve svých odborných článcích (Behrouzi & Speckbacher, 2014) zároveň vyzdvihují potřebu důsledného stanovení cílů a použití akčních plánů.

Strategické podnikatelské jednotky a kaskádové BSC

Strategické podnikatelské jednotky (z anglického Strategic Business Unit – SBU) jsou takové jednotky, u kterých můžeme dobře určit jejich strategii. Zahrnují aktivity, které spolu souvisejí a vytvářejí hodnotu (například aktivity v rámci hodnototvorného řetězce). Vytvoření těchto jednotek je vhodné pro velké organizace, které se v rámci své činnosti zabývají více činnostmi a u nichž je možné stanovit strategii, určit zákazníky a interní procesy. V případě nemocnice tvoří SBU jednotlivá specializovaná a „podpůrná“ oddělení (např. nákladová střediska - prádelna, jídelna, technická správa, IT oddělení, apod.).

S tvorbou SBU souvisí kaskádové BSC, kdy je organizace rozdělena do více strategických podnikatelských jednotek, které mají zavedené své BSC – strategii, cíle, měřítka. Takto organizace získá přehled o výkonnosti, jak jednotlivých jednotek, tak na celopodnikové úrovni, kdy se výkonnost odrazí v komplexní BSC na vyšší úrovni. Výhodou kaskádového BSC je jednodušší sběr dat, jejich analyzování a interpretace.

2.1 Charakteristika čtyř základních perspektiv

O Balanced Scorecard bylo napsáno mnoho a proto v následující části pouze stručně charakterizuji čtyři „klasické" perspektivy, které jsou ve všech literárních zdrojích uváděny jako výchozí.

2.1.1 Finanční perspektiva

Finanční perspektiva se vždy v literatuře uvádí jako první ze všech čtyř perspektiv a je také nejsledovanější perspektivou investory, akcionáři i vlastníky. Ve většině případů platí, že se v této perspektivě odrážejí dosažené výsledky a splněné cíle. Odráží tedy skutečnost, jak organizace hodlá zhodnotit majetek, tj. posuzují výkonnost organizace.

Cílem ve finanční perspektivě bývá jeden z dílčích finančních strategických cílů, k němuž jsou stanovena odpovídající měřítka.

Podle Kaplana a Nortona (2002) bývá častou chybou podnikového vedení, že stanoví stejné finanční cíle pro všechny své podnikové jednotky, přestože bývají rozdílně výkonné a každá má stanovenou vlastní dílčí strategii. Finanční cíle se tedy liší podle zmíněné dílčí strategie, jež každá podnikatelská jednotka zaujímá. Pro zjednodušení lze uvést existenci tří základních strategií - pro růst organizace a jejich jednotek, udržení stavu nebo sklizeň (zralost) organizace. Důležité je do všech strategií zahrnout určitou míru rizika, které podnik podstupuje, pokud se odhady budoucího vývoje nenaplní.

2.1.2 Zákaznická perspektiva

V každé manažerské literatuře se dočítáme, že je důležité brát zřetel na samotného zákazníka a monitorovat jeho přání a představy o výrobku/službě. Správná orientace na zákazníka pak může přispět k vyššímu zisku organizace a zajistit loajalitu zákazníků.

Velice důležitým krokem při tvorbě strategie je uvědomění si, na jakou skupinu zákazníků chce organizace svou činností cílit a také správně identifikovat již existující zákaznické a tržní segmenty. Další krok představuje výběr vhodných měřítek – mezi nejčastější měřítka podle literatury (Kaplan & Norton, 2007) patří **spokojenost, loajalita a ziskovost zákazníků, způsoby získávání a udržení zákazníků, podíl na trhu a obratu**.

Nevýhodou měřítek v zákaznické perspektivě je jejich „opožděnost" – výsledky se dostávají k manažerům se zpožděním a ti nemohou skrze opatření efektivně a včas ovlivnit spokojenost zákazníků nebo způsob, jak si je udržet.

2.1.3 Perspektiva interních procesů

V této perspektivě organizace specifikuje již existující procesy, díky nimž dosahuje cílů a uspokojuje potřeby nejdůležitějších zainteresovaných stran. Dobrá znalost všech procesů v organizaci je klíčovým úkolem manažera, který identifikuje **hlavní procesy** (důležité pro

realizaci strategie), **řídící procesy** (takové procesy, které se zaměřují na alokaci a kontrolu používání zdrojů u hlavních procesů) a **podpůrné procesy** (každodenní činnosti, které jsou nezbytné k fungování organizace).

Ukazatelé v této perspektivě posuzují efektivnost interních procesů a hodnotí, nakolik tyto procesy splňují požadavky zákazníků a vlastníků.

Častým problémem je měření procesů pouze v rámci jednoho oddělení. Interní procesy však prostupují všemi odděleními a mají vliv na výkonnost ve všech podnikatelských jednotkách.

2.1.4 Perspektiva učení se a růstu

Možnost podniku, jak dosáhnout svých finančních cílů a uspokojení zákazníků, leží v rukou zaměstnanců. Právě složka zaměstnanců je klíčovým členem, který se v této perspektivě sleduje. Dnešní společnosti kladou důraz na znalosti, a proto se musí organizace zaměřovat na řízení znalostí a s tím souvisejících investicí do znalostí.

Spokojenost zaměstnanců, udržení nízké fluktuace a produktivita zaměstnanců patří mezi základní měřítka, která zde sledujeme. Dále je také vhodné podporovat komunikaci mezi zaměstnanci a efektivně využívat různé komunikační technologie. Dobrá firemní kultura podporuje spokojenost zaměstnanců a tím dosažení lepších výsledků.

2.2 Balanced Scorecard ve zdravotnictví

Tato část obsahuje výsledky z provedené rešerše zahraničních odborných článků o používání BSC ve zdravotnictví, konkrétně v nemocničních zařízeních.

První odborné články o BSC se sice začaly objevovat již v roce 1992, samotná koncepce se však šířila převážně mezi organizacemi orientovanými na tvorbu zisku. Povědomí ve zdravotnickém sektoru se zvýšilo až v posledních patnácti letech. Důvodem této „opožděné reakce“ byly podstatné rozdíly, které zdravotnictví odlišuje od ostatního průmyslu a odvětví. Zásadním problémem, kterému týmy zavádějící BSC do nemocnic musí čelit, je netransparentnost a samotný způsob měření provedených výkonů/stanovených léčeb. Mezi další překážky patří také zavedená a mnohdy neproniknutelná nemocniční kultura a organizační a manažerské schopnosti – řízení nemocnic se často věnují lékaři, kterým chybí manažerské vzdělání, tudíž nemají dostatečné povědomí o používaných nástrojích.

V následující části uvádím důvody, které vedly ke konečnému rozhodnutí nemocnic používat BSC i přes překážky, které management zpočátku odrazovaly. BSC je chápán jako nástroj, který:

- umožňuje srozumitelné šíření strategie a stanovených cílů uvnitř nemocnice – vede ke zlepšení komunikace a spolupráce na všech úrovních řízení;
- poskytuje informace relevantní k rozhodování;
- názorně zobrazuje vztahy mezi zvolenou strategií a zdroji nutnými k realizaci (použití strategických map);
- identifikuje odchylky a následná opatření umožní zlepšení ukazatelů, např. spokojenost pacientů, průměrná délka hospitalizace, apod.;
- podporuje synergii mezi klinikami a nemocničními odděleními;
- zefektivňuje řízení klinik – dosažení zlepšení poskytované péče, služeb poskytovaných pacientům i spokojenost zaměstnanců;
- usnadňuje hledání konkurenční výhody;
- podpůrný nástroj sloužící k získávání důležitých dat pro obdržení akreditace.

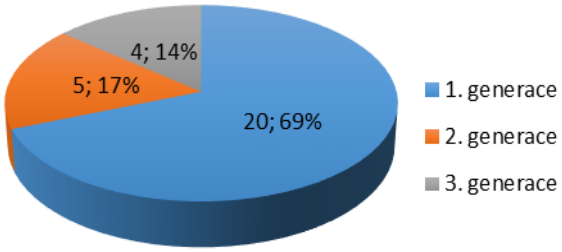
Dále nemocnice identifikovaly tyto klíčové faktory úspěšnosti implementace a dlouhodobé udržitelnosti používání BSC:

- zapojení členů představenstva;
- spolupráce týmů zaměřených na tvorbu BSC;
- zavedení podpůrných informačních systémů sloužících k včasnému získávání dat;
- transparentnost výkazů;
- využití kaskádového BSC – pro každou kliniku nebo oddělení je vytvořen vlastní systém, s tím souvisí zapojení lékařů do této tvorby a decentralizace pravomocí;
- jednoznačné seznámení lékařů a ostatního zdravotnického personálu se strategií nemocnice;
- průběžná kontrola a neustálé zlepšování;
- pravidelné hodnocení (týdenní/měsíční);
- podpora komunikace mezi zdravotnickým a nezdravotnickým personálem;
- podpora vzdělávání;
- hlavní pozornost věnována pacientům.

2.2.1 Způsob využití BSC a tvorba perspektiv

McDonald (2012) provedl průzkum odborných textů o BSC, které byly publikovány do roku 2011. Z nepřeberného množství článků vybral takové, které popisovaly implementaci konceptu v nemocnicích – výsledkem bylo pouze 29 nemocnic po celém světě. Tento počet je bezpochyby velmi nízký vzhledem k tomu, že na celém světě existuje statisíce nemocničních zařízení, ovšem poskytuje alespoň základní přehled o používání BSC ve zdravotnickém sektoru. Následující *Graf 1* znázorňuje četnost volby generace, z níž vyplývá rozsah využití.

Graf 1: Rozdělení nemocnic dle typu zavedené generace BSC



Zdroj: Vlastní.

Z grafu je patrné, že nemocnice často používají BSC pouze jako nástroj pro měření výkonnosti nemocnice a pro identifikaci opatření sloužících k lepšímu strategickému řízení – první generace (viz. část kap. 2 - Vývoj Balanced Scorecard, str. 13). Důvody, které k tomu vedly: relativně jednodušší implementace BSC do stávajícího systému řízení nemocnice pouze za účelem posuzování výkonnosti a nižší náklady na sběr, analýzu a interpretaci dat. Tato volba je také podmíněna již zmíněnou skutečností, že se management nemocnice potýká s nedostatkem zkušených manažerů.

Tabulka 1: Četnost využití BSC perspektiv

Perspektiva	Počet nemocnic	% vyjádření
Zákazníci	24	83
Účení se a růst	17	59
Interní procesy	29	100
Finanční	24	83
Další	10	34

Zdroj: Behrouzi, Shaharoun & Ma´aram, 2014, přeloženo.

Každá organizace si na základě svých potřeb identifikuje perspektivy, které nejlépe odráží zvolenou strategii. Ve 13 z 29 zkoumaných nemocnicích (45%) dal management přednost zavedení „tradičních" čtyř perspektiv, ve zbylých vznikly různé kombinace. *Tabulka 1* ukazuje, které perspektivy byly použity. Vidíme, že všechny nemocnice zahrnuly do své BSC perspektivu interních procesů, protože často shrnuje úspěšnost léčby, spokojenost pacientů, bezpečnost a ochranu zdraví, produktivitu a inovační činnost. Některé nemocnice tedy z důvodu zahrnutí těchto ukazatelů do perspektivy interních procesů vůbec nevytvářejí perspektivu zákazníků (pacientů). Druhým důvodem absence zákaznické perspektivy je názor managementu, že spokojenost pacientů nemůže výrazně ovlivnit výkonnost nemocnice. Pro svou obtížnost ve stanovení odpovídajících měřítek nebyla ve 12 případech vytvořena perspektiva učení se a růstu. Mezi další samostatné perspektivy nad rámec „klasických čtyř" patří nejčastěji kvalita péče, efektivní poskytování péče a výzkum a vývoj (Behrouzi, Shaharoun & Ma´aram, 2014).

V rámci perspektiv se stanovují měřítka, která slouží k posuzování situace. Kaplan a Norton (2002) ve své literatuře doporučují 4-5 měřítek pro každou z nich, aby hodnocení nebylo příliš složité a nedocházelo k duplicitě informací. Počet měřítek používaných sledovanými nemocnicemi však přesahuje daná doporučení, důvodem proto je veliký rozsah prováděných činností v rámci celé nemocnice.

2.2.2 Příklady stanovených cílů a měřítek

Chow a kolektiv (1998) provedli dotazníková šetření u ředitelů nemocnic, jejichž cílem bylo zjistit, jaké cíle a měřítka nejčastěji používají v hodnocení výkonnosti nemocnice jako celku. Přehled výsledků šetření je uvedeno v následující *Tabulce 2*. Autor tohoto výzkumu spatřuje jistá omezení v neochotě ředitelů popravdě odhalit cíle z důvodu konkurenčního boje.

Tabulka 2: Příklady stanovených cílů a měřítek v rámci BSC v zahraničních nemocnicích

Zákaznická perspektiva	
Cíle	**Měřítka**
Okamžité poskytnutí péče	Průzkum spokojenosti pacientů, obsazenost ošetřoven, počet přijatých pacientů na urgentním příjmu
Vysoká kvalita péče	Hodnocení pacientů, doporučení pacientů (kladné "W-O-M"[2]), počet přijatých pacientů, míra úspěšnosti stanovení přesné diagnózy, externí hodnocení nemocnic, návratnost pacientů (loajalita)

[2] W-O-M – z anglického word of mouth – termín používaný v marketingu, ústní šíření „reklamy" nebo propagace subjektu, apod.

Dostupnost akutních lůžek	Čas nutný na zajištění akutního lůžka, průzkum spokojenosti pacientů
Přístup zdravotnického personálu	Průzkum spokojenosti pacientů, návratnost pacientů
Kvalitní a vyvážená strava	Počet stížností, průzkum spokojenosti pacientů
Kvalita práce zdravotních sester	Počet stížností, průzkum pacientů
Spokojenost lékařů	Počet smluv uzavřených s lékaři za dané období, průzkum spokojenosti lékařů
Kompetentnost lékařů, zdravotních sester a ostatních	Reputace, doporučení pacientů, počet stížností, míra přesnosti stanovených diagnóz
Spokojenost zaměstnanců	Průzkum spokojenosti pacientů
Perspektiva interních procesů	
Cíle	**Měřítka**
Kontrola nákladů	Náklady vynaložené za den na jednoho pacienta, náklady vynaložené na diagnózu, náklady na proceduru, apod.
Excelence služeb	Počet stížností, zpětná vazba od pacientů, kvalita péče, pacientovo hodnocení přístupu zdravotnického personálu
Efektivnost	Analýza využití přístrojů a prostorů, stupeň automatizace
Kvalita péče	Pravidelné hodnocení lékařů a ostatního personálu, průzkum spokojenosti pacientů
Efektivní využití zdrojů	Fluktuace zdravotníků a lékařů, stupeň využití přístrojů
Spokojenost lékařů	Počet smluv uzavřených s lékaři za dané období, průzkum spokojenosti lékařů
Spokojenost zdravotnického personálu a ostatních zam.	Průzkum spokojenosti zaměstnanců
Specializace oblasti léčení	Náklady vynaložené na danou specializaci
Perspektiva učení se a růstu	
Cíle	**Měřítka**
Spolupráce s lékařskými fakultami	Analýza nákladů a přínosů
Vývoj a výzkum	Počet a kvalita zavedení nových léčebných postupů za posledních pět let, počet nových studií (studie na léky)
Přístup k nejmodernějším technologiím	Stupeň využití technologií, stupeň automatizace, výdaje na hardware a software, přínosy k léčbě vs. náklady, míra růstu počtu ambulantních pacientů, zapojení a sdílení znalostí lékařů
Výzkum a kreativita lékařů	Počet prezentací a publikací za stanovené období, počet nových procedur a postupů, stupeň využití nejmodernějších technologií, kvalita péče, účast ve výzkumech a studiích
Spolupráce s výzkumnými centry	Počet projektů, počet institucí/výzkumných center

Finanční perspektiva	
Cíle	**Měřítka**
Zvýšení plateb od pojišťoven	Smlouvy se zdravotními pojišťovnami
Zdroje pro financování nemocnice	Výše darů, granty, dotace na studie, apod.

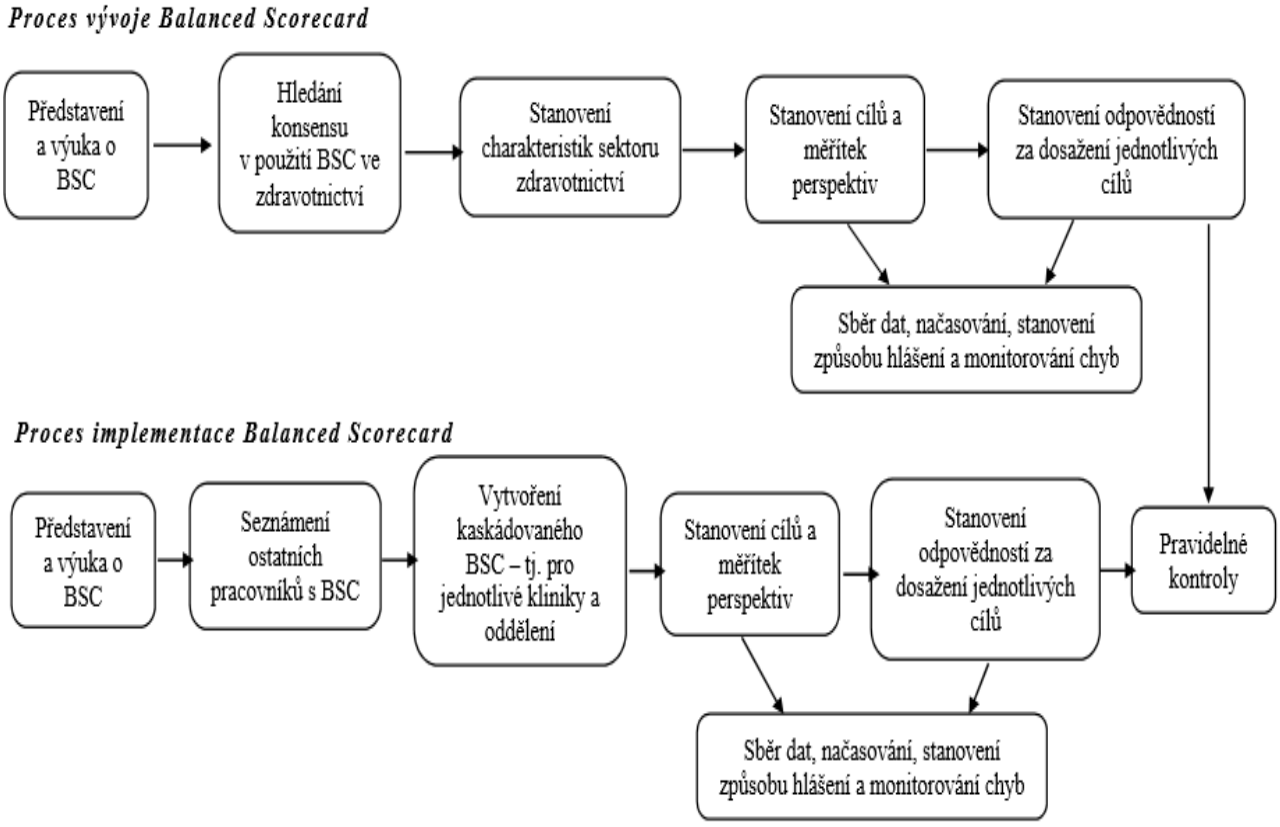
Zdroj: Chow, Ganulin, Haddad & Williamson, 1998, přeloženo a upraveno.

V uvedené *Tabulce 2* je možné si povšimnout, že autor zahrnuje měřítka spokojenosti a kompetentnosti lékařů a ostatního zdravotnického personálu, jejich spokojenosti a chování k pacientům jak do perspektivy zákaznické, tak i do perspektivy interních procesů. Tuto „duplicitu" dále nijak dále nevysvětluje, podle mého názoru to však znázorňuje flexibilitu BSC a možnost přizpůsobit si perspektivy pro „své" použití.

2.2.3 Implementace a operativní úprava BSC

V této části se krátce věnuji výsledkům rešerše z oblasti implementace a úpravy zavedeného BSC dle jeho fungování ve „zkušebním provozu". Na následujícím *Obrázku 5* jsou v návaznosti znázorněny postupně všechny kroky, které zkoumané nemocnice provedly za účelem vývoje a zavedení BSC.

Obrázek 5: Posloupnost kroků při vývoji a implementaci BSC v nemocnici



Zdroj: Inamdar & Kaplan, 2002, přeloženo.

Následující časový rozvrh jednotlivých akcí rozčleňuje procesy, uvedené na předchozím *Obrázku 5*, do měsíců, v nichž by tyto procesy měly proběhnout a dle nichž může organizace předpokládat časovou náročnost celého zavedení BSC (Chow a kol., 1998).

Měsíc 1-2 Strategické plánování zahrnuje zapojení všech klíčových osob a oddělení, dochází ke školení a seznámení vedoucích pracovníků jednotlivých klinik s BSC. Provádění prvních schůzí, kde dochází k seznámení a diskuzi nad strategií vytvořenou na vrcholové úrovni řízení, seznámení s vizí nemocnice a diskuze nad strategickými cíli a záměry.

Měsíc 3-4 Vytvořen speciální výkonný tým s cílem identifikace cílů pro všechny perspektivy BSC. Bohužel v zahraniční literatuře nebylo uvedeno doporučené složení tohoto týmu. Domnívám se, že by bylo efektivní zapojení zástupců z vrcholového vedení, ale i zástupce lékařů. Dojde tak k využití znalostí z oblasti medicíny, které se vhodně doplní znalostmi managementu, financí, apod.

Měsíc 5-6 Využití BSC jako komunikačního nástroje k prezentaci strategie, prostor ke sdělení nápadů a připomínek ze strany nižšího managementu (tj. jednotlivá oddělení, laboratoře a ostatní části nemocnice).

Měsíc 7 Podané návrhy a připomínky jsou posouzeny a BSC se případně na základě nich upraví.

Měsíc 8-9 Upravený BSC je znovu komunikován směrem k nižšímu managementu nemocnice (vedoucím klinik a oddělení – v případě českých nemocnic přednosta kliniky, primář a vedoucí lékař). Každý člen je povinen vypracovat BSC pro své jednotlivé oddělení, které by mělo vypovídat o tom, jak jednotlivý člen přispěje k plnění vrcholových cílů nemocnice – tzv. kaskádování cílů, kaskádové BSC.

Měsíc 10-11 Výkonný tým provede posouzení jednotlivých BSC vzhledem k „vrcholovému“ BSC a vrcholovým cílům; může dojít k úpravám na obou stranách (úprava dílčího nebo „vrcholového“ BSC).

Měsíc 12 Dle finální BSC a stanovených cílů nemocnice zformuluje pětiletý strategický plán – tj. předpokládané akce k dosažení cílů. Pro první rok je vypracován operativní plán.

Měsíc 13-24 Dochází ke čtvrtletním kontrolám a přezkoumání fungování a plnění BSC a tím k identifikaci oblastí, které vyžadují pozornost a další opatření.

Měsíc 25-26 Na základě ročního vyhodnocení dílčích BSC jednotlivých klinik/oddělení se stanovují opatření ke zlepšení fungování BSC, navrhuje se rozdělení zisku mezi kliniky/oddělení dle úspěšnosti splnění cílů a další odměny. V případě českých nemocnic by se nejednalo o rozdělení zisku, ale např. o přidělování finančních prostředků z rozpočtu na další období jednotlivým klinikám.
Na základě dosažených výsledků a neustálého vyhodnocování okolí (analýza makro a mikro okolí) nemocnice se upravuje stanovený pětiletý strategický plán. Výstupy z analýzy okolí nemocnice mohou také sloužit jako podnět k úpravě BSC.

Přestože se sektory zdravotnictví v různých zemích od sebe liší, tento postup by podle mého názoru mohl být podobný pro všechny nemocnice a mohl by být použit jako „návod“ pro méně zkušené organizace, které chtějí BSC zavést.

2.2.4 Kritika použití BSC v nemocnicích

Každý přístup má své příznivce i odpůrce a dá se použít v různých případech jiným způsobem. Na základě analýzy a průzkumu provedené americkou univerzitou (Wicks, StClair & Kinney, 2007) byly odhaleny dva základní problémy, které podle nich mohou být základní překážkou ve využití Balanced Scorecard v nemocnicích.

Prvním problémem je **nedostatečná pozornost věnovaná zaměstnancům**. Perspektiva učení se a růstu představuje tu část Balanced Scorecard, která právě zaměstnance analyzuje. Kaplan a Norton (2002) tuto perspektivu prezentují jako prostředek k vytváření infrastruktury, díky níž se organizací šíří znalosti, aktivity, způsoby chování, apod. potřebné ke splnění podnikových cílů. Cíle a měřítka jsou tedy stanoveny tak, aby v ostatních třech perspektivách bylo dosaženo co nejlepších výsledků pomocí této perspektivy. Kritika upozorňuje na to, že BSC nebere příliš v úvahu pocity a motivaci zaměstnanců (neklade velký důraz na ztotožnění se s cíli organizace, pocit sounáležitosti, apod.). Navrhuje, aby byla zaměstnancům věnována větší pozornost a stali se tak „rovnocennými partnery“ při tvorbě strategie a hodnocení výkonnosti – jako příklad uvádí udělení ceny kvality Malcolma Baldrigeho ve zdravotnictví, která právě jako jedno z plnohodnotných oblastí hodnocení uvádí úroveň oddělení lidských vztahů v nemocnici, vztahy mezi zdravotnickým personálem a míra, v jaké přispívají k fungování organizace.

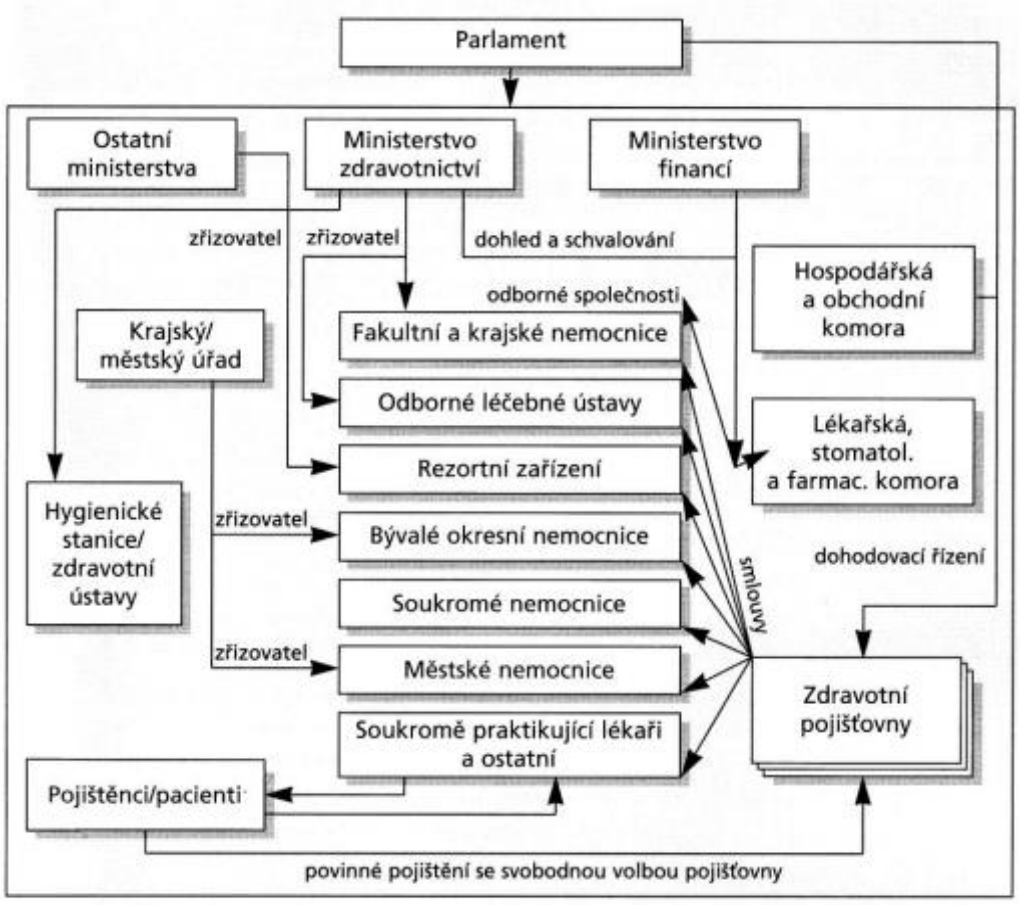
Jako druhý problém autoři článku (Wicks, StClair & Kinney, 2007) uvádí skutečnost, že BSC patří mezi **manažerské metody založené na kontrole** než na zapojení a podpoře spolupráce ze strany zaměstnanců. Řízení založené na delegování pravomocí na nižší stupně řízení motivuje pracovníky k většímu zapojení do dění v organizaci (v našem případě v nemocnici) a organizace tak může rychleji reagovat na změny probíhající v okolí a dále odbourává bariéry a podporuje lepší komunikaci, spolupráci a důvěru v organizaci. Management založený na kontrole provádí kontrolní akce v určitých časových intervalech a změny jsou tudíž odhaleny s časovým zpožděním. Následně přicházejí se zpožděním navrhovaná opatření vedoucí k odstranění odchylek.

3 SYSTÉM ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Pro další zkoumání samotného chodu nemocnice jako celku je nutné se blíže podívat na prostředí, v němž nemocnice funguje. V této části popisuji ve zkratce systém fungování českého zdravotnictví a zaměřuji se na aspekty spojené s řízením fakultní nemocnice.

Na následujícím *Obrázku 6* je znázorněn celý systém zdravotnictví v České republice a z něhož jsou patrni zřizovatelé nemocnic – tj. ministerstvo zdravotnictví, krajské a městské úřady. Pokud uvažujeme celý sektor zdravotnictví, tak se zřizovatelem může stát v případě soukromé nemocnice i soukromá organizace a dále církev a ostatní centrální orgány.

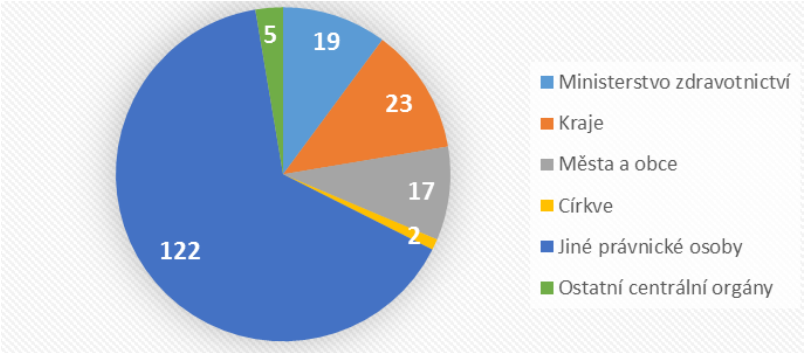
Obrázek 6: Zdravotnický systém v ČR



Zdroj: Gladkij, 2003, s. 55.

Podle posledních dostupných dat Českého statistického úřadu (ČSÚ) a Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) bylo v roce 2013 v ČR 188 nemocnic s celkově 56 807 lůžky (z toho činilo 47 033 akutních lůžek, 7 652 lůžek následné péče a 2 122 novorozeneckých lůžek). Následující *Graf 2* ilustruje četnost nemocnic rozdělených podle jejich zřizovatele.

Graf 2: Rozdělení a počet nemocnic dle zřizovatele



Zdroj: Vlastní zpracování, ÚZIS.

V hlavním městě Praze se nachází 28 nemocnic s 9 091 lůžky, z toho 3 fakultní nemocnice zřizované Ministerstvem zdravotnictví ČR s 4 416 lůžky (tj. bezmála 45 % lůžek). V *Tabulce 3* jsou pro ilustraci uvedeny některé parametry po porovnání s celorepublikovými údaji, s hlavním městem ČR a všech tří fakultních nemocnic v Praze pod správou Ministerstva zdravotnictví. V Praze sídlí ještě Ústřední vojenská nemocnice, která má také statut fakultní nemocnice, ale jejím zřizovatelem je Ministerstvo obrany ČR.

Tabulka 3: Stav vybraných ukazatelů v ČR a hlavním městě v roce 2013

Ukazatel	ČR	Hl. město Praha	VFN	FN Motol	FN Královské Vinohrady
Počet zařízení	188	28	x	x	x
Počet lékařů v nemocnicích	19 755,75	4 260,69	742,00	842,00	569,00
Počet sester	57 378,21	11 199,03	1 809,00	1 948,00	1 204,00
Lůžka	56 807	9 091	1 500	1 808	1 108
Využití lůžek ve dnech	258,9	257,9	246,0	257,2	224,1
Průměrná ošetřovací doba	6,80	6,90	5,10	6,10	4,99
Náklady na ošetřovací den	x	6 808	5 728	9 224	8 669
Počet hospitalizací	2 156 522	341 743	55 445	76 358	52 066

Zdroj: Vlastní zpracování, ČSÚ, ÚZIS, výroční zprávy fakultních nemocnic z roku 2013.

Funkce nemocnice ve zdravotnickém systému je následující – jde o poskytnutí zdravotní léčebné péče těm pacientům, u nichž nelze zvolit ambulantní postup léčby. Dále slouží k provádění složité diagnostiky pacienta a v případě fakultních nemocnic se jedná o výukové místo pregraduálních a postgraduálních programů a provádění různých klinických výzkumů.

Gladkij (2003) uvádí tyto možnosti dělení nemocnic:

1. Podle průměrné délky ošetřovací doby:
    a. nemocnice pro akutní péči – zde se řeší akutní stav pacienta, který vyžaduje okamžitý zásah;
    b. nemocnice pro dlouhodobě nemocné – péče pro pacienty, kteří nejsou schopni se o sebe po náročné léčbě postarat (tzv. LDN – léčebna dlouhodobě nemocných).

2. Podle typu vlastnictví, zřizovatelem může být:
    a. Ministerstvo zdravotnictví nebo jiné státní zařízení;
    b. kraje;
    c. města a obce;
    d. církve;
    e. jiné právnické osoby.

3. Podle převažujícího druhu péče:
    a. nemocnice všeobecné – provádění diagnostiky a chirurgická řešení onemocnění;
    b. nemocnice specializované – bývají menší a zaměřují se na určitou oblast.

4. Podle rozsahu lůžkového fondu:
    a. malé (do 300 lůžek);
    b. střední (300 – 600 lůžek);
    c. velké (600 a více lůžek).

V posledních letech zaznamenala oblast zdravotnictví několika změn. Ve všech odvětvích se hovoří o snižování nákladů a zvyšování kvality poskytovaných služeb, v případě nemocnic se tento trend projevuje ve snaze optimalizovat lůžkový fond, nemocnici klesnou již zmíněné náklady a pacient bude mít pocit většího pohodlí. Klesá počet akutních lůžek, avšak roste počet lůžek následné péče v důsledku toho, že péče o starší lidi se přesouvá z kruhu rodinného do specializovaných institucí. Další trend se týká nutnosti hospitalizace a její délky. Některé prováděné výkony se v této době už mohou provádět ambulantně a není nutná hospitalizace pacienta. Celkově se snižuje průměrná doba hospitalizace jednoho pacienta. Poslední skutečností jsou stále dražší způsoby nových možností léčeb některých onemocnění a s tím spojená neochota zdravotních pojišťoven tyto varianty léčby hradit (např. kauza protonového centra).

3.1 Specifické znaky zdravotnictví

V následující části shrnuji základní specifika, která odlišují zdravotnictví od jiných průmyslových odvětví a organizací zabývající se výrobou nebo poskytováním služeb.

Klíčovým faktorem, který určuje směr zdravotnictví je samotné zdraví, které se dá chápat jako individuální (zdraví jedince) ale i veřejný statek (zdraví celé komunity, obyvatelstva – úlohou státu je zabraňovat plošným nákazám (Gladkij, 2003).

Poptávka a nabídka v sektoru zdravotnictví

Poptávku ve zdravotnictví je možné prezentovat jako potřebu „být zdravý“. Gladkij (2003) dále tuto potřebu rozděluje na subjektivní a objektivní. Subjektivní potřeba je potřeba jedince, který pociťuje nedostatky ve svém zdraví nebo registruje nežádoucí anomálie ve svém zdravotním stavu. Objektivní potřeba představuje nutnost sledování zdravotního stavu obyvatelstva, včasné zakročení při hrozbě epidemií, preventivní programy předcházející vybraným nemocem, očkovací plány, apod. Tuto potřebu si člověk většinou neuvědomuje a lékaře vyhledá až v akutním případě. Mnohdy je pak léčba nákladnější a náročnější, protože se nemoc rozvine do hůře léčitelného stadia.

Ke **spotřebě zdravotnické péče** dochází v případě uskutečnění poptávky, tj. pacient se dostaví k lékaři na vyšetření, apod. Spotřebu se stát snažil redukovat regulačními poplatky z důvodu omezení plýtvání zdravotnickou péčí (přehled vývoje regulačních poplatků viz níže kapitola 4.4.1 Analýza PESTEL) nadměrnými či přímo zbytečnými návštěvami lékařů a odbornými vyšetřeními. K tomuto „mrhání“ dochází z důvodu neexistence žádného přímého

zapojení pacientů do povinnosti hradit zdravotní péči a pacienti si tak neuvědomují cenu, kterou by jinak museli zaplatit.

Nabídku po zdravotnické péči reprezentuje síť zdravotnických zařízení (ambulance praktických lékařů, polikliniky, nemocnice, apod.). Může být ovlivněna kvalitou a množstvím znalostí lékaře, který navrhuje léčebný postup a nutnost jednotlivých vyšetření. V prvé řadě by měla nabídka zdravotnických služeb korespondovat s potřebami pacienta, avšak tuto skutečnost ovlivňují další účastníci trhu, např. zdravotní pojišťovny jako plátci péče nebo farmaceutické firmy, apod.

Ostatní odlišnosti zdravotnictví

V mnoha případech se poskytování zdravotnických služeb dále liší od ostatních průmyslových podniků či jiných organizací zabývajících se výrobou nebo službami (Gladkij, 2003). Mezi tyto odlišností se řadí:

a) Nerovnost znalostí – strana poptávajících (pacienti) mají menší nebo žádné odborné znalosti, nemohou tedy posoudit vhodnost, správnost, efektivitu zvoleného postupu lékařem a musí se přizpůsobit a důvěřovat odborníkům.
b) Značná míra nejistoty v úspěšnost léčby – i přes vysokou kvalifikaci lékařů a profesionalitu ostatního personálu nemusí být léčba úspěšná.
c) Výstupy jsou obtížně definovatelné a měřitelné – „zdraví“ je z velké míry subjektivní pojem a každý pacient má jiné osobnostní předpoklady k různým úrovním „zdraví“.
d) Čerpání zdravotní péče a léčivých přípravků je individuální záležitostí – ke každému pacientovi se musí přistupovat individuálně (př. dva pacienti se stejnou diagnózou budou potřebovat rozdílné léky i rozdílnou úroveň péče ze strany zdravotních sester).
e) Velké nároky na správnost, přesnost, kvalitu a spolehlivost poskytované péče a bezvadných materiálů.
f) Lékaři a ostatní zdravotníci disponují vysoce odbornými znalostmi s nutností celoživotního vzdělávání, jsou oddáni svému povolání více než organizaci, ve které pracují.
g) Nízký stupeň kontroly ze strany manažerů – manažeři nemají znalosti v oblasti zdravotnictví, aby mohli objektivně zhodnotit práci lékařů.
h) Společnost citlivě reaguje na negativní události ve zdravotnictví.
i) Netransparentní vykazováni nákladů na poskytnutou péči (př. vykázané náklady na léčbu konkrétního pacienta se liší v každé nemocnici – záleží na uzavřených smlouvách se zdravotními pojišťovnami, na smlouvách s dodavateli zdravotnického materiálu a léků, apod.)
j) V případě nových možností léčeb dlouhá doba od invence a inovace k jejímu zavedení (obzvláště nové léky musejí projít několika stádii výzkumu, než mohou být podány člověku).
k) Výkon lékařského povolání je hluboce spjat s etikou.
l) Regulace cen za provedené výkony prostřednictvím úhradové vyhlášky (viz kap. 3.3).

3.2 Zdravotní a nemocenské pojištění v ČR

Důležitou součástí zdravotnictví je systém pojištění, který slouží jako zdroj finančních prostředků pro úhradu zdravotnické péče. Pro účely této diplomové práce je klíčové množství vybraných prostředků v rámci zdravotního pojištění, proto se zaměřuji pouze na tento aspekt.

Zdravotní pojištění v ČR upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na zdravotním pojištění. Zákon o zdravotním pojištění mimo jiné ukládá práva a povinnosti pojištěnců a podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady. Definuje také, kdo se stává pojištěncem a kdy pojištění vzniká a zaniká.

V případě zaměstnaneckého poměru zaměstnavatel ze svých prostředků odvádí za zaměstnance 9 % a zaměstnanec z vyměřovacího základu 4,5 % (minimální vyměřovací základ – minimální mzda byl pro rok 2016 stanoven na výši 9 900 Kč). U podnikatelů (OSVČ) je vyměřovacím základem pro stanovení výše zdravotního pojištění 50 % z dosaženého hrubého zisku (minimální záloha však činní 1 823 Kč a je povinné ji zaplatit i v případě ztráty). Ve zvláštních případech za osoby stanovené zákonem (př. studenti, matky na rodičovské nebo mateřské dovolené, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající starobní důchod, atd.) platí pojistné stát ve výši 870 Kč/měsíc.

Nemocenské pojištění (upraveno zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění) je součástí sociálního pojištění, které se odvádí za každého zaměstnance a v případě nemoci se vyplácí část jako náhrada mzdy. V případě zaměstnanců je odvádění tohoto pojištění povinné – z vyměřovacího základu celkově odchází 31,5 % (zaměstnavatel hradí 25 % a zaměstnanec 6,5%), zatímco u OSVČ je dobrovolné.

3.3 Způsoby úhrad zdravotnické péče v ČR

Problematika úhrad zdravotní péče je široké a komplikované téma. Zatím stále neexistuje v ČR ani v ostatních zemích takový systém, který by uspokojoval všechny zúčastněné strany. Obecně lze konstatovat, že zde dochází k neustálému vyjednávání mezi nemocnicemi, klinikami, lékaři a zdravotními pojišťovnami. Kvůli tomuto postupu vznikají nerovné podmínky a rozdíly ve výši úhrad – systém je netransparentní.

Literatura (Gladkij, 2003) uvádí následující rozdělení dle odlišného způsobu výpočtu úhrad. U jednotlivých vybraných položek je stručně nastíněn způsob financování.

1. **Ambulantní zdravotní péče**:

Praktičtí lékaři pro dospělé a pro děti a dorost – tzv. kapitačně výkonová platba, kde je část finančních prostředků vztažena k tzv. kapitační jednotce (pojištěnec, pacient) zařazené v určité věkové skupině a druhá část platby závisí na počtu provedených výkonů. Dle tzv. úhradové vyhlášky pro rok 2016 – vyhláška č. 273/2015 Sb., činí základní kapitační sazba 49 Kč, to znamená, že pokud má například praktický lékař zaregistrováno 1 000 pacientů, vyplatí mu zdravotní pojišťovna měsíčně 49 000 Kč plus částku za provedené výkony. Dále pak praktický lékař získává finanční prostředky z přímých plateb od pacienta (např. za aplikaci injekce, různá potvrzení a výpisy ze zdravotnické dokumentace, apod.).

Lékaři specialisté v odborných ambulancích – provedeným výkonům přiřazuje platná vyhláška body (vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 doplněná o vyhlášku č. 350/2015 Sb.) vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Důležitá je tzv. korunová výše jednoho bodu, která se odvíjí od lékařovy

specializace. Druhým způsobem je stanovení maximální částky na určité období, které lékař nesmí překročit. Zdravotní pojišťovny v tomto případě stanovují maximální částku na jednoho ošetřeného pojištěnce.

Komplementy – laboratoře a diagnostická pracoviště (RTG, MRI, CT, atd.) – v tomto případě se jedná o složitý vzorec, tedy součin paušální sazby stanovené na základě referenčního období (první nebo druhé čtvrtletí daného roku) a indexem změny výkonnosti (IZV – podíl vykázaných a pojišťovnou uznaných bodů za n období a vykázaných a uznaných bodů za n-1 období). Tento výpočet provádějí všechny zdravotní pojišťovny, které mají uzavřenou smlouvu s daným pracovištěm. Bohužel dochází ke změnám zdravotních pojišťoven, a tudíž tento postup není možný na pracovištích, kde se uskutečnilo velké množství změn zdravotních pojišťoven. V tomto případě se používá vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR stanovující seznam zdravotních výkonů a jejich bodového hodnocení.

Stomatologická péče – sazebník vyhlašovaný Českou stomatologickou komorou, který obsahuje přímo stanovené korunové ohodnocení jednotlivých výkonů a seznam materiálů a výrobků přímo nebo částečně hrazených pacientem.

Lékařská služba první pomoci – vyhláškou MZ ČR stanovena korunová hodnota bodu.

2. Akutní lůžková péče

V případě nemocniční péče v ČR se setkáváme s více způsoby úhrad zdravotní péče, tj. s tzv. paušály a systémem DRG, v případě hospicové péče (LDN) se jedná o stanovení platby za jeden ošetřovací den.

Paušální platby

Tyto platby jsou upraveny v roce 2016 tzv. úhradovou vyhláškou (vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2016), která obsahuje vzorce pro výpočet výše úhrady a pro něž platí referenční období rok 2014. Výše paušálních plateb se liší u každé nemocnice.

Nemocnice stanovuje pro každé své oddělení rozpočet na základě úhradové vyhlášky, který představuje limit pro dané oddělení (kliniku). Oddělení je tedy dopředu obeznámeno s výší finančních prostředků, které bude mít k dispozici, pod podmínkou splnění „kvót“ (počtu provedených výkonů) pro dané období. Ve většině případů musí oddělení provést více výkonů než v předcházejícím období. Pokud tuto podmínku nesplní, dostane méně finančních prostředků, a tudíž nemusí být proplacena veškerá poskytnutá zdravotnická péče a oddělení se stane ztrátovým. Paradox tak nastává v situaci, kdy oddělení vyčerpá stanovený rozpočet, ale ještě stále nemá splněné potřebné množství výkonů. V této situaci spatřuji velkou nevýhodu, protože dané klinice/oddělení dává prostor k plýtvání zdrojů, jen aby oddělení splnilo danou „kvótu“ a dosáhlo na přislíbené finanční prostředky a výsledkem tedy nejsou úspory.

Systém úhrady podle DRG[3]

Tento systém úhrad zdravotní péče pochází z USA, kde funguje již od roku 1983. V ČR se začal používat v roce 2008. DRG je zkratka složená z počátečních písmen anglického názvu „Diagnosis Related Group“, v překladu „skupiny spojující diagnózou“. V podmínkách českého zdravotnictví je ve zkušebním provozu jako příslib větší transparentnosti a spravedlivosti úhrad za

[3] Zdroj: Národní referenční centrum - http://www.nrc.cz/cinnosti/drg

akutní lůžkovou péči pro všechna zdravotnická zařízení. Národní referenční centrum dále uvádí, že je tento systém možné použít jako nástroj pro řízení nemocnice, nástroj pro komunikaci mezi lékaři a ekonomy i také jako nástroj pro měření produktivity a kvality.

Podstatou systému je rozdělení pacientů do skupin dle stanovené diagnózy a průměrných nákladů vynaložených na jejich léčbu. Přepokládá se totiž, že náklady vynaložené na léčbu určitého diagnostikovaného onemocnění budou podobné u všech pacientů. V současné době existuje 25 diagnostických kategorií (tzv. nadskupin) pod něž spadá 941 podskupin. Podmínkou pro tvorbu těchto skupin je homogenní struktura nákladů a medicínská příbuznost. Mezi nutné informace pro zařazení pacienta do DRG patří stanovení základní a vedlejší diagnózy, provedené výkony, délka hospitalizace a základní informace o pacientovi (např. věk, pohlaví, váha, apod.). Tento způsob však nelze použít na vzácná nebo raritní onemocnění, která se vyskytnou u malého počtu populace nebo mají odlišný průběh léčby odvíjející se od stavu pacienta (tolerance léčby), z toho důvodu se liší i nákladová náročnost a výše úhrad ze strany zdravotních pojišťoven.

Prakticko-analytická část

4 ANALÝZA MANAGEMENTU VE FN MOTOL

Následující část se věnuje představení nemocnice a praktickému použití analytických metod uvedených v teoreticko-metodologické části, tj. analýze makro a mikro okolí Fakultní nemocnice v Motole. Výstupem těchto rozborů je SWOT analýza. Dále popisuji současné strategické řízení a hodnotím, zda lze BSC používat k hodnocení výkonnosti a řízení strategie nemocnice.

4.1 Základní fakta a čísla o FN v Motole

Dnešní Fakultní nemocnice v Motole má poměrně bohatou historii, která se proplétá s dějinami samotného českého lékařství. V rámci motolské nemocnice působilo a stále působí mnoho vynikajících odborníků-lékařů, jejichž jména se skloňují po celém světě. Historie nemocnice je spjata s mnoha místy po Praze, geograficky umístěna byla v motolském údolí až tzv. provizorní baráková nemocnice, jejíž výstavba se začala připravovat v roce 1937. V průběhu let prošel areál mnoha přestavbami, došlo ke sloučení Dětské fakultní nemocnice a Městské nemocnice Motol a fakultní nemocnice tak vznikla k 1. lednu 1971. V roce 2008 proběhla zatím poslední velká rekonstrukce dětské nemocnice a v roce 2015 byl slavnostně otevřen nový urgentní příjem pro dospělé. Další rekonstrukce areálu stále probíhají.

Velký areál nemocnice je rozdělen na dvě části spojené průchodem – část pro děti a část pro dospělé se společnými službami komplementu. Až na pár výjimek jsou všechna oddělení a kliniky tzv. pod jednou střechou, v čemž spatřuji velkou výhodou v rychlé dostupnosti jednotlivých pracovišť, jak ze strany lékařů (rychleji provedené vyšetření → rychleji stanovená diagnóza), tak i pacientů (větší pohodlí, komfort). *Příloha č. 1* obsahuje seznam všech oddělení ve FN Motol.

Fakultní nemocnice má status příspěvkové organizace a zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Ředitelem a statutárním zástupcem byl jmenován v roce 2000 JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA (za vedení tehdejšího ministra zdravotnictví Bohumila Fišera). „Základní“ pilíř platné legislativy představuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách.

Příspěvková organizace vzniká sepsáním zřizovací listiny, kde jsou mimo jiné uvedeny všechny zamýšlené činnosti. V případě FN Motol se mezi hlavní činnosti řadí vědecko-výzkumná činnost, poskytování základní a specializované zdravotní péče, vzdělávací činnost a ostatní činnosti, mezi něž patří provádění ekonomických, technických, investičních a dalších činností, které napomáhají naplnění cílů příspěvkové organizace.

Rozloha areálu nemocnice činí 348 000 m^2, jedná se tak o největší nemocniční komplex ve střední Evropě. Uvnitř areálu nemocnice je všem k dispozici několik menších prodejen s potravinami a drogistickým zbožím, lahůdkářství, cukrárny, kavárny a restaurace, kadeřnictví, květinářství, prodejna zdravotnických potřeb, lékárny, pobočka Komerční banky a bankomaty ostatních bank, trafiky, zlatnictví, obchod s oděvy a v rámci spirituální péče malá kaple. Následující *Tabulka 4* obsahuje základní data za poslední dostupné roky.

Tabulka 4: Vybraná fakta o FN Motol

Položka	**2012**	**2013**	**2014**
Aktiva (tis. Kč)	11 740 876	11 211 992	10 802 784
Celkový obrat (tis. Kč)	7 169 647	7 152 775	7 488 002
Zaměstnanci (FO)	5 642	5 647	5 709
Zaměstnanci (PP)	5 015	5 065	5 127
Počet hospitalizací	78 491	76 167	78 760
Počet ambulantních ošetření	716 366	717 454	751 269
Počet ošetřovacích dnů	468 438	464 930	476 501
Počet anesteziologických výkonů	38 638	38 703	38 729
Počet porodů	3 390	3 183	3 328
Procento zemřelých	1,40	1,39	1,38
Lůžkový fond (počet akutních lůžek)	1 808	1 808	1 808
z toho děti	573	573	575
dospělí	1 235	1 235	1 233
Lůžka následné péče (LDN)	381	381	381

Zdroj: Vlastní zpracování, výroční zprávy nemocnice z let 2012, 2013 a 2014.

V tabulce se uvádí dvojí počet zaměstnanců, kdy „Zaměstnanci (FO)“ představují všechny zaměstnance bez závislosti na typu úvazku (pozn. někteří lékaři pracují na poloviční úvazek nebo profesoři pouze pár hodin týdně – výuka mediků), „Zaměstnanci (PP)“ znamenají přepočtený počet zaměstnanců na celé úvazky.

Další zajímavá fakta o FN Motol (dostupné na www.fnmotol.cz)

- Pohyb po nemocnici usnadňuje 127 výtahů;
- spotřeba vody za 24 hodin činí v průměru 1 230 m^3;
- telefonní ústředna za den přepojí více jak 5 000 hovorů;
- v roce 2014 letecká záchranná služba transportovala do nemocnice přes 200 pacientů;
- počet porodů v roce 2014 činil 3 328;
- nemocnice má 4 vrátnice;
- v nemocnici se nachází 52 operačních sálů;
- v nemocniční prádelně se za den vypere a vymandluje cca 5-6 tun prádla, po víkendu v pondělí až 10 tun;
- zdravotnická dokumentace nemocnicí ošetřených pacientů se archivuje v archivu, kde jsou umístěny regály v celkové délce 17 km. Nejstarší dochovaný chorobopis je z roku 1893.

4.2 Organizační struktura

Organizační struktura fakultní nemocnice se odlišuje od ostatních nemocnic právě z toho důvodu, že spolupracuje s vysokými školami na výuce budoucích lékařů. Na řízení fakultní nemocnice má tedy vliv i příslušná univerzita (v ČR Univerzita Karlova – lékařské fakulty), kdy se ve statutárních orgánech nacházejí jak zástupci státu, tak i univerzity. Díky tomuto specifickému znaku se řízení říká „dvojí“. Na jedné straně stojí ředitel nemocnice, který jmenuje a odvolává primáře jednotlivých oddělení a na straně druhé je to děkan, který vede přednosty klinik.

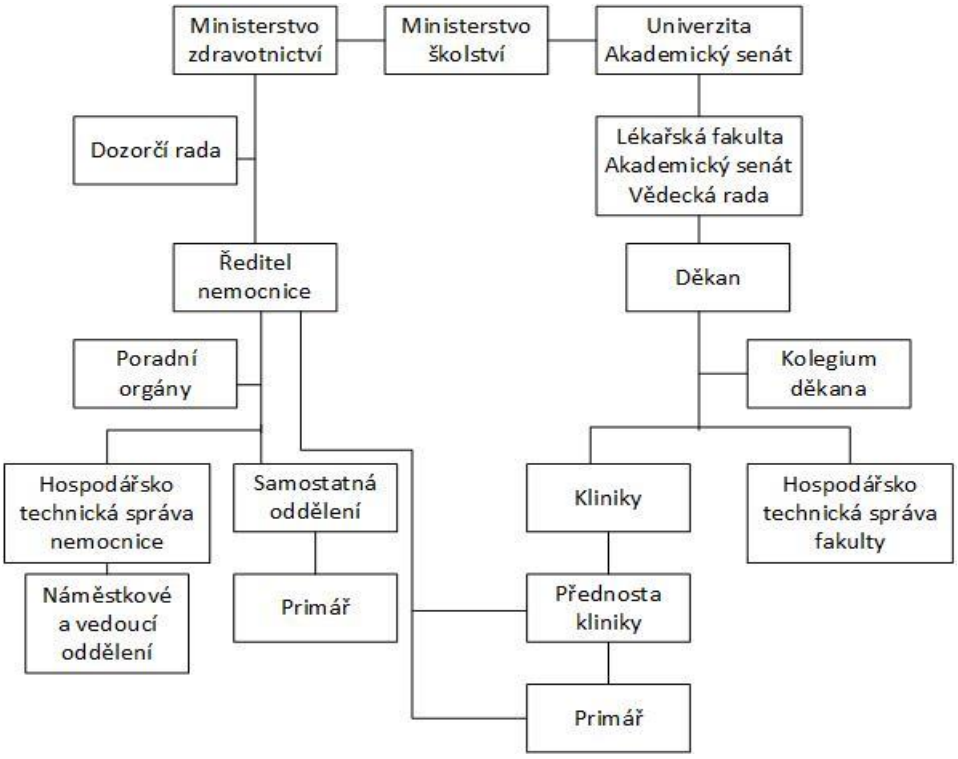
Fakultní nemocnice se dále rozděluje na kliniky a oddělení. Klinika se zaměřuje na specifickou oblast péče a v rámci ní probíhá samotná léčba, výzkum, vývoj a výuka (spolupracuje tedy s fakultou). Nejvyšším představitelem je přednosta kliniky, jemuž odpovídá za prováděné léčby primář, a dále zástupci za vědu a výzkum a za výuku. Primář tedy odpovídá za svou práci jak řediteli nemocnice – přímý podřízený, tak přednostovi kliniky - nepřímý. Ostatní lékaři v čele s vedoucím lékařem, vrchní sestra a ekonom se zodpovídají primáři.

Oddělení nemocnice je ve všem podobné klinice, výjimkou je, že na něm neprobíhá výuka budoucích lékařů a zdravotníků – nespolupracuje tedy s žádnou fakultou.

Nedílnou součástí fungování nemocnice jsou zdravotní sestry. Hlavní sestra odpovídá řediteli nemocnice za úsek ošetřovatelské péče a je současně jejím náměstkem. Přímými podřízenými jsou vrchní sestry, které řídí ostatní sestry na svých odděleních. Na odděleních pak existuje funkce staniční sestry, která se stará o sestry, ale není jejich přímá nadřízená.

Na následujícím *Obrázku 7* je zobrazeno obecné organizační schéma, pro rozsáhlost je organizační struktura uvedena v *Příloze č. 4*.

Obrázek 7: Grafické zobrazení organizačního schématu fakultní nemocnice



Zdroj: Přednáškové materiály MUDr. Holcáta.

4.3 Mise, vize a logo nemocnice[4]

Mise nemocnice: *„Sloužíme generacím a pomůžeme dětem, s čím jiní nemohou.“* Touto misí dává nemocnice najevo, že za použití nejmodernějších poznatků z oblasti vědy a zdravotnictví poskytuje komplexní péči pacientům ve všech fázích života.

Vize budoucnosti je být „vlajkovou lodí“ českého zdravotnictví a univerzitní nemocnicí – akreditovaným pracovištěm, ekonomicky stabilním a vědecky inovativním, poskytujícím pacientům komplexní zdravotní péči na mezinárodně srovnatelné úrovni od prenatálního věku, do období vysokého stáří – která bude přátelská ke svým pacientům, návštěvníkům, studentům a zaměstnancům.

Jako **mantru** nebo **heslo** si stanovila FN Motol: *„Sloužíme generacím.“*

Logem nemocnice je modré srdce. Modrá barva je charakteristická pro motolskou nemocnici již dlouhá léta. Pavilon pro dospělé pacienty již z dálky vidíme při příjezdu k nemocnici – modrá budova. Srdce vyjadřuje nejen samotný orgán, ale i lásku, se kterou své zaměstnání zdravotnický personál provádí a i péči a porozumění, kterému se pacientovi v nemocnici dostane.

Obrázek 8: Logo nemocnice



Zdroj: http://www.fnmotol.cz/

4.4 Analýza vnějšího prostředí nemocnice

Externí analýza představuje analyzování okolí nemocnice a stanovení faktorů, které mohou v menší či větší míře ovlivnit její fungování a hospodaření. Pro analýzu makrookolí byla použita metoda PESTEL a pro mikrookolí Porterova analýza pěti sil.

4.4.1 Analýza PESTEL (makrookolí nemocnice)

K úspěšnému hospodaření a zvýšení konkurenceschopnosti musí nemocnice analyzovat makrookolí, ve kterém působí. Analýza PESTEL poskytuje přehled všech faktorů, které ovlivňují fungování zvenku.

a) Politické a legislativní faktory

Tyto dva faktory spolu v případě zdravotnictví úzce souvisejí. Legislativní úprava se v poslední dekádě mění vždy se změnou politické situace v České republice. Záleží na politické straně, která má právě v té dané době největší moc, jakým směrem se legislativa posune. Tímto způsobem si politikové snaží zajistit popularitu a loajalitu svých voličů.

[4] Zdroj: http://www.fnmotol.cz/o-nas/poslani-a-vize/

Jak již bylo řečeno, zřizovatelem FN Motol je Ministerstvo zdravotnictví, z toho důvodu vzniká povinnost poskytnout účetní výkazy nemocnice Ministerstvu financí. MF ČR tyto výkazy shromažďuje do systému, který nazývá Centrální systém účetních informací státu (CSÚIS) a je upravován zákonem č. 563/1991 Sb., o účetnictví a vyhláškou č. 383/2009 Sb. V rámci tohoto systému Ministerstvo financí zavedlo tzv. PAPy (pomocné analytické přehledy), které slouží k získávání podrobnějších informací a monitorování financí v jednotné podobě (zavedení speciálních analytických účtů ke sledování majetku, závazků, pohledávek, apod.). Od 1. 1. 2016 se v rámci tzv. konsolidační vyhlášky státu (vyhláška č. 312/2014 Sb., o podmínkách stanovení účetních výkazů za Českou republiku) ukládá povinnost zasílat účetní výkazy nemocnice k dispozici úřadům Evropské unie.

Regulační poplatky

Mezi legislativní a politické faktory řadím **zavedení regulačních poplatků**, které velkou měrou ovlivňují finanční politiku nemocnic. Tento faktor je velice nestabilní, od svého zavedení byl zákon již několikrát novelizován (regulační poplatky a s nimi související roční limity poplatků upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Poprvé vešly v platnost regulační poplatky v roce 2008. Zavedeny byly tehdejším ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem (koaliční vláda ODS, KDU-ČSL, Strana zelených – premiér Mirek Topolánek). Na následujícím bodovém přehledu je vidět, jak „rychle“ se situace okolo regulačních poplatků mění a nemocnice vybrané finanční zdroje tedy nemůže spolehlivě zahrnout do svých strategických plánů (mezi příjmy nemocnice).

Vybraný přehled změn regulačních poplatků:[5]

1/2008 Návštěva lékaře (platí stejně pro dospělé i děti) – 30 Kč; každá položka na receptu – 30 Kč; pobyt v nemocnici – 60 Kč/den; pohotovost – 90 Kč. Maximální výše úhrady poplatků (tzv. ochranný limit) činil 5 000 Kč.

4/2009 Zrušeno placení poplatků při návštěvě lékaře dětmi do 18 let. Dětem a seniorům se snížil limit z 5 000 Kč na 2 500 Kč.

12/2011 Poplatek za pobyt v nemocnici se zvýšil z 60 Kč na 100 Kč.

1/2012 Poplatek za položku na receptu byl zrušen, místo toho se začalo platit 30 Kč/vydaný recept.
Pacienti mají možnost připlatit si za „lepší“ péči – tzv. nadstandardy – možnost zaplatit si např. lehčí sádru při zlomenině, lepší nitrooční čočky, některá očkování, apod. Pacient si hradí rozdíl mezi cenou „lepší“ varianty a cenou standardní péče, kterou hradí pojišťovna.

2/2013 Nadstandardy byly zrušeny ústavním soudem s okamžitou platností. Dále byly zrušeny s odloženou platností poplatky za pobyt v nemocnici. Toto zrušení iniciovala vládnoucí levicová strana ČSSD.

1/2014 V platnost vešlo zrušení placení poplatku za pobyt v nemocnici (100 Kč). Nadále se platilo 30 Kč za návštěvu lékaře; 30 Kč za recept v lékárně a 90 Kč za pohotovost.

[5] Zdroj: http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/12/2741/; http://www.vzp.cz/klienti/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky

1/2015 Zůstává pouze hrazení poplatku za pohotovost (90 Kč). Tento poplatek se neplatí, pokud lékař pohotovostní služby usoudí, že je nutné pacienta hospitalizovat.

Ústavní soud v únoru 2016 rozhodl, že nemocnice už nemají právo zpětně vymáhat pohledávky za nezaplacené regulační poplatky. Tento problém se týkal hlavně poplatků za hospitalizaci pacienta (100 Kč za den strávený v nemocnici). Všechny nemocnice tak přijdou o nemalé finanční prostředky – v účetnictví se mluví o nedobytných pohledávkách.

Změny sazeb DPH

Dalším faktorem ovlivňující hospodaření, jsou **změny sazeb DPH**. Nemocnice jako poskytovatel zdravotních služeb nemá nárok na odpočet DPH při pořizování vstupů.

Tabulka 5: Přehled novelizací zákona o DPH

Rok novelizace	Sazba		
	Snížená		Základní
2011	--	10%	20%
2012	--	14%	20%
2013	--	15%	21%
2014	--	15%	21%
2015	10%	15%	21%
2016	10%	15%	21%

Zdroj: Vlastní.

Citelný finanční dopad pro nemocnice měla novelizace zákona, která vešla v účinnost k 1. 1. 2013, kdy došlo k přeřazení některých zdravotnických prostředků ze snížené sazby do základní (sazba se zvýšila ze 14 % rovnou na 21 %) – viz *Tabulka 5*. Nemocnice, která má díky úhradové vyhlášce stanovené výše plateb za provedené zdravotnické výkony a dojde ke skokovému zvýšení sazeb DPH, vykáže nižší příjem za provedené výkony z důvodu zvýšení nákladů na zdravotnické prostředky.

Nyní dle zákona o DPH (Zákon č. 235/2004 Sb.) do první snížené sazby daně (15 %) patří například zdravotní péče vymezená číselným kódem klasifikace produkce CZ-CPA 86, radiofarmaka, antibiotika, zdravotnické prostředky sloužící k přímé potřebě zdravotně postižených, ortopedické pomůcky, kloubní náhrady, přístroje sloužící ke zmírnění dopadů nemocí (př. speciální papír na Braillovo písmo, počítač speciálně upravený pro nevidomé, apod.). Do druhé snížené sazby (10 %) se zahrnují například kontrastní látky pro rentgenová vyšetření, očkovací látky, léky, atd.[6]

Od 1. 1. 2016 vchází v účinnost novela zákona o DPH, která mimo jiné nařizuje plátcům DPH zasílat finančním úřadům v elektronické podobě tzv. **kontrolní hlášení**. Toto hlášení nenahrazuje klasické daňové přiznání, ale doplňuje ho o údaje z vystavených a přijatých daňových dokladů. Tento nástroj by měl sloužit ke zlepšení ochrany před daňovými úniky.[7]

[6] Podrobněji viz Příloha 2, 3, 3a Zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty. Dostupné na: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/.

[7] Zdroj: http://www.financnisprava.cz/cs/dane-a-pojistne/dane/dan-z-pridane-hodnoty/kontrolni-hlaseni-DPH

Mzdy a platy ve zdravotnictví

Tarifní platy zaměstnanců ve zdravotnictví jsou jedním z důležitých faktorů, které musí nemocnice sledovat a také tvoří jednu z největších položek nákladů v účetnictví nemocnice. Nízké platy lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků jsou častým podnětem ke sváru. Připomeňme jednu z větších stávek lékařů v roce 2010 a kampaň „Děkujeme, odcházíme“. Dle statistiky provedené Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) byl průměrný měsíční plat lékaře v roce 2013 60 635 Kč a u zdravotní sestry 28 706 Kč. Tato čísla se nezdají tak nízká, ale realita je však taková, že se lékař odměňuje dle „tabulek“ podle získaných let praxe a své specializace (podle počet atestací). Na základě těchto kritérií se stanovuje nástupní plat, který je u dostudovaného lékaře bez hotové atestace často pod hranicí průměrné měsíční mzdy v ČR (26 072 Kč ve 3. čtvrtletí 2015)[8]. S podobným problémem se potýkají i všeobecné sestry. Úkolem nemocnic je tedy vytvářet různé motivační programy, aby lékaři neodcházeli v lepším případě do jiných tuzemských nemocnic a v horším do zahraničních.

Lze předpokládat, že platy zdravotníků a lékařů porostou, aby byla potlačena jejich rostoucí nespokojenost a udržena kvalita poskytovaných služeb nemocnic a dalších zdravotnických institucí. Lékaři a zdravotní sestry v tomto případě mají velkou vyjednávací sílu, už jen z důvodu jejich nedostatku.

Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 – tzv. úhradová vyhláška

Každoročně Ministerstvo zdravotnictví vyhlašuje tzv. úhradovou vyhlášku, která upravuje proplácení poskytnuté zdravotní péče nemocnicím od zdravotních pojišťoven. Rok 2016 je rok hodnocený a referenčním obdobím byl stanoven pro účely vyhlášky rok 2014. Každoročně vláda projednává návrh této vyhlášky se zástupci ze zdravotnického sektoru. Projednávání návrhu dává prostor pro diskuze nad otázkou finančních prostředků a snahou všech je vyjednat pro svá zařízení, co nejvyšší úhrady za poskytnutou zdravotní péči. Úhradová vyhláška stanovuje koeficienty a hodnoty bodu, na jejichž základě následně rozděluje finanční prostředky. V roce 2016 má být rozděleno mezi lékaře, nemocnice a další poskytovatele 252,2 miliardy korun, což je o 9,2 miliard korun více než v roce 2015 (Medical Tribune, [43]).

Změna právní formy fakultních nemocnic

Dlouho diskutovaným tématem týkajícím se přímo způsobu fungování a řízení nemocnic je návrh na tzv. odstátnění fakultních nemocnic a vznik nové formy právnické osoby – univerzitní nemocnice. V současné podobě vlastní fakultní nemocnice stát a dle návrhu by došlo k bezúplatnému převedení majetku na samostatnou jednotku, která by byla řízena senátem. Senát by byl složen ze zástupců univerzity (tj. profesoři a studenti), nemocnice (lékaři) a zástupců státu. Návrhů na převedení fakultních nemocnic na novou formu je několik a v době vypracování této práce stále probíhají jednání zástupců státu, univerzit a současných vedení nemocnic na podobě nového znění zákona, který bude nejlépe vyhovovat všem zúčastněným stranám.

b) Ekonomické faktory

HDP, inflace a další makroekonomické ukazatele ovlivňují celé národní hospodářství a nemocnice (celé zdravotnictví) zde netvoří výjimku. V posledních letech je zjevný trend

[8] Zdroj: http://www.kurzy.cz/makroekonomika/mzdy/

rostoucích cen energií, pohonných hmot, léčiv, potravin, aj., který ovlivňuje hospodaření nemocnice – růst nákladů.

Tabulka 6: Vybrané makroekonomické ukazatele

Ukazatel	Rok			
	2011	2012	2013	2014
HDP v běžných cenách v mil. Kč	4 022 511	404 161	4 077 109	4 260 886
HDP na 1 ob. v běžných cenách v Kč	383 218	384 575	387 900	404 843
Míra inflace v %	1,9	3,3	1,4	0,4
Celkové výdaje na zdravotnictví v mil. Kč	287 768	293 306	290 943	254 699
Celkové výdaje na zdravotnictví v % z HDP	7,53	7,63	7,3	6,39
Výdaje na zdravotnictví na 1 ob. (v Kč)	27 415	27 909	27 681	24 233

Zdroj: Vlastní zpracování, ČSÚ, ÚZIS.

Rostoucí ceny energií

Trendem posledních let jsou rostoucí ceny energií, ať už se jedná o elektrickou energii, plyn nebo vodu. Nemocnice je tak nucena přistoupit k úsporám v hospodaření s těmito komoditami. Změny cen energií ovlivňuje jak změna sazeb DPH, tak i rostoucí ceny vstupů.

Tabulka 7: Přehled nákladů vynaložených na energie v období let 2011-2014 v tis. Kč

Druh energie	2011	2012	2013	2014
Voda	24 740,43	24 600,90	27 673,32	26 765,92
Plyn (tepelná en.)	61 959,60	76 638,27	75 840,35	66 259,60
Elektrická energie	84 420,92	92 381,34	101 274,00	83 905,80
Celkem	**171 120,95**	**193 620,51**	**204 787,67**	**176 931,32**

Zdroj: Vlastní zpracování, výroční zprávy FN Motol z let 2012, 2013, 2014.

Ceny ropy a benzinu

Kolísání cen ropy a benzinu ovlivňuje část nákladů nemocnice, protože nemocnice zajišťuje transport pacientů a dalšího materiálu také svými sanitními vozy.

Tabulka 8: Průměrné ceny pohonných hmot v Kč

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Natural 95	31,60	34,90	36,10	35,70	35,90	29,70
Super 98	33,40	36,80	38,60	37,90	38,30	33,00
Nafta	30,80	34,70	36,50	36,00	36,10	29,50

Zdroj: Vlastní zpracování, Businesscenter.cz

Pro ilustraci změn cen pohonných hmot jsem použila průměrné ceny pro účely cestovních náhrad. *Tabulka 8* zobrazuje skokové zvýšení cen v roce 2012, kdy cena nafty vzrostla o 3,9 Kč za litr a cena benzinu, v případě Super 98 o 3,4 Kč/l a Natural 95 3,3 Kč/l. Aktuální situace v roce

2016 je z pohledu hospodaření nemocnice rozhodně příznivější, ceny benzínu a nafty mají klesající tendenci a tudíž pokud neporoste počet výkonů, mohlo by dojít v tomto směru k úsporám.

c) Sociální a demografické faktory

Dříve bylo účelné sledovat stárnutí populace z toho důvodu, že některé obtíže a nemoci postihli pouze lidi vyššího věku, tím se zvyšovaly náklady na péči a léčbu těchto onemocnění. V této době už se bohužel rozdíly mezi „mladými a staršími" pacienty v tomto směru stírají a nemoci lidí starého věku nyní postihují i mladé. V následující *Tabulce 9* je základní přehled demografických faktorů, kde můžeme vidět, že trend stárnutí populace dále pokračuje. Počet živě narozených dětí stále klesá, s tím souvisí i stále větší počet potratů.

Tabulka 9: Vybrané demografické ukazatele

Ukazatel	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**
Počet obyvatel dle věku v %:				
0-14 let	14,7	14,8	15,0	15,2
15-59 let	62,1	61,4	60,7	60,1
60 a více let	23,3	23,8	24,3	24,7
Absolventi studia VŠ	92 972	93 935	91 669	88 146
Počet živě narozených dětí	219 710	213 491	217 130	217 319
Počet potratů	73 866	75 326	75 425	77 689
Pracovní síla v tis. osob	5 223	5 257	5 306	5 298
Počet lidí ve starobním důchodu	1 725 392	1 726 523	1 723 250	1 744 209

Zdroj: Vlastní zpracování, ČSÚ.

Stárnutí obyvatel může negativně ovlivnit hospodaření nemocnic. S vyšším věkem pacientů se budou zvyšovat i náklady na poskytovanou péči, starší pacienti obecně mývají delší dobu rekonvalescence, tzn. delší pobyt na lůžku či v LDN.

Do demografických faktorů byl zařazen i počet absolventů vysokých škol, protože vzdělání a přístup k informacím ovlivňuje postoj pacientů k léčebným postupům, požadavkům na péči a tudíž ovlivňuje i fungování nemocnice, která musí tuto péči zajišťovat. Některé obory jako například estetická chirurgie jsou závislé na počtu příchozích pacientů, kteří vyžadují ošetření nejmodernějšími technologiemi a postupy a pro nemocnici by bylo z finančního hlediska obtížné, kdyby o tyto pacienty přišla.

Způsob jakým člověk žije, jaký je jeho životní styl je tedy také dalším z faktorů, které ovlivňují fungování nemocnice. V dnešní době se vrací trend zdravého životního stylu, prevence před mnoha onemocněními, kampaně proti kouření, apod., ale stále se objevují vysoká čísla pacientů s obezitou, s „cukrovkou" a s dalšími civilizačními onemocněními. Léčba těchto nemocí je zdlouhavá a nákladná.

České nemocnice se potýkají **s** problémem nezaplacených pohledávek, které vznikají **poskytnutím péče cizincům**. Nemocnice musí poskytnout každému akutní zdravotní péči a náklady předkládá k úhradě pacientově zahraniční pojišťovně přes Centrum mezistátních úhrad. Tyto případy vznikají, když nemocnice přijmou pacienta, jenž nemá žádný průkaz o tom, kdo bude péči hradit, tudíž s ním nakládají jako se samoplátcem a zde vznikají dluhy vůči nemocnici.

V následující *Tabulce 10* je uveden počet pacientů-cizinců, kterým byla v roce 2012-2014 poskytnuta léčba v českých nemocnicích a celkové náklady, které vznikly poskytnutím péče.

Tabulka 10: Poskytování zdravotní péče cizincům

Ukazatel	Rok		
	2012	2013	2014
Počet osob ze zemí EU	40 084	43 932	47 844
Počet osob mimo EU	49 072	50 425	49 341
Počet osob celkem	**89 156**	**94 357**	**97 185**
Náklady na ošetření osob z EU v tis. Kč	340 926	340 219	416 058
Náklady na ošetření osob mimo EU v tis. Kč	299 296	305 959	308 289
Náklady celkem v tis. Kč	**640 222**	**646 178**	**724 347**

Zdroj: Vlastní zpracování, ÚZIS.

d) Technologické faktory

Tato oblast je velice rozmanitá a je důležité sledovat technologické změny, které mají vliv na konkurenceschopnost nemocnice. Je nutné sledovat neustálý vývoj ve vědě a výzkumu, způsobu léčeb a inovací přístrojového vybavení, nejen kvůli splnění potřeb pacientů. K tomuto faktoru se váží i dotace na různé studie způsobů léčeb. Nevýhodou jsou však vysoké investice například na pořízení nového vybavení, na sledování a provádění laboratorních testů, školení lékařů (často cestují do renomovaných zahraničních nemocnic), apod. Technologické změny souvisejí také s vysokými náklady na pořízení a s rychlým zastaráváním přístrojů. S pořízením nových přístrojů a používáním nových léčebných postupů souvisejí i náklady na úpravu prostorů (např. operačních sálů).

Zajímavostí je, že FN Motol používá k rozvozu jídel, prádla a dalších položek tzv. automatický podzemní dopravní systém. V současnosti nemocnice vlastní 38 těchto speciálních „robotů“ (viz *Obrázek 9*). Použitím tohoto systém dochází k úspoře mzdových nákladů (není potřeba tolik pomocného personálu) a času.

Obrázek 9: Automatický dopravní podzemní systém



Zdroj: FN Motol.

K dopravě krevních vzorků a jiných biologických materiálů, či distribuci dokumentů, slouží ve FN Motol potrubní pošta. V nemocnici ji zavedla společnost Profiterm ProCzech, která na svých internetových stránkách uvádí, že ve FN Motol funguje systém s 211 automatickými

stanicemi na 32 linkách, celková trasa instalovaného potrubí je dlouhá přes 10 km a denně systém obslouží cca 3 500 zásilek.[9]

Obrázek 10: Potrubní systém ve FN Motol



Zdroj: http://www.potrubniposta.cz/motol.php

e) Environmentální faktory

V rámci environmentálních faktorů je důležité sledovat legislativu a doporučení týkající se odpadového hospodářství. Ať už je to nakládání s „klasickým" odpadem (tedy třídění plastů, skla a papíru), ale i likvidace nebezpečného a biologického odpadu. Fakultní nemocnice v Motole má v rámci nemocničního areálu svou budovu spalovny. Důležité je také sledování nařízení Státního úřadu pro jadernou bezpečnost, týkajících se manipulace s ionizujícími látkami, likvidace nukleárního odpadu a radiační ochrany (např. ve FN Motol mají zvláštní opatření na oddělení nukleární medicíny, kde používají k léčbě otevřené zářiče a pacienti se léčí v uzavřených prostorách od veřejnosti než klesne míra záření na povolenou úroveň).

4.4.2 Porterova analýza pěti sil (analýza mikrookolí)

a) Charakteristika vztahů mezi nemocnicemi

V tomto bodě je patrný další rozdíl odlišující zdravotnictví od podniků zaměřujících se na tvorbu zisku. Pokud bereme v úvahu pouze nemocnice vlastněné státem, neexistuje mezi nimi konkurenční vztah, který známe z jiných odvětví, a který je velmi často založen na cenové konkurenci.

Česká republika je rozdělena na tzv. spádové oblasti. Každá nemocnici má přidělenou oblast, kterou „obsluhuje". Toto rozdělení v dnešní době využívá už jen rychlá záchranná služba, která musí pacienta v co nejkratším časovém úseku dopravit do nemocnice.

Mezi nemocnicemi panují spíše vztahy spolupráce, než rivalita. Dochází k výměně znalostí a dovednosti za účelem dosažení nejlepšího léčebného postupu. Motolská nemocnice například spolupracuje s Ústavem hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) na léčbě onkologických pacientů, u nichž je nutná transplantace kostní dřeně, protože ÚHKT má pro tyto případy přesně uzpůsobené a zařízené oddělení JIP. Dále spolupracuje s Nemocnicí na Homolce, kam posílá pacienty na speciální screeningové vyšetření, tzv. PET/CT, které odhaluje aktivitu nádorových buněk, apod.

V případě nemocnic jako příspěvkových organizací není možné mluvit o cenové konkurenci. Platba za zdravotnické výkony je prováděna na základě úhradové vyhlášky a na smluvní bázi se zdravotními pojišťovnami a nemocnice ji nemůže více ovlivnit.

[9] Zdroj: http://www.potrubniposta.cz/motol.php

I přes zmíněnou spolupráci se jistá míra konkurence projevuje a to nejvíce v „necenových" faktorech jako je kvalita poskytované péče, technické vybavení, kvalita personálu, úspěšnost léčeb, dobrá pověst a prestiž. Pro nemocnici je důležité, aby si udržela počet pacientů, protože právě na základě toho může provádět zdravotnické výkony a dosáhne tak na finanční prostředky rozdělované dle tzv. úhradové vyhlášky. Každý pacient má právo na výběr nemocničního zařízení a konkrétního lékaře dle svého vlastního uvážení a nemocnice ho nesmí odmítnout (k odmítnutí může dojít pouze, pokud se nejedná o neodkladnou péči nebo je plně vytížená kapacita oddělení).

b) Hrozba vstupu nových konkurentů

Vstup do sektoru zdravotnictví provází hodně omezení. Legislativní rámec zdravotnictví je zastoupen množstvím zákonů a norem, které musí potencionální konkurent dodržovat. Samotný výkon lékařské profese je vázán na lékařskou licenci a nutností zápisu v České lékařské komoře. Další významnou bariérou vstupu na tento trh je kapitálová a technologická náročnost. K pořízení přístrojového vybavení se váže hodně finančních prostředků a to také musí být obsluhováno zkušeným personálem. Neméně důležitou a nutnou součástí fungování nemocnic je uzavření smluv se zdravotními pojišťovnami, týkající se plateb za provedené zdravotnické výkony a hrazení léčby pacientům.

Potenciální hrozbou pro fakultní nemocnici mohou být malé soukromé kliniky, které se však zaměřují na specifickou oblast poskytování zdravotní péče (v ČR nejčastěji reprodukční kliniky, oční kliniky, estetická medicína). Tyto soukromé kliniky mají podobu akciové společnosti a pacienti si hradí péči podle stanoveného ceníku. Problém tkví v tom, že tito malí konkurenti „přetáhnou" pacienty do své péče a nemocnice tak přijde o pacienty a nebude moci splnit kvóty dané příslušnou úhradovou vyhláškou (hrozba neproplacení péče). Často se také stává, že fakultní nemocnice si na specializovaných odděleních vychová lékaře, kteří pak odejdou a nechají se zaměstnat v soukromých klinikách z důvodu vyššího platu.

c) Hrozba substituce

Zdravotní péče je natolik specifická oblast, že zde hrozba substituce není nijak vysoká. Všechna onemocnění se nějakým způsobem musí léčit, z toho důvodu základní potřeba „léčení" je stále stejná. Pacient má však právo vybrat si léčebný postup (pokud to lze), který se mu z jeho pohledu bude zdát nejlepší – tzv. právo na druhý pohled (pacient si může vyslechnout více názorů od specialistů z různých nemocnic). Substitutem k některým druhům léčby se mohou jevit alternativní způsoby, kdy pacient dochází za léčitelem, který se pokouší zvrátit špatný zdravotní stav pomocí jiných než ověřených léčebných postupů.

Hrozbou substituce může pro FN Motol znamenat léčba pacienta v jiném zdravotnickém zařízení. V Praze se nacházejí celkem tři fakultní nemocnice (FN Královské Vinohrady, Všeobecná FN a FN Motol), které by měly poskytovat stejnou kvalitu a rozsah péče. V tomto případě je velmi důležitá pověst nemocnice a jejich jednotlivých oddělení, např. reference o nutné době hospitalizace, kvalita stravování, ochota a přístup ošetřujícího personálu, způsob provedení samotného vyšetření, apod.

d) Smluvní síla kupujících, tj. zdravotních pojišťoven a pacientů

V tomto bodě vyvstává otázka, kdo je vlastně zákazníkem nemocnice. Na tento problém se můžeme podívat ze dvou hledisek. Pokud vezmeme v úvahu osobu plátce provedených výkonů a zdravotní péče, tak je tímto **kupujícím (zákazníkem) zdravotní pojišťovna**. Role pojišťovny by se dala charakterizovat jako „prostředník" pro rozdělování finančních prostředků, kterými hradí poskytnutou zdravotní péči – paušální platby (viz kapitola 3.3 Způsoby úhrad zdravotnické péče

v ČR). Velkou smluvní sílu má pojišťovna v případě jednání o výši plateb s odbornými klinikami z nemocnic. Připomeňme, že tyto kliniky (např. onkologická klinika) si samy domlouvají výši finančních prostředků, které jim mají být přiděleny za stanovených podmínek, často obtížně splnitelných. Pojišťovny si stanovují tzv. „strop" – limit objemu péče, které jsou ochotné financovat. Pokud je tento limit překročen, financování přechází na účet nemocnice, která v konečném důsledku nedostane za tuto péči zaplaceno.

Pokud bereme v úvahu kupujícího jako příjemce poskytnuté péče, je **kupujícím pacient** (v terminologii nemocnice klient). V dnešní době se z pohledu možnosti ovlivnit cenu péče jeví vyjednávací síla pacientů jako nevýznamná. V roce 2013 Ústavní soud zrušil používání tzv. zdravotnických nadstandardů, kdy si pacient mohl vybrat způsob léčby, který mu vyhovoval více a musel pak uhradit rozdíl mezi léčbou proplácenou zdravotní pojišťovnou a vybraným nadstandardem (př. Při zlomenině nohy měl pacient možnost vybrat si mezi „klasickou" sádrou, kterou zcela hradila zdravotní pojišťovna nebo „odlehčenou" sádrou, kterou stála více peněz, a vzniklý rozdíl si musel pacient uhradit sám. Výhodou pro pacienta bylo větší pohodlí a možnost zčásti ovlivnit tok finančních prostředků.) Nemocnice však musí dbát na svou dobrou pověst a na šíření kladných referencí, aby získávala nové pacienty a ti současní se v případě potřeby vraceli do stejné nemocnice. Musí proto stále zvyšovat kvalitu poskytované péče, zpříjemňovat a usnadňovat pacientům pobyt v nemocnici, komunikovat a být transparentní, apod. V tomto případě má pacient „velkou sílu" na to, aby ovlivnil veřejné vnímání nemocnice.

e) Smluvní síla dodavatelů

Nemocnice má několikero dodavatelů, které můžeme rozdělit podle toho jaké služby, či zboží dodávají, tj. dodavatelé:

- léků a ostatního zdravotnického materiálu;
- kloubních implantátů a dalších tělních náhrad;
- přístrojů a jejich náhradních dílů;
- potravin a speciální stravy pro pacienty;
- energií (plyn, voda, elektřina).

Tito dodavatelé dodávají do nemocnic specifické zboží, které musí být často zhotoveno z drahých materiálů v případě např. kloubních náhrad nebo drahé přístroje, či originální léky (tj. léky, které vyvinula farmaceutická společnost, a stále jsou chráněny patentem) a mají poměrně vysokou vyjednávací sílu. Fakultní nemocnice však není závislá na dodávkách výrobků a zboží pouze od vybraných dodavatelů, záleží mnohdy na vzájemné dohodě mezi oběma stranami, jaké ceny stanoví. V současné době roste požadavek větší transparentnosti zakázek, proto jsou hlavně na nové přístroje nebo velké investice vypsána výběrová řízení, která mají přesně stanovena podmínky kontraktu.

Smluvní síla dodavatelů energií byla dříve hodně vysoká, ovšem s přibývajícími konkurenty na poli energií se jejich síla snižuje. To platí i pro dodavatele speciální stravy pro pacienty s různými obtížemi (zde si můžeme představit například speciální stravu pro pacienty, kteří používají sondu zavedenou přímo do žaludku, apod.), jejichž počet na trhu za poslední dobu výrazně vzrostl.

4.4.3 Shrnutí analýzy vnějšího prostředí

V rámci čtvrté kapitoly se věnuji analýze okolí nemocnice, v rámci níž byla provedena analýza makrookolí s pomocí metody PESTEL a zhodnocení mikrookolí s použitím Porterova modelu pěti sil. Výstupem je nastínění příležitostí a hrozeb.

Existuje mnoho faktorů, které více či méně ovlivňují fungování fakultní nemocnice. Do **legislativních a politických faktorů,** které mají vliv na současné i budoucí hospodaření nemocnice, patří časté legislativní změny, novelizace zákona o DPH, změny mezd a platů zdravotnického personálu a transformace fakultní nemocnice na nemocnici univerzitní. Největší riziko pro FN Motol představují časté legislativní změny týkající se financování a způsobu hrazení zdravotní péče, popřípadě uvažované částečné zapojení pacienta do úhrady péče. Prozatím je systém českého zdravotnictví svázán s politickým cyklem. Vždy s novými volbami a novým ministrem zdravotnictví přichází i změny v legislativě, které spíše než aby řešily problémy ve zdravotnictví, slouží jako způsob získaní voličů. Pro nemocnice to představuje velké riziko, že nezíská finanční prostředky k fungování anebo to bude znamenat nárůst nákladů. Stejný efekt (tedy riziko zvýšení nákladů) mají i změny sazeb DPH. Další hrozbou znamenající nedostatek zdravotnického personálu a ohrožení fungování nemocnice jsou nízké platy lékařů a zdravotních sester. Příležitostí může být chystaná změna právní formy z fakultní nemocnice na univerzitní, kdy má nemocnice možnost navrhnout, jak by tato transformace měla vypadat a tudíž tento proces ovlivnit ke své „spokojenosti".

Mezi **ekonomické faktory** řadím rostoucí ceny energií, ropy a benzinu, které ohrožují hospodaření nemocnice rostoucími náklady. S rostoucími cenami těchto základní komodit lze předpokládat, že porostou i pořizovací ceny materiálů důležitých pro provádění lékařských výkonů.

V rámci **sociálních a demografických faktorů** bylo identifikováno pár skutečností, které mohou být pro nemocnici jak hrozbou, tak i příležitostí. Jedním z nich je stárnutí populace a věkové zařazení nemoci (dříve byly některé choroby charakteristické pro určitý věk, v dnešní době toto pravidlo přestává platit). Hrozbu spatřuji v rostoucích nákladech na léčbu těchto pacientů a na zajištění potřebného materiálu a personálu pro léčbu. Příležitost spočívá v zapojení fakultní nemocnice jako vzdělávacího střediska s odborníky do vývoje nových způsobů léčby a objevení nových léčivých látek. Životní styl pacientů představuje příležitost pro marketingové účely, příkladem mohou být různé vzdělávací kampaně kladoucí důraz na prevenci. Velkým ohrožením pro fakultní nemocnici se stává rostoucí počet cizinců, kteří neuhradí svou léčbu. Toto ohrožení má významnější charakter u nemocnic ve velkých městech s větší koncentrací turistů, tudíž možných potenciálních pacientů, kteří kvůli ošetření míří právě do velkých nemocnic, kde se předpokládá menší jazyková bariéra a poskytnutí kvalitní zdravotnické péče.

Technologické faktory představují několik příležitostí, kterých může využít. Obnovováním a používáním nových technologií nemocnice zlepšuje své služby a stává se tak atraktivnější pro pacienty, které ji budou spíše vyhledávat. Použitím nových technologií dochází ke kratší době hospitalizace, kratší době rekonvalescence, k menší bolestivosti a v mnoha případech nevznikají tolik zřetelné stopy po zákrocích (př. laparoskopická operace). S koupí nového vybavení jsou spojeny vysoké náklady na pořízení a na úpravu prostorů, ovšem v delším časovém horizontu poté dochází k úsporám (nákladů, času, mezd – nižší potřeba pracovníků, atp.). V případě přístrojového vybavení však vzniká otázka, zda nemocnice bude mít finanční prostředky na revitalizaci přístrojového vybavení, protože tempo technologického pokroku bývá vyšší než finanční možnosti nemocnic.

Při zaměření na mikrookolí nemocnice pomocí Porterovy analýzy pěti sil jsem identifikovala následující faktory. **Vstupem nových konkurentů,** tj. vznikem nových velkých nemocnic, není FN Motol ohrožena. Důvodem jsou značné vstupní bariéry, které představují legislativní omezení, složitý byrokratický proces, nutnost vysoce specializovaných zdrojů (požadavky na speciální technické a přístrojové vybavení, personální zdroje – zkušení lékaři, materiál, apod.) a vysoká kapitálová náročnost. Z mého pohledu se jedná o velmi specifický prostor (trh), který je historicky

a územně již rozdělený a spíše na trh vstupují malé kliniky s velmi úzkým zaměřením než komplexně zaměřené nemocnice.

V případě **substituce** se také nejedná o významnou hrozbu, která by nějakým způsobem ovlivnila fungování nemocnice. Sice existují jiná zdravotnická zařízení nebo alternativní směry medicíny, ale stále je zde značný počet pacientů nových i stávajících, kteří míří právě do FN Motol.

Smluvní sílu dodavatelů zhodnocuji jako přiměřenou, tj. dodavatel stanoví svou požadovanou cenu a zároveň chce být úspěšný ve svém konkurenčním prostředí, tudíž musí nabídnout takovou cenu, aby uspěl ve výběrovém řízení, které musí nemocnice zřízená ministerstvem zdravotnictví vypisovat. Silnější vyjednávací pozici mohou mít dodavatelé léků, které jsou stále pod patentovou ochrannou, protože k této léčivé látce zatím není na trhu ekvivalentní generikum, které by bylo schopné danou cenu na trhu snížit. Se všemi dodavateli je žádoucí udržovat kladné vztahy, aby vzniklo dobré prostředí k jednání o cenách.

V případě **smluvní síly odběratelů** zvažuji dva druhy zákazníků, a to pacienty a zdravotní pojišťovny. V případě pacientů se jedná o zanedbatelnou smluvní sílu k tomu, která by významným způsobem mohla ovlivnit fungování nemocnice. Je však nutné udržovat s nimi dobré vztahy a předcházet problémovým situacím. Zdravotní pojišťovna disponuje značnou smluvní silou, její zbraní jsou finanční prostředky, které nemocnice potřebuje na svůj provoz, zaplacení mezd zaměstnancům, apod. V prostředí českého zdravotnictví jsou často kritizovány rozdílné podmínky plnění pro různé nemocnice.

4.5 Analýza vnitřního prostředí nemocnice

V následující části analyzuji vnitřní prostředí nemocnice a všechny části, které mohou ovlivnit její úspěšné fungování, tj. hmotné zdroje, finanční řízení, současnou nemocniční kulturu a prostředí a lidské zdroje. Výstupem této části je identifikace silných a slabých stránek nemocnice.

4.5.1 Fyzické zdroje

Největšími položkami, které tvoří dlouhodobý hmotný majetek, jsou budovy a samostatné hmotné movité věci, které představuje převážně přístrojové vybavení nemocnice. Jak již bylo řečeno, v roce 2015 skončila rekonstrukce dětské části fakultní nemocnice, kterou si FN hradila z vlastních zdrojů. Takto velká investice měla vliv na výrazné snížení cashflow, ale také na významné zlepšení kvality poskytované péče. Vznikly krásné a moderní prostory, ve kterých se rodiny s dětmi cítí mnohem pohodlněji a útulněji. Nemocnice dále pokračuje s dalšími rekonstrukcemi, které také financuje z vlastních zdrojů bez dotací ze státního rozpočtu.

Pro nemocnici představuje velkou výhodu, ale i nevýhodu její status fakultní nemocnice. Na jedné straně disponuje lepším a rychlejším přístupem k novým technologiím a postupům k léčbě různých nemocí, na druhé straně ze strany veřejnosti už je tato skutečnost brána jako samozřejmost. Kromě běžných vyšetřovacích přístrojů jako CT, rentgen, magnetická rezonance, vlastní FN Motol několik desítek specializovaných přístrojů, díky kterým se např. zvyšuje kvalita výzkumu a vývoje a také kvalita výuky budoucích lékařů nebo se významně zkracuje čas strávený na operačním sále a operace se stává mnohem šetrnější pro pacientovo tělo - zkracuje se tím také doba nutné rekonvalescence.

V *Příloze č. 2* je pro zajímavost uvedený seznam deseti nejdražších přístrojů, které FN Motol vlastní.

Nedílnou součástí nemocnic jsou operační sály – pro připomenutí FN Motol disponuje 52. Tyto pracoviště patří mezi jedny s nejnákladnějším provozem. Klíčovou podmínkou je použití kvalitních materiálů již při stavbě (beton, kov), aby se zamezilo možnosti infekce. Mezi fixní náklady se řadí např. odpisy (přístrojů, prostor) a léky, které musí být ihned k dispozici (př. medicinální plyny, apod.), energie a úklid. Značnou položku také tvoří personál a navazující procesy probíhající na sále (př. uspání pacienta anesteziologem, použitý materiál při samotném zákroku, apod.). V tomto případě by měla mít nemocnice stanovený optimální postup řízení operačních sálů, aby nedocházelo k plýtvání zdrojů.

Další položku zdrojů tvoří zásoby zdravotnického materiálu, krve a krevních derivátů, potravin, apod. Nemocnice se snaží zásoby minimalizovat, přesto však existují položky, které musí sama skladovat. Jedná se např. o tzv. centrické léky – mimořádně nákladné léky, které musí být lékařům ihned k dispozici (např. cytostatika, kontrastní látky, léky k léčbě roztroušené sklerózy, apod.). FN Motol pořizuje léky pomocí elektronických aukcí, což přispívá ke snížení přímých nákladů na jednoho pacienta.

4.5.2 Hospodaření a finanční řízení FN Motol

Rozvaha a výkaz zisků a ztráty figurují v této části práce jako významný zdroj informací. Jejich celé znění obsahuje *Příloha č. 3*.

Vybraná specifika příspěvkových organizací ve výkaznictví a plánování

Statut příspěvkové organizace přináší nemocnici určité povinnosti dané zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (tzv. rozpočtová pravidla), který je novelizován zákonem č. 25/2015 Sb. Tento zákon nařizuje příspěvkovým organizacím vyrovnané hospodaření a zahrnutí pouze nákladů a výnosů souvisejících se službami, které jsou uvedeny v hlavní činnosti. V zákoně č. 218/2000 Sb. také stojí, že hospodářský výsledek příspěvkové organizace tvoří výsledek hospodaření z hlavní činnosti a zisk dosažený z jiných činností po zdanění. Zákon ukládá povinnost zřizovat následující peněžní fondy – rezervní fond, fond kulturních a sociálních potřeb, fond odměn a fond reprodukce majetku.

Hospodářské činnosti musí být povoleny zřizovatelem (v případě FN Motol MZ ČR) a předpokládá se, že nebudou ztrátové. FN Motol nabízí tyto služby, které mají charakter hospodářské činnosti: ubytování na ubytovně, lékárna, prádelna, stravovací odbor, spalovna, parkování. Provozování těchto činností vykazuje znaky podnikání, proto zde vzniká povinnost odvádět daň z příjmu. Ve výkazu zisku a ztráty se tedy náklady a výnosy vykazují zvlášť pro hlavní a hospodářskou činnost. Zákon umožňuje využít zisk z hospodářské činnosti ve prospěch hlavní činnosti, tj. vyrovnání ztráty, aby bylo dosaženo vyrovnaného hospodaření. Takto dosažený hospodářský výsledek se nazývá „zlepšený hospodářský výsledek“ a po schválení zřizovatelem zůstává uložen ve fondu.

Z pohledu plánování si nemocnice stanovuje každoročně rozpočet výnosů a nákladů, který musí být vyrovnaný. Na základě toho se dále tvoří rozpočty pro jednotlivá oddělení a kliniky. Některá oddělení či kliniky mohou na základě dat z minulých období a z predikcí do budoucnosti odhadovat počet výkonů, u jiných však není možné odhadnout budoucí počet pacientů a nákladovou náročnost léčeb (např. onkologická klinika, ta má stanovený rozpočet na základě výsledného hospodaření za předchozí rok, který je však možné upravit na základě proběhlých jednání se ZP o možnosti úhrad navržené léčby). Hospodaření klinik a oddělení (plnění rozpočtu) se od sebe v některých případech značně liší, některá oddělení jsou ztrátová, zatímco jiná

hospodaří „v černých číslech“. Z kladného výsledku hospodaření jsou pak financovány aktivity jiných oddělení, jejichž vlastní činnost není v rámci oddělení dostačující.

Výnosy fakultní nemocnice

Stejně jako jiné organizace i nemocnice potřebuje k zajištění svého chodu finanční zdroje. V případě nemocnic jsou tyto zdroje získávány z více zdrojů. Možnosti získávání finančních prostředků:

- prostředky z rozpočtu zřizovatele, tj. MZ ČR – investiční a neinvestiční finanční prostředky;
- příjmy od zdravotních pojišťoven – úhrady za poskytnuté zdravotnické výkony;
- výnosy z poskytování služeb v rámci hospodářské činnosti;
- prostředky od sponzorů, dárců, apod. (tzv. fundraising)
- prostředky vybrané v rámci regulačních poplatků.

Následující *Tabulka 11* uvádí hodnoty výnosů za poslední tři roky. Jedná se o výnosy vykazované z hlavní i hospodářské činnosti. Nejvýznamnější zdroj výnosů představují pro nemocnici platby od zdravotních pojišťoven za provedené zdravotnické výkony. Nárůst těchto výnosů způsobil růst provedených výkonů na klinikách a odděleních a také navýšení úhrad daných úhradovou vyhláškou platnou pro rok 2015. Výnosy za provedené výkony (ve výkazu zisku a ztrát položka „Výnosy z prodeje služeb“) mají 86 % podíl na celkových výnosech nemocnice (viz *Graf 4*), z tohoto důvodu je této položce věnována každoročně velká pozornost a dochází k jednáním mezi nemocnicí a zdravotními pojišťovnami o výších těchto úhrad, kdy se snaží o co největší přísun finančních prostředků.

V položce „Ostatní výnosy“ se evidují mimo jiné finanční prostředky získané od samoplátců. Jejich množství v roce 2014 výrazně kleslo a tím se snížila i tato část výnosů.

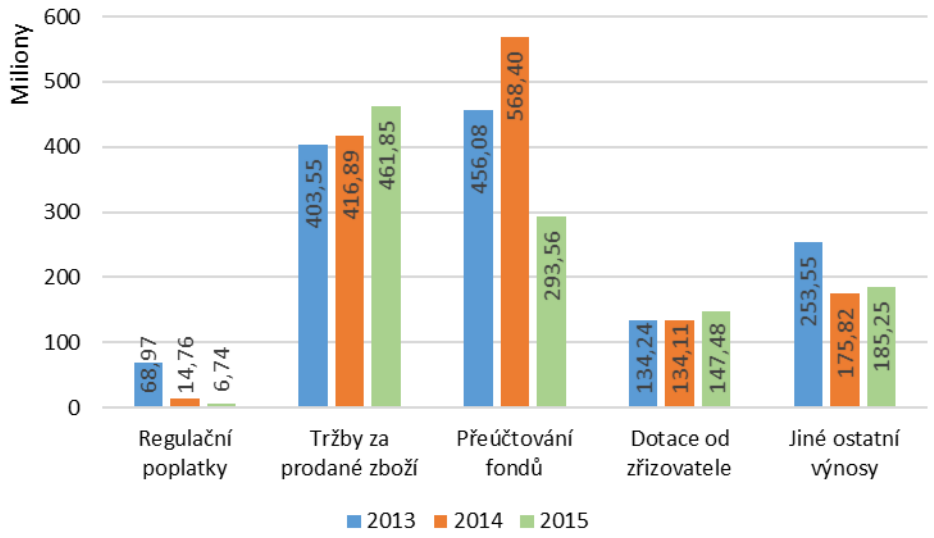
Tabulka 11: Přehled výnosů nemocnice v letech 2013-2015

Položka výnosů	2013	2014	2015
Výnosy za zdravotní výkony	5 836 386 980,54	6 177 950 134,99	6 683 265 179,96
Regulační poplatky	68 970 250,00	14 764 170,00	6 744 080,00
Tržby za prodané zboží	403 550 684,16	416 892 135,23	461 850 387,92
Přeúčtování fondů	456 076 229,47	568 401 567,70	293 562 292,62
Dotace od zřizovatele	134 243 558,81	134 109 771,93	147 481 138,51
Jiné ostatní výnosy	253 547 754,73	175 824 755,65	185 249 639,41
Celkem	**7 152 775 457,71**	**7 487 942 535,50**	**7 778 152 718,42**

Zdroj: Vlastní zpracování, interní materiály nemocnice, výročních zprávy z let 2013-2014.

Graf 3 ilustruje vývoj jednotlivých výnosů v letech 2013 až 2015. Zde je vidět výrazný pokles v položce regulačních poplatků, které v roce 2013 znamenaly pro nemocnici významný zdroj finančních prostředků – přinesly bezmála 69 milionu Kč. Politická nestabilita a různé názory na zavedení regulačních poplatků vedly k jejich úpravám a následnému postupnému rušení a tudíž také nemocnice postupně přicházela o finanční prostředky.

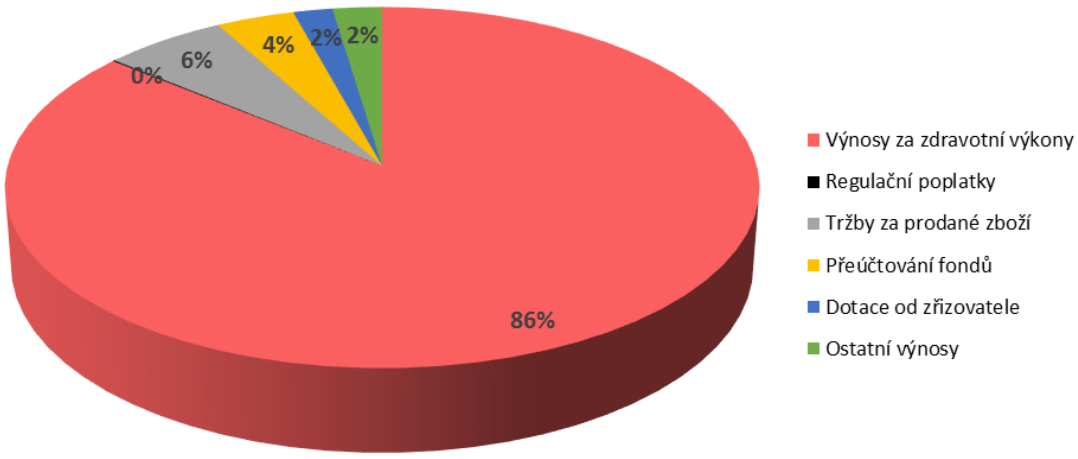
Graf 3: Vývoj vybraných položek výnosů v letech 2013-2015



Zdroj: Vlastní zpracování, interní materiály nemocnice, výroční zprávy z let 2013-2014.

Graf 4 zobrazuje podíl jednotlivých položek výnosů na celkových výnosech za rok 2015. Procentuální podíl jednotlivých položek výnosů se vlivem času nijak významně nemění, a proto je zde uveden pouze rok 2015.

Graf 4: Podíl jednotlivých položek výnosů na celkových výnosech v roce 2015



Zdroj: Interní materiály FN Motol, upraveno.

Fakultní nemocnice v Motole v roce 2015 také čerpala dotace z fondů EU, které byly vedeny v rámci účetnictví na samostatných účtech a účtovány podle pokynů jednotlivých projektů. Nevyčerpané prostředky – provozní dotace EU jsou zahrnuty v rozvaze na účtu 414 (Rezervní fond z ostatních titulů).

Náklady fakultní nemocnice

Objem nákladů a sledování meziročních změn jejich růstu je důležitým úkolem finančního řízení nemocnice. Růst nákladů na poskytování zdravotní péče není problémem pouze této fakultní nemocnice, potýká se s ním celá oblast zdravotnictví. Z důvodu omezených finančních zdrojů by při velkém růstu nákladů nebyla nemocnice schopna dosáhnout vyrovnaného hospodaření.

FN Motol má zavedeno velké množství podrozvahových a analytických účtů, na kterých sleduje průběh nákladů připadající např. klinikám a oddělením. V rámci klinik náklady vznikají léčbou pacientů vykázanou jednotlivými lékaři. Účetnictví dále podrobně rozčleňuje jednotlivé nákladové účty, aby bylo možné sledovat vývoj spotřeby jednotlivých zdravotnických materiálů, léků, potravin, medicinálních plynů, apod. V rámci těchto účtů nemocnice člení náklady na variabilní a fixní a provádí hlubší analýzy nákladů.

Variabilní náklady tvoří takové náklady, jejichž vznik je podmíněn poskytnutím zdravotnické péče nebo provedením výkonu přímo pacientovi či přiřadit náklady na jeden ošetřovatelský den (v případě péče v LDN). Do těchto nákladů se řadí například: spotřeba léků (radioaktivní léčiva, infuzní roztoky, cytostatika, atp.), diagnostika, krev a krevní deriváty, injekční technika, zdravotnický materiál (rukavice, jednorázové nástroje, sklo a laboratorní materiál, desinfekce, atp.), medicinální plyny, apod.

Mezi fixní náklady řadíme náklady související se zabezpečením provozu oddělení a klinik a také celé nemocnice. Kalkulují se na základě různých přirážek. Příkladem těchto nákladů jsou odpisy zařízení a přístrojů, cestovné, kancelářský materiál, literatura a studijní materiály, spotřeba energie, opravy a údržba, IT služby, likvidace nebezpečného odpadu, apod.

Tabulka 12: Vývoj nákladů spojených s léčbou pacienta (tis. Kč)

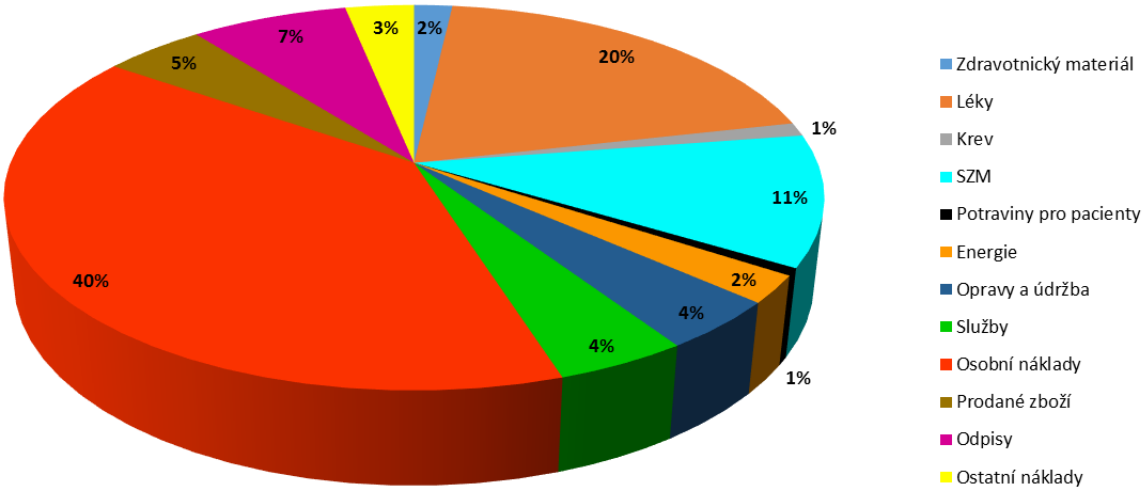
Položka nákladů	2013	2014	2015
Spotřeba léků	1 245 874,86	1 444 071,66	1 529 382,36
Spotřeba krve a krevních derivátů	87 762,84	93 258,71	87 676,65
Spotřeba zdravotnického materiálu	718 568,88	825 433,29	854 008,40
Potraviny pro pacienty	47 362,12	46 466,56	47 261,22
Celkem	**2 099 568,70**	**2 409 230,22**	**2 518 328,63**

Zdroj: Výroční zprávy FN Motol z let 2013 a 2014, interní materiály FN Motol z roku 2015.

Tabulka 12 zobrazuje vybrané náklady analytických účtů k účtu 501 - Spotřeba materiálu, jež souvisí přímo s léčbou pacientů, tzn., že počet léčených pacientů ovlivňuje průběh všech nákladů. Důvodem rostoucích nákladů na spotřebu léků je větší spotřeba tzv. centrických léků a mírný vzestup jejich cen. Spotřebu krve a krevních derivátů nejvíce ovlivňuje množství použití transfúzí na operačním sále, v roce 2015 klesl počet provedených operačních výkonů a tím klesly i náklady na spotřebu krve.

Následující *Graf 5* ilustruje podíly jednotlivých složek nákladů na jejich celkové výši. Lze konstatovat, že největší podíl (40 %) na tvorbě nákladů mají osobní náklady (mzdy a platy lékařů, zdravotnického personálu a ostatních „nezdravotníků“), dále značnou část tvoří výdaje na léky (20 %) a spotřeba zdravotnického materiálů (11 %).

Graf 5: Procentní vyjádření jednotlivých složek nákladů na celkové výši v roce 2015



Zdroj: Interní materiály FN Motol z roku 2015, upraveno.

Nemocnice velmi pečlivě sleduje vývoj osobních nákladů, do nichž spadají mzdové náklady, zdravotní a sociální pojištění za zaměstnance a tvorba fondu kulturních a sociálních potřeb. Počet zaměstnanců stále mírně stoupá (viz *Tabulka 4* – Vybraná fakta o FN Motol), v tomto případě je nutné porovnávat přepočtený počet zaměstnanců, který udává počet „celých" úvazků v nemocnici – v roce 2015 činil 5 188 zaměstnanců. Na tyto náklady má významnější vliv změna výše platů a úprava mzdových tarifů (Předpis č. 303/2014 Sb.), kvůli této úpravě vzrostly mzdové náklady až o 6 %. V roce 2016 se očekává další úprava mezd, tudíž i další nárůst nákladů.

Hospodářský výsledek fakultní nemocnice

Tabulka 13 přehledně zobrazuje dosažený hospodářský výsledek za poslední tři roky. Nemocnice dosahuje zisku a vyrovnaného hospodaření díky vyrovnání ztráty z hlavní činnosti ziskem dosaženým v hospodářské činnosti. Pro zdravotnictví v ČR je typickým znakem, že finanční zdroje nedostačují k úhradě poskytnuté péče a provedených výkonů v nemocnici a tento fakt se projevuje i v této fakultní nemocnici.

Tabulka 13: Přehled dosažených hospodářských výsledků za období let 2013-2015

	2013	2014	2015
Hospodářský výsledek	**1 521,5**	**1 012,9**	**2 951,7**
z toho hlavní činnost	-30 561,6	-39 402,8	-44 654,0
hospodářská činnost	32 083,1	40 415,7	47 605,6

Zdroj: Vlastní zpracování, výroční zprávy 2013-2014, interní materiály 2015.

Zisk v jakékoliv podobě (před zdaněním, po zdanění, apod.) se u organizací založených za účelem dosahování zisku objevuje jako součást mnoha ukazatelů finanční analýzy. Provádění podrobné finanční analýzy nemá v prostředí nemocnic efektivní využití. Z těchto ukazatelů nemocnice sleduje likviditu a s tím spojený pohyb peněžních prostředků – tj. cashflow a provádí již zmíněnou podrobnou analýzu nákladů a výnosů.

Řízení pohledávek a závazků

Sledování vývoje pohledávek a závazků je účelné také pro řízení pracovního kapitálu a sledování likvidity. Fakultní nemocnice hradí své závazky do 60 dnů od obdržení faktury a dle lhůty splatnosti. V roce 2015 proběhla již zmíněná oprava dětské části a nemocnice tuto rekonstrukci financovala dodavatelským úvěrem ve výši 225 mil. Kč (důvod vysoké částky dlouhodobých závazků), úvěr bude splácen měsíčně po dobu 7 let. Závazky za zaměstnance vznikají na konci roku z titulu nevyplacených mezd.

Tabulka 14 zachycuje také výši pohledávek za poslední tři roky. Pohledávky tvoří ze značné výše pohledávky za zdravotními pojišťovnami, které však mají dobrou platební morálku a platí včas. Pohledávky po lhůtě splatnosti tedy tvoří převážně pohledávky za poskytnutou péči cizincům. Tyto pohledávky jsou velmi těžko vymahatelné a nemocnice často tyto finanční prostředky nikdy nezíská. Z hlediska lékařské etiky však nemocný nebo vážně zraněný člověk musí být ošetřen, i když se jedná o člověka bez identifikačního průkazu. Pohledávky za nezaplacené regulační poplatky tvoří také podstatnou část celkových pohledávek – na konci roku 2015 byly ve výši 7,57 mil. Kč. Bohužel v roce 2016 na základě již zmíněného rozhodnutí Ústavního soudu ČR nebude mít nemocnice možnost tyto pohledávky dále vymáhat. V roce 2015 se odepsaly pohledávky ve výši 6,48 mil. Kč.

Tabulka 14: Přehled pohledávek a závazků (tis. Kč)

Položka	2015	2014	2013
Krátkodobé závazky z obchodního styku	473 869,4	360 552,9	319 544,8
Dlouhodobé závazky	217 477,5	0,0	750,5
Závazky po splatnosti	189,2	157,1	72,6
Závazky za zaměstnanci	142 097,3	137 505,1	130 465,4
Krátkodobé pohledávky z obchodního styku	437 185,8	437 218,9	740 456,2
Dlouhodobé pohledávky	9 362,8	71,0	8 555,9
Pohledávky po splatnosti	48 153,1	51 513,3	55 525,2
Pohledávky vůči zaměstnancům	13 017,5	15 857,1	17 154,0

Zdroj: Vlastní zpracování, výroční zprávy 2013-2014, interní materiály 2015.

4.5.3 Kultura nemocnice

V této části popisuji aspekty charakteristické pro podnikovou kulturu, které jsou aplikovány ve Fakultní nemocnici v Motole. Organizační kultura je často podceňovanou součástí úspěšného fungování jakékoliv organizace. V případě nemocnice, kde kvalita poskytované péče hraje velice důležitou roli, právě kultura výrazně přispívá k jejímu zvyšování.

Základní prvky, které ovlivňují image nemocnice a pacienti a uchazeči o zaměstnání ho hodnotí i podvědomě, patří:

- logo a motto nemocnice (viz kapitola 4.3);
- celkový vzhled venkovních i vnitřních prostor (např. vzhled budov, značení a informační tabule, prostory pro odpočinek, vybavení vyšetřoven, apod.);
- internetové stránky nemocnice a kvalita poskytovaných informací;
- jednotná forma a vzhled dokumentů;
- jednotný vzhled zaměstnanců a jejich chování.

Prostředí nemocnice

Nejenom kvalitní a přesná zdravotnická péče zajišťuje spokojenost pacientů. Ke zvyšování spokojenosti přispívá i pohodlí ve společných prostorách nemocnice. Nemocnice se snaží stále zvelebovat všechny prostory. Na začátku roku 2016 začala rekonstrukce v dospělé části nemocnice. Ve všech čekárnách a veřejných prostorách jsou umístěné televizory, na kterých pacienti mohou shlédnout videa o nemocnici, o různých způsobech léčeb, základní rady a tipy při řešení zdravotních problémů a tzv. stand-up comedy pořady na Onyx TV (snaha o zpříjemnění čekání na vyšetření). Nemocnice je barevně vymalovaná a dětskou část zdobí ručně kreslené obrázky. V rámci důrazu na zvyšování sterilního prostředí visí na zdech dávkovače se speciálním desinfekčním mýdlem. Automaty s pitím nebo kávou či malým občerstvením jsou dostupné na všech frekventovanějších místech. Pohyb po nemocnici usnadňují velké informační tabule, podrobnější ukazatele na jednotlivých patrech a ve výtazích. Jako pomůcka slouží i směrové ukazatele nalepené na podlaze, které pacienta dovedou od vchodu až do jednotlivých částí budov (pojmenované podle písmen abecedy „A-G“ – platí pro dospělou i dětskou část). Připojení k internetu (Wi-Fi) je dostupné po zaplacení poplatku. Lůžková oddělení jsou vybavena polohovacími postelemi a na každém pokoji je umístěna televize. Každé oddělení má tzv. společenskou místnost, jejíž vybavenost závisí na možnostech klinik a oddělení. Venku se nachází nespočet laviček a v roce 2015 byla otevřena „Terapeutická zahrada“, která slouží hlavně k odpočinku dětem, ale mohou zde relaxovat i dospělí pacienti.

Způsoby externí komunikace a prezentace nemocnice

FN Motol se snaží následovat moderní trendy a proto ke komunikaci a prezentaci nemocnice používá kromě webových stránek, také sociální sítě (profil na Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram), kde informuje pravidelně o své činnosti a o novinkách, které se týkají nemocnice a jejich zaměstnanců. Na webu Youtube, kde lidé sdílí nejrůznější videa, můžeme na stránce nemocnice nazvané „FN Motol“ shlédnout nejrůznější videa o jednotlivých klinikách a odděleních, příběhy pacientů a jiná další videa týkající se nemocnice.

Internetové stránky FN Motol (www.fnmotol.cz) obsahují řadu užitečných informací:

- o klinikách a odděleních (např. kontakty na management oddělení, ordinační doba ambulancí, popis charakteristických činností a výkonů, přístrojové vybavení, fotogalerie, zajímavosti o oddělení, apod.);
- základní informace o průběhu hospitalizace, čekací lhůty na vybrané zákroky, obecná pravidla pro návštěvy pacientů;
- 3D model nemocnice pro usnadnění orientace v budovách;
- stanovení práv a povinností pacientů, charta práv pacientů (zvlášť koncipované pro dětské pacienty), etický kodex nemocnice;
- ceník nadstandardního stravování a ubytování;
- informace pro odbornou veřejnost;
- možnosti a ceník reklamy v prostorách nemocnice;
- přehled volných míst, atp.

Měsíčně vydávaný **časopis Motol IN** přináší pacientům aktuální informace o nemocnici, rozhovor lékaře se známou osobností, zajímavosti z jednotlivých oddělení, křížovky, apod. Podobný cíl má i **Motol TV** – videa seznamují diváky s činnostmi prováděnými v nemocnici (ať už se jedná o náplň „práce“ jednotlivých oddělení a klinik nebo podpůrných činností jako je jídelna, potrubní systém, automatický dopravní systém, atd.). Pokus o přiblížení nemocnice „obyčejným lidem“ a skutečném fungování je i projekt vysílaný na TV Prima nazvaný Nemocnice Motol.

Specifickým způsobem komunikace mezi pacienty a nemocnicí představují služby **nemocničního ombudsmana**. Hlavním úkolem ombudsmana je ochrana práv pacientů, objektivní posuzování a řešení vzniklých konfliktů a předcházení jim. Díky jeho činnosti dochází ke zvyšování spokojenosti pacientů a kvality poskytované péče a ostatních služeb. Pro účely komunikace s médii a tiskem je zřízen odbor komunikací, v rámci něhož působí i **tiskový mluvčí** nemocnice. Webové stránky nemocnice obsahují tiskové zprávy, novinky a vyjádření již zpracované pro použití tisku.

Způsoby interní komunikace

Nedílnou součástí podnikové kultury jsou vztahy mezi vedením a zaměstnanci na všech úrovních řízení. Dobře fungující organizace musí mít vyjasněné vztahy mezi zaměstnanci, aby nedocházelo k nedorozuměním při výkonu práce. Tyto aspekty je nutné dodržovat především v prostředí nemocnice, kdy se musí dbát na dodržování kompetencí zvlášť s ohledem na zdraví pacienta. Tento problém řeší **interní dokumenty a směrnice**, které vydává vedení nemocnice a se kterými jsou pravidelně obeznámeni všichni zaměstnanci. Všechny tyto dokumenty a nařízení jsou dostupné v elektronické podobě na intranetu nemocnice a v tištěné u vedoucího pracovníka, jehož povinností je ostatní s obsahem dokumentu seznámit. Základní etický dokument, který nemocnice vydala, se týká chování lékaře směrem k pacientům, ale i ke kolegům (např. dodržování základních pravidel slušného chování). Všechny zvyky a chování, verbální a neverbální komunikace a gesta zdravotnického personálu jsou citlivě vnímány pacienty a ostatními účastníky. Proto se tento aspekt objevuje jako součást hodnocení nemocnice.

Intranet nemocnice představuje základní místo pro komunikaci vedení nemocnice se všemi zaměstnanci. Obsahuje všechny důležité informace týkající se nemocnice, kontakty na zaměstnance (komunikaci usnadňuje i sama „telefonní ústředna“), zmíněné směrnice a nařízení, ale i aktuality ze zdravotnictví.

Napjaté vztahy mezi vedením nemocnice a zaměstnanci jsou charakteristické pro většinu nemocnic zřízených státem. Typickým znakem českého zdravotnictví je dlouholetý problém způsobu financování a nedostatku finančních prostředků na platy sester a lékařů a také tlak na práci přesčas. Tyto problémy se proto projevují v úpadku zájmu o povolání zdravotní sestry nebo v odchodu lékařů do zahraničí. Zlepšením těchto vztahů může být alespoň ochota komunikovat a vyslechnout problémy zaměstnanců. Z toho důvodu, ale i z důvodu medicínského se konají **pravidelná setkání**:

a) porada vedení nemocnice s přednosty klinik;
b) porada se zástupci lékařské fakulty;
c) porada vrchních sester.

Dále se konají různé „provozní“ porady v rámci klinik/oddělení, kdy dochází ke schůzce vedení kliniky, každodenní poradě lékařů (tzv. hlášení) a zdravotních sester (v rámci předávání služeb).

Výměna informací o stavu pacienta (chorobopis), výsledcích vyšetření a postupu léčby má klíčový význam ke stanovení dalšího postupu. Pro tyto účely používá nemocnice speciální software UNIS, díky němuž má k informacím o pacientovi přístup kterýkoliv lékař z FN Motol.

4.5.4 Lidské zdroje nemocnice

Zaměstnanci, manažeři a další pracovníci tvoří nejdůležitější část kultury organizace. V případě nemocnice představuje lidský kapitál nejhodnotnější aktivum, bez něhož by nebylo možné plnit základní cíl, tedy „uzdravovat“. *Tabulka 15* obsahuje rozdělení zaměstnanců provedené fakultní nemocnicí a vývoj počtu zaměstnanců z let 2013 a 2014 (údaje za rok 2015 nejsou v době zpracování diplomové práce k dispozici).

Tabulka 15: Fyzický objem a přepočtený počet zaměstnanců v letech 2013 a 2014

Položka	Fyzický objem		Přepočtený počet	
	2013	2014	2013	2014
Lékaři	1152	1197	842	888
Farmaceuti	31	32	25	26
Zdravotní sestry	2100	2060	1948	1916
Zdravotnický personál s odbornou způsobilostí	361	375	346	355
Zdravotnický personál se speciální způsobilostí	208	234	175	190
Zdravotnický personál pod dohledem	694	707	683	697
Jiný personál s odbornou způsobilostí	64	55	44	41
Technickohospodářští pracovníci	693	699	655	663
Dělníci	344	350	347	351
Celkem	**5647**	**5709**	**5065**	**5127**

Zdroj: Vlastní zpracování, výroční zprávy 2013, 2014.

Dle fyzického objemu i přepočteného počtu zaměstnanců je patrné, že počet zaměstnanců mírně stoupá. Většina oddělení a klinik se však stále potýká s nedostatkem kvalifikované pracovní síly – lékařů a zdravotních sester. Tento problém není problémem pouze Fakultní nemocnice v Motole, ale celého sektoru českého zdravotnictví. Nedostatek pracovních sil tkví v neuspokojivém platovém ohodnocení lékařů i zdravotních sester a v nutnosti odpracovat mnoho hodin „přesčas“. Značné komplikace také způsobila úprava způsobu vzdělávání zdravotních sester, které nyní musí mít vysokoškolské vzdělání, aby mohli provádět úkony kompetentní zdravotních sester. Pouhým absolvováním střední zdravotnické školy získává student status zdravotnického asistenta, který nemá tak rozsáhlé pravomoci a nachází se v nižší platové skupině než diplomovaná zdravotní sestra. Zmíněné problémy mají právě vliv na fluktuaci zaměstnanců ve FN Motol, kteří nejčastěji opouští pracovní místo z důvodu přílišných „přesčasů“ nebo nespokojeností s finančním ohodnocením.

Skutečnost, že je nemocnice „fakultní“, přináší samotné nemocnici výhodu v možnosti výběru z většího množství uchazečů, pro něž se práce ve velké nemocnici stává přitažlivější a mají možnost řešit „zajímavější“ případy, více možností rozšíření a prohlubování znalostí (např. účast

ve výzkumech a klinických studií, použití nových léčebných technik a přístrojů, apod.). Při vyhledávání nových lékařů a ostatního zdravotnického personálu výhodu představuje možnost oslovit přímo studenty lékařských fakult. Sama nemocnice je výukovým pracovištěm a má tedy přehled o znalostech a dovednostech studentů a možnost ovlivnit kvalitu výběru budoucích zaměstnanců.

Důležitým aspektem k zajištění poskytnutí kvalitní zdravotnické péče je právě spokojenost zaměstnanců. FN Motol provádí pravidelné dotazníkové šetření. Jako příležitost ke zlepšení vidím zaměření se na spokojenost všech zaměstnanců (nejenom lékařů a zdravotních sester), ale i ostatních pracovníků a navazovat s nimi větší kontakt, pro větší pocit sounáležitosti. Jako státní příspěvková organizace nemá vedení nemocnice velkou možnost ovlivnit výši platu zaměstnanců, ale mohla by poskytnout dodatečný balíček benefitů (především nabídnout více dnů dovolené pro relaxaci).

4.5.5 Další aspekty působící na hodnocení kvality nemocnice

V této části se věnuji dalším aspektům, které ovlivňují vnímání celkové kvality poskytované péče ve FN Motol.

Pro úspěšnou léčbu a zvýšení kvality poskytované léčby je nutný i dobrý psychický stav pacienta. V některých případech stačí služby psychologa, ale v některých ani studovaný lékař nestačí. V roce 1999 zřídila FN Motol jako jedna z prvních nemocnic **dobrovolnické centrum,** ve kterých působí lidé-nezdravotníci a snaží se všemožnými způsoby zpříjemnit pacientům pobyt v nemocnici. Centrum nabízí například canisterapii[10], výtvarné a hudební kroužky, pohybová cvičení, apod.

Nejenom pro věřící pacienty a jejich rodiny nemocnice nabízí **služby duchovních** a tzv. „prostor ticha“. Dle autorky je ze strany nemocnice vstřícný krok, že nezapomíná ani na věřící obyvatelstvo a poskytlo část svých prostor i k těmto účelům.

Dlouhodobě hospitalizovaným dětským pacientům nemocnice zprostředkovává vzdělávání prostřednictvím speciální základní a mateřské školy zřízené přímo pro fakultní nemocnici. Pro děti zaměstnanců je k dispozici mateřská škola „Motoláček“.

Certifikace a další programy

FN Motol získala již potřetí prestižní **certifikát hodnotící kvalitu poskytnuté péče** od Spojené akreditační komise. Tato komise sleduje a kontroluje 89 standardů týkajících se všech činností prováděných v nemocnici (např. hodnotí management nemocnice, možnost přístupu pacientů k léčbě, hodnocení samotného procesu léčení a diagnostiky, bezpečnost práce, apod.).

V roce 2009 se nemocnice zúčastnila hodnocení v rámci projektu **„Kvalita očima pacientů“**, který měří kvalitu poskytované péče prostřednictvím spokojenosti pacientů. Nemocnice se tohoto hodnocení neúčastní opakovaně, protože se jedná o zpoplatněnou službu a v rámci úspor nemocnice omezila i tyto projekty. Pro pacienty tento projekt však představuje objektivní názor na zdravotnická zařízení a může z velké míry ovlivnit rozhodnutí, ve které nemocnici se nechá léčit.

Od roku 2003 je FN Motol zapojena do **programu „Zdravá nemocnice“**, kdy nemocnice prosazuje zásady podpory zdraví dané Světovou zdravotnickou organizací (WHO). V rámci tohoto

[10] Canisterapie je léčebný kontakt psa s člověkem, kdy pes navozuje dobrou náladu a duševní pohodu.

programu probíhají v nemocnici projekty zaměřené na plnění potřeb a zvýšení informovanosti pacientů, zlepšení životního prostředí, apod. V rámci programu jsou také vydávány edukační materiály pro kliniky a oddělení zabývající se nejčastějšími tématy spojenými s léčbou civilizačních nemocí.

4.5.6 Shrnutí analýzy vnitřního prostředí nemocnice

Fakultní nemocnice v Motole je příspěvkovou organizací zřizovanou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Poskytuje komplexní diagnostické a léčebné služby, ambulantní, lůžkovou i následnou péči. K vyšetřovacím metodám používá nejmodernější diagnostické přístroje, celé vybavení nemocnice je na vysoké úrovni. V posledních letech probíhají neustálé rekonstrukce prostor nemocnice (úplná rekonstrukce dětské nemocnice, urgentní příjem dospělých, apod.) a zvelebování okolí (otevření tzv. terapeutické zahrady). Otevření stanice metra A také výrazně přispělo ke zvýšení počtu ošetřených pacientů a to znamená i větší úhrady od pojišťoven, ovšem v případě pacientů-cizinců to může znamenat i vyšší ztráty v podobě neuhrazené péče. Management nemocnice pokládá důraz na hospodaření s vyrovnaným rozpočtem, daří se mu efektivně hospodařit s náklady nemocnice a své závazky vždy hradí ve lhůtě splatnosti. Vnímání nemocnice veřejností se jeví jako velmi dobré.

I tak velká organizace jako FN Motol má místa, která je možné stále zlepšovat. Velký nedostatek spatřuji v tom, že vedení nemocnice podceňuje sílu některých skupin zaměstnanců. Věnuje malou pozornost ostatnímu zdravotnickému personálu, jako jsou např. ošetřovatelé, asistenti, technickohospodářští zaměstnanci. Tyto skupiny jsou také důležitou součástí kultury nemocnice, a proto by se s nimi mělo také pečlivěji jednat a projevit zájem o jejich názory a nápady na zlepšení. Řešením této situace by mohlo být zavedení určitého balíčku benefitů pro zvýšení loajality všech zaměstnanců a vykompenzování pocitu nespokojenosti s nízkým platovým ohodnocením. K vyšší spokojenosti přispěje i zlepšení komunikace mezi managementem a pracovníky například pravidelnými schůzkami nebo založením „schránek důvěry“, kam by mohli pracovníci anonymně vhazovat své nápady a připomínky.

Dle mého názoru je další možností zvyšování kvality poskytované péče u pacientů ve věkové skupině 18-25 let (tzv. mladí dospělí). Pro dětské pacienty a na druhou stranu pacienty důchodového věku je pořádáno mnoho akcí, aby se v nemocnici cítili lépe. Dětem a jejich rodinám jsou nabízeny psychosociální služby a poradenství pro zdárné zvládnutí studia. Tyto služby právě pro mladé dospělé v nemocnici chybí. V tomto věku nastupuje pacient na vysokou školu, a pokud onemocní vážnou nemocí, musí studium odložit či přerušit a při náročné léčbě, kdy je pacient vyčerpán, by byla vhodná pomoc ze strany nemocnice, která by jednala s vysokými školami, apod. Tím pacientovi ubude stresových situací a bude se cítit mnohem lépe. Celkově je akcí pro pobavení této věkové kategorie v nemocnici velmi málo.

V rámci fakultní nemocnice funguje několik spolků a zapsaných sdružení, jejichž hlavním cílem je pomoci rodinám a pacientům zvládat těžké životní situace spojené s nemocí, usnadňovat a zpříjemňovat pobyt v nemocnici a také zvyšovat informovanost o různých skutečnostech týkajících se zdraví. Tyto spolky musí svou činnost financovat svými prostředky, nemocnici zde nevznikají žádné další náklady. Avšak jako projev součinnosti s těmito problémy a možnost získat další pozitivní ohlasy ke svému vedení, by mohla tyto spolky propagovat na svých stránkách nebo pořádané akce oznámit na sociálních akcích a zapojit se tak do aktivit, kterými se neléčí přímo tělo, ale i „duše“ pacientů a jejich blízkých.

4.6 SWOT analýza Fakultní nemocnice v Motole

Na základě provedené analýzy vnitřních a vnějších faktorů jsem sestavila základní SWOT analýzu pro vrcholové řízení nemocnice. Jednotlivé body jsou seřazeny podle přisuzované významnosti ze strany zástupců nemocnice z různých stupňů řízení.

SILNÉ STRÁNKY

- Poskytování komplexních služeb a velký rozsah všech odborností – tj. dostupnost všech odborníků tzv. pod jednou střechou, dochází k rychlejšímu stanovení diagnózy a zahájení léčby;
- výborná dostupnost – MHD (metro, tramvaj, autobus);
- FN Motol provozuje vlastní lékárnu a léčebnu dlouhodobě nemocných (LDN);
- akreditovaná nemocnice – všechny činnosti nemocnice jsou akreditovány, v podmínkách českého zdravotnictví není akreditace povinná;
- špičkové nejmodernější přístrojové vybavení;
- zapojení do vědy a výzkumu, vzdělávání lékařů a zdravotních sester – kvalifikovaný personál;
- používání moderních komunikačních kanálů (př. Facebook, Instagram, interaktivní webové stránky, apod.);
- snadný přístup k „provozním“ informacím – obsáhlý intranet nemocnice;
- krátká doba hospitalizace;
- schopnost financování rozsáhlých investičních projektů z vlastních zdrojů.

SLABÉ STRÁNKY

- Zvolená strategie není jasně prezentována mezi lékaře a ostatní zdravotnický personál;
- nedostatečná komunikace mezi všemi úrovněmi řízení;
- management věnuje nízkou pozornost hodnocení spokojenosti zaměstnancům na nižších pracovních pozicích a nezdravotnímu personálu;
- vysoká míra fluktuace ostatního zdravotnického personálu – hlavně ošetřovatelé, zdravotničtí asistenti, apod.
- neexistence integrovaného informačního systému pro celou nemocnici
- zastaralý IT software a PC vybavení;
- nedostatek personálu s ekonomickým vzděláním;
- neexistence vlastní transfuzní stanice;
- placené Wi-Fi připojení.

PŘÍLEŽITOSTI

- Podpora sdružení a neziskových organizací fungujících v rámci FN Motol;
- možnost žádat o granty EU; získávání zdrojů od sponzorů;
- možnost podílet se na mezinárodních studiích;
- znovu zapojení do projektu hodnocení nemocnic „Kvalita očima pacientů“
- „připomínkování“ chystaného zákona o nové organizační formě fakultních nemocnic (přechod z fakultní na univerzitní);
- vytvoření vhodného systému pro benchmarking nemocnic;
- pokročilé využití DRG systému nejenom pro ohodnocení zdravotnických výkonů a péče, ale i pro řízení kvality;
- velký rozsah doplňkových služeb v areálu nemocnice (př. pobočka KB, bankomaty, kavárny, různé obchody, apod.).

HROZBY

- Fluktuace lékařů a ostatního zdravotnického personálu;
- růst nákladů vlivem změn zákonů a nařízení (př. změny DPH, nařízené aukce energií, apod.);
- rychlé morální a technické zastarávání administrativního i zdravotnického vybavení;
- nejistota ve výši úhrad za zdravotnickou péči – každoroční změny tzv. úhradové vyhlášky;
- nejasný průběh reformy zdravotnictví;
- demografické změny a populační problémy – současně největší hrozbu představuje příliv migrantů, ti nemají zdravotní pojištění a nemocnici nebude uhrazena poskytnutá péče, tj. zvýšení nedobytných pohledávek;
- počítačové viry a vyšší náklady na údržbu PC, které obsahují software, který již není podporován výrobcem;
- stárnutí a odchod zaměstnanců, které braly práci v nemocnici jako „poslání“, dnešní generace si vybírají zaměstnání spíše podle očekávané mzdy;
- komplikovaná komunikace v tak velkém objemu zaměstnanců.

Zdroj: Vlastní.

5 ZHODNOCENÍ A NÁVRH POUŽITÍ BALANCED SCORECARD V PROSTŘEDÍ ČESKÉ FAKULTNÍ NEMOCNICE

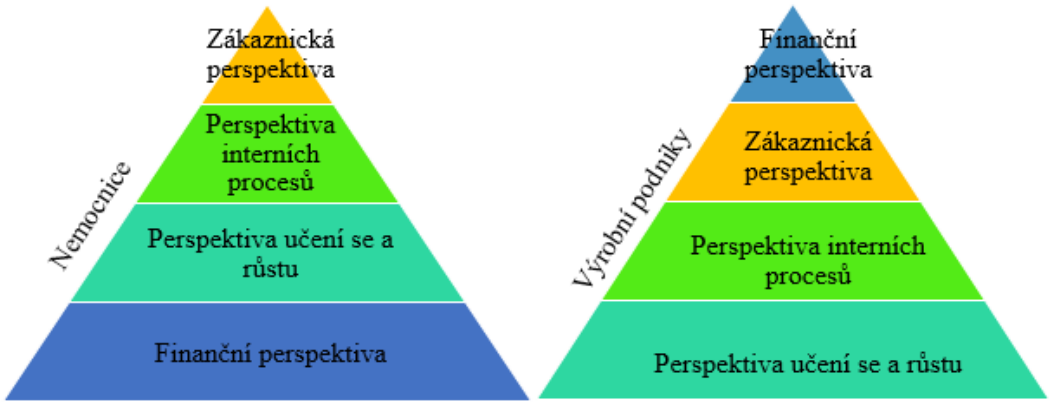
V této části se zaměřuji na zhodnocení a návrh možnosti použití konceptu Balanced Scorecard v prostředí největší české fakultní nemocnice, tj. příspěvkové organizace, nejsou zde zvažovány soukromé nemocnice. Provedené analýzy, které zobrazují minulý vývoj i současné postupy, slouží jako zdroj informací pro samotné stanovení strategických cílů v jednotlivých perspektivách.

Důležitou součástí BSC je srozumitelné a jasné vyjádření mise a vize organizace. Tento bod je podrobněji rozveden v kapitole 4.3 Mise, vize a logo nemocnice.

Strategie stanovená pro nemocnici jako celek se rozpadá do klíčových strategií a cílů pro jednotlivé kliniky a oddělení. Proto by v případě zavedení BSC jako nástroje pro sledování výkonnosti nemocnice bylo nutné vypracovat systém cílů a měřítek pro jednotlivá oddělení, jednalo by se tedy o kaskádové BSC. Všechny dosažené výsledky by se odrážely v BSC na vrcholové úrovni v agregovaných datech, které pro své účely používá vedení nemocnice. Obecně se velké organizace potýkají i v rámci BSC s velkým množstvím ukazatelů a cílů. Kaplan a Norton (2002) doporučují jejich maximální počet 20 (tj. v rámci jedné perspektivy 4 až 5 cílů). Z důvodu velikosti (velikost = počet klinik/oddělení) fakultní nemocnice je tento předpoklad obtížné dodržet.

Ve výrobních podnicích a dalších organizacích založených za účelem dosažení zisku se finanční perspektiva umisťuje na pomyslné pyramidě důležitosti perspektiv na samém vrcholu a to z důvodu, že každý podnik chce zhodnotit své zdroje, zefektivnit činnosti a dosáhnout tak lepšího hospodaření. Nejčastějším cílem u těchto organizací bývá růst některého z ukazatelů rentability nebo růst EVA, apod. V případě nemocnice v českých podmínkách není jejím primárním cílem dosažení zisku, ale poskytnutí takové zdravotní péče, která vede ke zlepšení zdraví společnosti, proto se na vrcholu nachází zákaznická perspektiva. Ovšem tato úvaha platí pouze u nemocnice, která je příspěvkovou organizací, u soukromých nemocnic tento předpoklad neplatí.

Obrázek 11: Seřazení BSC perspektiv v prostředí nemocnic a výrobních podniků



Zdroj: Vlastní.

Mezi charakteristiky BSC patří skutečnost, že cíle na nižších pozicích podporují uskutečnění cílů na vyšších úrovních, proto v následující části popisuji návrhy jednotlivých perspektiv od spodu pomyslné pyramidy.

5.1 Finanční perspektiva

Finanční perspektiva je „odrazovým můstkem“ k tomu, aby bylo vůbec možné zřídit nemocnici, kde je proces léčení závislý na velmi drahých diagnostických přístrojích a také na lidských zdrojích. Svou nezanedbatelnou roli hrají i léky a také podpůrné činnosti, bez nichž by nemocnice nemohla fungovat. Finanční zdroje zde oproti výrobním podnikům slouží jako prostředek k dosažení cíle (v tomto případě „uzdravování“).

Tabulka 16: Cíle a měřítka ve finanční perspektivě

Cíl	Měřítko	Akce
Dosažení vyrovnaného hospodaření	výše jednotlivých nákladů a výnosů	optimalizace nákladů a výnosů
Zvyšování úhrad za zdravotní péči od zdravotních pojišťoven	výše úhrad od jednotlivých ZP, znění smluv se ZP	posílení "vyjednávací" pozice se ZP, zvýšení výkonů
Zvyšování ostatních finančních zdrojů	výše jednotlivých položek	aktivní vyhledávání nových dárců, vypracování plánu pro fundraising, marketingové aktivity

Zdroj: Vlastní.

První cíl „Dosažení vyrovnaného hospodaření“ koresponduje s požadavkem Ministerstva zdravotnictví jakožto zřizovatele. Pro management nemocnice představuje klíčový úkol a cíl ve finanční oblasti. Měřítkem dosažení toho cíle je vývoj jednotlivých položek nákladů a výnosů, kdy v optimální variantě dochází k poklesu nákladů a růstu výnosů. Vedení nemocnice může nejvíce ovlivnit ty položky nákladů a výnosů, které jsou spjaty s jednotkou výkonu, v tomto případě s pacientem. Ve zjednodušeném případě bude nemocnice pracovat zejména s variabilními náklady a výnosy, které lze zvýšit poskytnutím péče většímu poštu pacientů nebo v případě hospodářské činnosti poskytnout své služby většímu počtu třetích stran (př. najít další odběratele spalovny, poskytnout služby prádelny soukromým ambulancím, apod.).

Oba následující cíle se zaměřují na získání většího objemu finančních prostředků pro fungování nemocnice. V prvním případě se jedná o získávání peněžních prostředků od zdravotních pojišťoven, které se odvíjejí od uzavřených smluv mezi nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami. V tomto případě se ocitá nemocnice ve velice netransparentní situaci, protože zdravotní pojišťovny platí za stejné výkony odlišnou sumu peněz. V této situaci hodně záleží na vztazích nemocnice s danou zdravotní pojišťovnou a na její „vyjednávací“ síle. Druhým způsobem získávání finančních prostředků je vyhledávání sponzorů, dárců, možnosti grantů a dotací. Databáze současných sponzorů a vypracování plánu získávání a oslovováních nových sponzorů by mohlo být přínosnou aktivitou managementu pro zajišťování dodatečných zdrojů. K oslovení veřejnosti slouží i účelová marketingová komunikace zaměřená na danou problematiku, př. spojení se známou osobností, která propůjčí svou důvěryhodnou tvář k propagaci nemocnice, apod.

5.2 Perspektiva učení se a růstu

Tabulka 17 obsahuje navržené cíle a měřítka pro potřeby FN v Motole.

Tabulka 17: Cíle a měřítka v perspektivě učení se a růstu

Cíl	Měřítko	Akce
Vývoj a výzkum, kreativita lékařů	počet zavedení nových postupů, počet studií, počet publikovaných článků za období	plán konferencí a způsob motivace lékařů, finanční pobídky, vyhledávání a sledování nabídek výzkumných ústavů
Podpora komunikace mezi odděleními	hodnocení komunikace zaměstnanci	pravidelná setkání, pravidelné "oběžníky"
Přístup k nejmodernějším technologiím	výdaje na hardware a software, přínosy k léčbě vs. náklady na léčbu	odpisový plán, sledování nejnovějších trendů v léčbě
Vzdělávání zdravotnického personálu a lékařů	přidaná hodnota na jednoho zaměstnance	vzdělávací a rozvojové plány, školení a kongresy, odborné stáže, příplaty za absolvované kurzy
Spokojenost zaměstnanců	míra fluktuace zaměstnanců	motivační program, podpora komunikace

Zdroj: Vlastní.

Přímý vliv na kvalitu poskytované zdravotní péče a na chod nemocnice mají právě lidské zdroje, bez nichž by nedocházelo k požadovaným činnostem uvnitř nemocnice. V dnešní době existuje již mnoho operací a zákroků, které provádí robotický asistent, ale za stanovením správné diagnózy vždy stojí lékař a ošetření a podávání léků má stále na starosti zdravotnický personál. Zaměstnanci nemocnice (hlavně lékaři a personál se zdravotnickým vzděláním) jsou nositeli know-how a jako každá jiná organizace, i tato chce mít kvalitní, spokojené a motivované pracovníky, kteří budou loajální ke svému zaměstnavateli.

Zvolila jsem tyto cíle, které se podle mého názoru nejvíce shodují s výslednou SWOT analýzou a sledují oblasti, které potřebuje FN Motol rozvíjet nebo jsou klíčové a nemělo by docházet k jejich zhoršení. V případě jiných nemocnic by bylo možné některé tyto cíle vynechat a nahradit jinými.

Prvním cílem je podpora výzkumu, vývoje a kreativity lékařů. V průběhu času se objevují stále nové a nové nemoci. Onemocnění, která měla v minulosti velkou úmrtnost, v dnešní době umí lékaři vyléčit nebo potlačit příznaky a prodloužit život o několik let. Díky spolupráci nemocnice s univerzitou vzniká prostředí s vysokou kumulací odborníků na jedné půdě a možnost rozvíjet způsoby léčení. Měřítkem úrovně zapojení do vývoje a výzkumu může být počet zavedení nových postupů při léčbě již známých onemocnění, počet studií na méně obvyklá/raritní onemocnění. Kreativita lékařů se dá sledovat pomocí počtu publikovaných odborných článků za stanovené období. Nemocnice může toto konání podpořit pořádáním odborných mezinárodních konferencí nebo lékaře motivovat k zúčastnění se takové akce. Pro podporu výzkumu je také vhodné sledovat nebo vyhledávat nabídky výzkumných ústavů.

Na základě provedené analýzy byla odhalena slabá stránka nemocnice v nedostatečné komunikaci mezi všemi úrovněmi řízení a ohrožení v případě nesnadné komunikace při tak velkém objemu účastníků. Proto by bylo pro nemocnici vhodné podpořit a sledovat kvalitu komunikace. Sledovat změny by bylo možné na základě hodnocení komunikace zaměstnanci prostřednictvím dotazníků s hodnotící škálou. Podporou ke zlepšení by mohlo být zavedení pravidelných setkání se všemi zaměstnanci a pravidelné elektronické „oběžníky" s aktuálním děním týkající se zaměstnanců. Pravidelná setkání by mohla vedení nemocnice přinést i bonusy v případě nových nápadů na zlepšení nemocničního prostředí či pozvednutí organizační kultury a také by došlo ke zvýšení loajality a pocitu sounáležitosti k nemocnici.

Pacienti si v této době, kdy je možné si vybrat dle svého uvážení nemocnici, vybírají takovou, která nabízí co nejnižší dobu hospitalizace s co možná nejméně invazivním způsobem provedení výkonu. Právě z toho důvodu nemocnice potřebuje mít přístup k nejmodernějším přístrojům (třetí cíl). Důležitým měřítkem pro nemocnici představují výdaje na hardware a software a z medicínského hlediska porovnávají lékaři především přínosy v léčbě s náklady vynaloženými na léčbu. Odpisový plán a sledování nejnovějších trendů ve zdravotnictví je vhodnou akcí na podporu tohoto cíle.

Čtvrtý cíl je věnován vzdělávání zdravotnického personálu a lékařů. Práce ve zdravotnictví představuje celoživotní nutnost sebevzdělávání a rozšiřování znalostí a obzorů k poskytnutí co nejlepší a kvalitní zdravotní péče. Z pohledu managementu může nemocnice sledovat přidanou hodnotu stanovenou na zaměstnance, tj. o kolik se zvýšila hodnota nemocnice prostřednictvím dalšího vzdělávání personálu (přidaná hodnota na jednoho zaměstnance se vypočítá jako poměr celkové přidané hodnoty a počtu zaměstnanců – v případě nemocnice bych zvažovala skupinu pracovníků v určité specializaci, ve které docházelo ke vzdělávání). Podporu ke splnění tohoto cíle činí vzdělávací a rozvojové plány, zúčastnění se školení a kongresů, odborné stáže, ale také příplatky nebo jednorázová odměna za absolvování odborných kurzů.

Poslední cíl – spokojenost zaměstnanců ovlivňuje velkou měrou nemocniční kulturu, ale i kvalitu poskytované péče, kdy nemusí mít vliv přímo na kvalitu provedení zákroku a rekonvalescenci, ale na hodnocení přístupu zdravotnického personálu k pacientům a na atmosféru mezi pacienty a zdravotními sestrami a lékaři. Způsobem ke zvýšení spokojenosti zaměstnanců může být vytvoření motivačního programu pro všechny kategorie zaměstnanců a podpoře komunikace zvláště mezi vedením a personálem.

Všechny cíle uvedené v perspektivě učení se a růstu mají vliv na kvalitu poskytované péče. Neustálé zlepšování a sledování rozvoje v těchto směrech napomáhá ke zvyšování kvality péče, která je v případě nemocnice klíčovým měřítkem hodnocení spokojenosti pacientů (viz kapitola 5.4 Zákaznická perspektiva).

5.3 Perspektiva interních procesů

Tato perspektiva spolu s perspektivou učení se a růstu obsahuje strategické cíle, které nejvýznamněji působí na vrcholový cíl BSC sestaveného pro nemocnici – spokojenost pacientů.

Tabulka 18: Cíle a měřítka v perspektivě interních procesů

Cíl	Měřítko	Akce
Úspěšnost léčby	indexy a měřítka úspěšnosti stanovená pro jednotlivá onemocnění	podpora vzdělávání zdravotnického personálu, spolupráce mezi pacientem a lékařem, atp.
Bezpečnost personálu a pacientů	počet nahlášených situací	pravidelná školení zaměstnanců, vydávání edukačních materiálů
Invazivnost léčby	doba rekonvalescence pacientů	podpora výzkumu a vývoje, vzdělávání lékařů, použití moderních přístrojů
Doba hospitalizace	počet dnů strávených v nemocnici	použití méně invazivních metod zákroků
Kvalita práce a provedených výkonů	počet stížností, průzkum spokojenosti pacientů	podpora spokojenosti zaměstnanců
Přístup zdravotnického personálu	průzkum spokojenosti pacientů	zvyšování motivace pracovníků a zlepšení komunikace

Zdroj: Vlastní.

Pro cíle spadající do perspektivy interních procesů je charakteristické, že jejich prostřednictvím chtějí organizace dosáhnout výborných výsledků, aby tak splnily očekávání klíčových stakeholderů – v případě nemocnice pacientů. Zaměřením na tyto cíle tedy může nemocnice velkou měrou ovlivnit celkovou kvalitu poskytované péče. V organizacích zaměřených na tvorbu zisku se často tyto cíle zaměřují na snižování nákladů, avšak v prostředí nemocnic se střetává rovina nákladů s etickým rámcem lékařů. V dnešní době přichází v úvahu při diagnóze určité nemoci vícero léčebných postupů a řešení a lékař volí takové řešení, které je vytvořeno „na míru“ danému pacientovi (tzn. je brán v úvahu jeho zdravotní stav a také porovnávány medicínské výhody a nevýhody léčby). Z toho vyplývá, že zvolený postup léčby nemusí být vždy nákladově optimální volbou. Na první místo v rámci priorit je kladeno zdraví a zájmy pacienta (úspěšnost a kvalita léčby), před zájmy nemocnice (snaha o snižování nákladů).

Klíčovým měřítkem úspěchu a uspokojení lékařů z dobře odvedené práce je úspěšnost léčby. Sám pacient se často při stanovení diagnózy ptá na tuto skutečnost. Každé z onemocnění má své charakteristiky a proto se liší i vyjádření úspěšnosti léčby. Např. u onkologických onemocnění se používá k hodnocení index pětiletého přežití (měří, zda se pacient dožil pěti let od stanovení diagnózy nezávisle na tom, zda je vyléčen či ne) nebo pětiletého přežití bez příznaků nemoci (větší vypovídající schopnost měření úspěšnosti léčby). Ke zvyšování úspěšnosti léčeb může docházet díky podpoře vzdělávání lékařů a ostatního zdravotnického personálu a podpoře výzkumu a vývoje. Pro pacienta je důležitá i psychická podpora při probíhající léčbě a toho se týká

i příjemné prostředí v rámci oddělení – tj. podpora spolupráce a komunikace mezi pacientem a nemocničním personálem.

Bezpečnost personálu a pacientů také těsně souvisí s kvalitou provedených výkonů a celkovým hodnocením kvality péče v nemocnici. Do pojmu bezpečnosti zahrnuji jak předcházení úrazů pacientů, ochranu zdravotnického personálu před újmou na zdraví v rámci výkonu práce (např. ochrana před radiačním zářením, zabránění nákazy chorob od pacientů, apod.), ale také bezpečnost pacientů z pohledu správného podání předepsané medikace a provedení plánovaného výkonu. Počet nahlášených situací/incidentů může být měřítkem pro sledování. Nemocnice incidentům předchází pravidelným školením zdravotního personálu a vydáváním edukačních materiálů elektronickou formou.

Dalším významným hlediskem důležitým převážně pro pacienty, ale i pro nemocnici je míra zásahu do lidského organismu – tj. invazivnost léčby, která je možné měřit jednoduše pomocí doby nutné k zotavení/rekonvalescenci pacienta. Jednoduchým příkladem může být operace slepého střeva. V dnešní době je možné provést za optimálních podmínek standardní chirurgické řešení nebo provést operaci pomocí laparoskopu. Standardní chirurgické řešení pro nemocnici představuje úsporu nákladů, co se týče náročnosti operace, ale na druhou stranu větší vynaložení zdrojů na pooperační péči – ošetřování, pobyt na lůžku, strava, apod. při delší době hospitalizace. Zatímco laparoskopická operace znamená z pohledu nemocnice větší náklady vynaložené na provedení zákroku, ale úsporu při kratším době hospitalizace. Tato situace samozřejmě není tak jednoduchá, jak bylo nastíněno v tomto příkladu, postup je vybírán lékařem hlavně podle zdravotního stavu pacienta. Pro pacienta je vždy lepší méně invazivní řešení a dle toho si také v případě volby vybírá z nemocničních zařízení. Možnost provedení „šetrnějších“ zákroků tedy představuje prostor nemocnice pro získání konkurenční výhody, avšak také nutnost velkých investicí do přístrojů a úprav prostor k provádění. Zde se dostáváme ke strategickým akcím, které mohou podpořit vývoj toho ukazatele kladným směrem, tedy podporovat výzkum a vývoj, vzdělávání lékařů a investovat do moderního přístrojového vybavení.

Následující cíl, dosažení co nejkratší doby hospitalizace, byl zmíněn v předcházející části textu a již tedy víme, že je spjat také s náročností zásahu do lidského organismu a jeho schopnosti regenerace. Pro nemocnici znamená snižování doby hospitalizace pacienta především možnost ošetřit („obsloužit“) více pacientů, jichž právě do FN Motol přichází každoročně více a více a při kapacitním omezení je toho jedno z mála řešení, jak poskytnout vysoce specializovanou péči i ostatním pacientům. Samozřejmě také pacient těží z výhody krátké doby hospitalizace – čím kratší pobyt v nemocnici, tím pro pacienta lépe.

K zajištění co nejlepšího chodu nemocnice, neustálému zlepšování a zvyšování kvality péče směřuje strategický cíl kvalita práce a provedených výkonů, jež může být sledován prostřednictvím průzkumu spokojenosti pacientů a monitoringem podaných stížností. Nemocnice má v tomto případě hodně prostoru k podpoře tohoto ukazatele prostřednictvím akcí, které zde již byly zmíněny v kontextu s jinými cíli, např. podpora výzkumu a vývoj, podpora vzdělávání a rozvoje lékařů a ostatního zdravotnického personálu, zlepšení komunikace, ale také podpora spokojenosti zaměstnanců, protože spokojený zaměstnanec bude loajální vůči svému zaměstnavateli a bude provádět svou práci odpovědně a s chutí a také bude působit příjemněji vůči pacientům.

Přístup zdravotnického personálu k pacientům je důležitým aspektem, který působí na spokojenost pacientů a nemocnice ho proto sleduje v rámci průzkumu spokojenosti pacientů. V dnešní době už zdravotnických personál nebere tolik své povolání jako poslání, ale pouze jako

prostředek k získávání peněz. Na tuto skutečnost musí brát zřetel i management nemocnice a vytvářet podle toho motivační programy.

5.4 Zákaznická perspektiva

Zákaznická perspektiva představuje zastřešení celého systému BSC vytvořeného pro použití nemocnic. Následující *Tabulka 19* obsahuje vybrané strategické cíle pro FN Motol.

Tabulka 19: Cíle a měřítka v zákaznické perspektivě

Cíl	Měřítko	Akce
Spokojenost pacientů	průzkum spokojenosti pacientů	podpora komunikace a prezentace nemocnice vůči pacientům
Rychlost poskytnutí péče	čekací lhůty, obsazenost ošetřoven	plán postupu při řešení mimořádných událostí, časový rozvrh jednotlivých ambulancí
Dostupnost ostatních služeb	průzkum spokojenosti pacientů	monitoring zájmu a zvyšování nabídky těchto služeb

Zdroj: Vlastní.

Spokojenost pacientů představuje vrcholový ukazatel, ke kterému vedou všechny ostatní cíle ve všech perspektivách. Mít zdravé a spokojené pacienty je posláním každé nemocnice a pomocí průzkumu spokojenosti zjišťují jejich názor. Do tohoto agregovaného cíle je možné zahrnout i dílčí cíle týkající se toho, co pacient vnímá okolo sebe, jako například spokojenost pacientů s kvalitou stravy, spokojenost s přístupem personálu, apod.

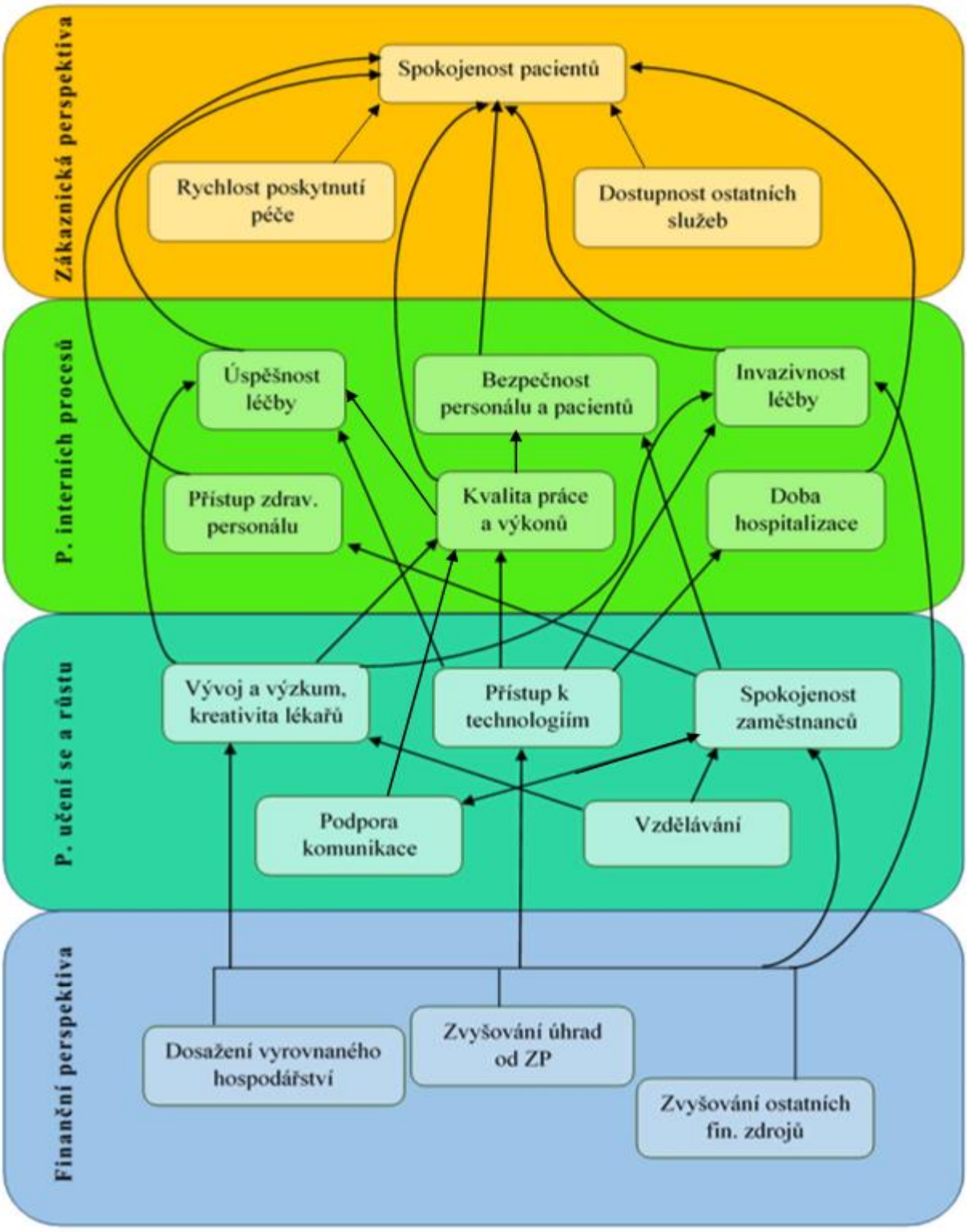
Druhý cíl se týká rychlosti poskytnutí péče, kdy pacient musí na některé zákroky čekat, např. na ortopedii na výměnu některého z kloubů, ale také rychlosti s jakou dochází k ošetření na urgentním příjmu či vyšetření na ambulancích. Měřítkem může být čekací lhůta na jednotlivých pracovištích. Zkrácením tohoto času může podpořit plánování postupu při řešení mimořádných událostí (např. krizový plán pro hromadná neštěstí) nebo přibližný časový rozvrh ambulancí sestavený na základě zkušeností s předchozí dobou ošetření. Do rychlosti poskytnutí péče je možné zahrnout i dostupnost akutních lůžek, kdy se posuzuje čas nutný na zajištění a poskytnut lůžka pacientovi.

V průzkumu spokojenosti pacientů je také vhodné sledovat jejich zájem o ostatní služby poskytované v areálu FN Motol a jejich hodnocení (těmito službami jsou myšleny obchody, kavárny, kopírovací služby, trafiky, apod.).

5.5 Strategická mapa

Strategická mapa na *Obrázku 12* zobrazuje jednotlivé perspektivy a v rámci nich stanovené cíle. Šipky představují kauzální vztahy, tj. vztahy příčiny a následku mezi strategickými cíli.

Obrázek 12: Strategická mapa



Zdroj: Vlastní.

Jak již bylo uvedeno na začátku kapitoly 5, na strategické mapě je vidět rozdílné pořadí perspektiv od „klasického“ uspořádání, tak jak je známo od organizací zaměřených na tvorbu zisku. Cílem výrobních podniků nebo poskytovatelů služeb je zmíněný zisk, proto se finanční perspektiva nachází na vrcholu strategické mapy a zákazníci (tj. zákaznická perspektiva) jsou vnímáni jako prostředek k dosažení tohoto cíle. Zatímco důvodem a hlavním cílem nemocnice je léčit a uzdravovat pacienty (tj. zákaznická perspektiva nejdůležitější), finanční prostředky zde naopak představují zdroj nutný k dosažení cíle.

K tomu, aby mohla nemocnice uskutečňovat záměr, pro něž byla založena a důvod své existence, je nutné udržovat a zvyšovat spokojenost pacientů, tj. zajišťovat loajalitu, a tím „návratnost“ pacientů do stejné nemocnice. Celkové hodnocení nemocnice se skládá z několika dílčích parametrů. Pro pacienty je samozřejmě důležitá úspěšnost a invazivnost léčby, doba hospitalizace, rychlost poskytnutí péče, ale také kvalita ostatních dostupných služeb, kvalita stravy, přístup a chování zdravotnického personálu, apod. Tyto všechny aspekty tvoří vrcholový cíl „spokojenost pacientů“. Všechny procesy probíhající v nemocnici mají nějakou měrou návaznost na tuto spokojenost.

Další klíčovou rolí fakultní nemocnice jako vzdělávací instituce je důraz na poskytování vzdělávání budoucímu zdravotnickému personálu v široké škále oborů. V perspektivě učení se a růstu se tedy sledují vztahy mezi cíli, které mají na vzdělávání a kvalitu poskytované zdravotní péče vliv. U některých cílů může docházet k tomu, že se ovlivňují navzájem, např. lepší komunikace vedení nemocnice zvýší loajalitu a spokojenost zaměstnanců, opačně však vztah také působí, se spokojenými zaměstnanci je snazší najít způsob vhodné komunikace. Míra naplnění cílů uvedených v perspektivě učení se a růstu ovlivňují ve velké míře možnost dosažení cílů v perspektivě interních procesů. K tomu aby mohla nemocnice provádět moderní výkony, potřebuje mít přístup k moderním technologiím a zaměstnanci si musí zvyšovat svou kvalifikaci, tj. propojenost cíle zvyšování vzdělávání, vývoje a výzkumu.

V poslední zákaznické perspektivě je hlavním cílem získat co nejvíce finančních prostředků a dosažení vyrovnaného hospodaření. Spojením těchto tří cílů získá nemocnice prostředky k naplnění cílů v ostatních perspektivách.

5.6 Zhodnocení možnosti zavedení BSC v prostředí fakultní nemocnice

V této části uvádím výhody a nevýhody, které by mohly plynout z možného zavedení BSC v prostředí české fakultní nemocnice.

Na základě provedené rešerše zahraničních odborných článků (viz kapitola 2.2 Balanced Scorecard ve zdravotnictví) jsem popsala výběr perspektiv nemocnicemi, kdy si tyto instituce často upravovaly nebo doplňovaly perspektivy pro své vlastní účely. Na této skutečnosti je vidět velká flexibilita konceptu BSC, která je obrovskou výhodou modelu z důvodu přizpůsobení pro účely organizace a prostředí, ve kterém působí. Na základě provedeného průzkumu literatury lze říci, že některé nemocnice nezahrnují zákaznickou perspektivu do systému a nahrazují ji perspektivou zaměřenou na řízení kvality. V případě tvorby BSC pro českou fakultní nemocnici by bylo možné sloučit perspektivu interních procesů a zákaznickou do jedné zaměřené právě na kvalitu poskytované péče, ale snížila by se tím přehlednost systému.

Provedená rešerše ukázala mnoho zajímavých a užitečných informací, nutno však podotknout, že mnoho z nich se nedá srovnávat či použít pro účely zavedení BSC v podmínkách českých nemocnic, kvůli odlišnostem v samotném pojetí zdravotnictví v ČR, způsobu zřízení a vedení nemocnice a financování zdravotní péče. Příkladem může být to, že američtí manažeři

nemocnic tvrdí, že pacienti nedisponují takovou silou, aby mohli ohrozit výkonnost nemocnice, tento předpoklad neplatí pro české zdravotnictví, kde jsou pacienti významnými stakeholdery.

Nespornou výhodou zavedení metody Balanced Scorecard pro nemocnice je srozumitelné vyjádření a šíření strategie (tj. zlepšení komunikace) mezi všemi stupni řízení. Vrcholová strategie rozpracovaná do dílčích strategií jednotlivých klinik a oddělení zainteresuje vedoucí těchto celků na výsledcích hospodaření nemocnice a současně toto srozumitelné vyjádření přispěje k podpoře dosažení dobrých výsledků. Zároveň by se tímto krokem dosáhlo i lepší kooperace v rámci týmů (na oddělení ho tvoří lékaři, zdravotní sestry a ostatní provozní personál), jež by podpořily společné cíle. Důsledkem bude další zlepšení kultury organizace, týmy si musí uvědomit, že spoluprací dosáhnou mnohem větších úspěchů stran léčby a především spokojenosti pacientů (zjednodušeně se dá říci, že spolupráce je naprosto klíčová pro dosažení úspěchu – pokud budeme uvažovat lůžkové oddělení, lékaři jsou zde „mozky" operací i vykonavateli, zdravotní sestry plní funkci vykonavatele a ostatní zdravotnický i nezdravotnický personál je nutný k zajištění chodu oddělení). V případě nemocnic jsou striktně dané vztahy nadřízenosti a podřízenosti a každému zaměstnanci je přiřazen rámec výkonů, které může provádět (dle jeho vzdělání).

Tvorba BSC by přinesla managementu nemocnice i další výhody v podobě jednotného systému možnosti porovnávání ve výsledcích dosahování cílů jednotlivých klinik a oddělení. Při tvorbě a zavádění BSC by také byly odhaleny klíčové procesy, které tvoří hodnotu pro nemocnici (z angličtiny tzv. value drivers) a díky tomu by je mohl management využít a naopak eliminovat ty, které hodnotu nevytváří nebo její tvorbu potlačují (vazba na hodnotový management). BSC je vhodným nástrojem pro podporu rozhodování, díky přehlednému zobrazení vzájemných vztahů mezi cíli a perspektivami (vztah „příčina-následek") je jednodušší nalézt „původce" vzniklé situace.

Pokud by došlo k zavedení Balanced Scorecard do všech nemocnic se statusem příspěvkové organizace, mohl by tento systém sloužit jako nástroj k získávání dat potřebných pro benchmarking. V případě nemocnic vlastněných zřizovatelem ze soukromého sektoru by se BSC musel upravit dle jejich potřeb a charakteristik, např. dle toho, že soukromá nemocnice je také zřízena za účelem léčit, ale také dosahovat zisku.

Tvorba a zavedení BSC v nemocnicích by v počátečních fázích vyžadovalo složení týmu odborníků složených ze zástupců lékařů i pracovníků s ekonomickým vzděláním. Lékaři mají přehled o fungování nemocnice z medicínského hlediska a potřeb části zaměstnanců i pacientů a manažeři jsou dokonale obeznámeni s finanční stránkou a způsoby, jak vést organizace. Pro nemocnici by to znamenalo vynaložení dalších významných finančních prostředků, které by management nemocnice chtěl spíše využít na potřebné vybavení nebo financování výzkumu. Při prvním zavedení by BSC bylo i časově náročné, jak na samotné zavedení a zachycení problémů, které by bylo nutné vyřešit a dle toho upravovat BSC (viz kapitola 2.2.3) a také na školení lékařů, aby věděli, jak správě BSC používat a zachycovat v něm informace v rámci svých oddělení. Tato školení by byla náročnější z toho důvodu, protože zmínění lékaři nemají žádné nebo minimální ekonomické znalosti.

Překážkou v zavedení BSC do nemocnic mohou být komplikované vztahy uvnitř systému zdravotnictví. V českém systému figurují dva druhy zákazníků – zdravotní pojišťovna a samotní pacienti jako příjemci péče. Dále se také v případě fakultní nemocnice mohou střetnout zájmy zaměstnavatele (Ministerstva zdravotnictví ČR) a vedení univerzity. Do fungování nemocnice zasahují i odborové svazy a sdružení zastupující zájmy lékařů a zdravotnických pracovníků. Všechny tyto skupiny sledují rozdílné zájmy a vyznávají rozdílné hodnoty. Z těchto důvodů může být stanovení odpovídajících cílů a zavedení BSC náročnější. S tím souvisí fakt, že udržení BSC

jako přehledného nástroje pro řízení výkonnosti a snadné komunikaci zvolené strategie nebude jednoduché.

Kritici BSC (Wicks, StClair & Kinney, 2007) jako nástroje pro řízení strategie a měření výkonnosti uvádějí jako slabinu nedostatečný zájem o zaměstnance z pohledu motivování jich, zapojení do řízení a fungování organizace a tím snížení fluktuace. Pro fungování nemocnice jsou jejich zaměstnanci klíčovou součástí, a proto by se v případě zavedení BSC muselo přikládat v rámci perspektivy učení se a růstu a perspektivy interních procesů všem zaměstnancům dostatečné pozornosti – např. tvorbou motivačních plánů, zlepšení komunikace a vysvětlení strategie, celkové zvyšování spokojenosti - strava, pracovní oděv a ochranné prostředky, apod.

Dalším bodem kritiky bylo, že se jedná o metodu založenou na kontrole. Myslím si, že v případě nemocnice, jde tuto metodu použít i pro účely neustálého zlepšování, kdy nemocnice může některé své procesy operativně upravovat tak, aby fungování nemocnice probíhalo efektivněji. Tuto skutečnost by mohlo podpořit vhodné časové nastavení kontrolních operací, které by odpovídalo potřebám jednotlivých klinik a oddělení. Některé dílčí cíle mohou být naplněny v kratších časových relacích, než jsme obvykle zvyklí u procesů ve výrobních podnicích apod.

Příležitostí při tvorbě efektivního systému řízení výkonnosti by mohlo být propojení BSC se systémem DRG (z angl. Diagnosis Related Group). V českém prostředí se tato metoda vyskytla teprve nedávno a Ministerstvo zdravotnictví ČR od něho očekává získání transparentnějšího programu pro výpočet úhrad provedených výkonů a poskytnuté zdravotní péče. V zahraničí se již tento program rozvinul a slouží i jako metoda pro hodnocení kvality poskytnuté zdravotní péče. Díky podrobnému rozdělení onemocnění do odpovídajících skupin, lze přehledněji sledovat úspěšnost různých způsobů léčeb ve spojení s náklady vynaloženými na jejich uskutečnění. V BSC se tyto informace odrazí ve finanční perspektivě, kdy by díky transparentnímu a přesnějšímu vykazování nákladů na zdravotní péči mělo být snadněji dosahováno vyrovnaného hospodaření. Dále by díky tomu zdravotní pojišťovny „spravedlivěji“ a transparentněji hradily poskytnutou péči. Zvýšená kvalita péče by se dále projevila i v perspektivě interních procesů, která se v případě nemocnic zabývá převážně „léčením“ a s tím spojenými procesy a také v perspektivě učení se a růstu, kde se posuzuje kompetentnost zaměstnanců a jejich vzdělání a také výzkum a vývoj prováděný nemocnicí. Dosažené výsledky z těchto perspektiv se pak odrazí v kvalitě poskytnuté péče a v celkové spokojenosti pacientů.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá strategickým řízením Fakultní nemocnice v Motole. Mojí snahou bylo „nahlédnout pod pokličku“ největší české nemocnice a využít znalosti, které jsem během svého studia na Vysoké škole ekonomické získala. Cílem bylo poznání způsobu řízení organizace naprosto odlišné od „běžných“ výrobních podniků a poskytovatelů služeb s jakými jsem se setkávala na univerzitní půdě, zhodnocení stavu řízení na základě mých znalostí a možnost využití nástroje hodnocení výkonnosti a komunikace strategie Balanced Scorecard.

Fakultní nemocnice v Motole patří mezi nejvýznamnější česká zdravotnická centra poskytující komplexní zdravotnickou péči. Jako vzdělávací instituce má přístup k nejnovějším poznatkům v oblasti léčby, lékům a vlastní nejmodernější přístrojové vybavení. Díky všem těmto skutečnostem ošetřuje pacienty nejen ze své spádové oblasti, ale také z celé republiky a také zahraničí.

Samotná práce je rozdělena do dvou částí – teoreticko-metodologické a prakticko-analytické. Začátek diplomové práce shrnuje základní informace o strategickém managementu, stanovení podnikové mise, vize, strategických cílů a krocích nutných k tvorbě a výběru samotné strategie. Práce obsahuje kapitolu, která je věnována popsání fungování zdravotnictví v české republice, protože je to podle mého názoru důležité k pochopení souvislostí a vztahů, které vznikají mezi zainteresovanými stranami. Součástí je také analýza mikro a makrookolí podniku, v rámci nichž jsem vybrala pouze některé metody, které jsou následně použité k analýze okolí nemocnice v praktické části práce. Pro analýzu makrookolí jsem zvolila metodu PESTEL. Na základě výsledků můžu konstatovat, že řízení a fungování nemocnice je legislativně velmi náročné a provedené změny v zákonech a dalších předpisech ve velké míře ovlivňují chod a hospodaření nemocnice. České zdravotnictví se dlouhou dobu potýká s problémem nejednotnosti vlády v otázkách reformy zdravotnictví. V důsledku nízkých platů a velkého množství přesčasových hodin klesá zájem o povolání lékaře či zdravotní sestry a to vyúsťuje v nedostatek počtu lékařů a ostatních „zdravotníků“ i vysokou fluktuaci hlavně v oblasti nižšího zdravotnického personálu. Z demografického hlediska představuje pro nemocnici hrozba přílivu velkého počtu migrantů, jež nemají zdravotní pojištění, a jim poskytnutá péče nebude zaplacena.

Výstupem Porterovy analýzy je konstatování, že mezi nemocnicemi navzájem funguje spíše vztah spolupráce než konkurence. Je to dané jak historickým vývojem, tak i rozdělením území České republiky a velkých měst na spádové oblasti. Vedení nemocnice si je vědomo omezených zdrojů, které neumožňují ošetřit všechny pacienty. Nemocnice v Motole má mnoho různých druhů dodavatelů, jejichž vyjednávací síla není nikterak významná z důvodu velké konkurence na trzích léčiv, poskytování kloubních náhrad, dodavatelů potravin, apod. Nemocnice často volí dodavatele podle nabídnuté ceny a má také povinnost na finančně náročné zakázky vypisovat výběrová řízení. Charakteristickým znakem sektoru zdravotnictví je přítomnost dvojího druhu „zákazníků“, tj. za příjemce („kupující“) poskytnutých služeb můžeme považovat samotné pacienty, ale i zdravotní pojišťovny. Cíle a očekávání obou „zákazníků“ jsou však protichůdné, zjednodušeně zdravotní pojišťovny chtějí za poskytnutou péči platit co nejméně a naopak pacient žádá poskytnutí vysoce kvalitních služeb, což znamená vyšší náklady na léčbu.

Z těchto dílčích analýz vyplývají silné a slabé stránky, příležitostí a ohrožení – SWOT analýza. Chování a prováděné akce managementu inklinují spíše ke strategii ST (tj. pomocí svých silných stránek se snaží minimalizovat hrozby), než k využívání příležitostí. Z příležitostí se soustředí hlavně na vyhledávání lékařských studií, grantů a dalších zdrojů.

Dále se ve své práci věnuji nástroji pro řízení výkonnosti Balanced Scorecard. V teoretické části popisuji cíle a vývoj tohoto systému a charakterizuji „klasické“ perspektivy. Poté následují výsledky z provedené rešerše odborných článků, které zachycují možnost zavedení a použití Balanced Scorecard v nemocnicích z různých koutů světa. Mohu konstatovat, že nejvíce příkladů pochází ze Spojených států, poté ze Spojeného království Velké Británie, Kanady, ale také méně obvyklých zemích jako např. Afghánistán. Nutno podotknout, že ne všechny výsledky rešerše je možné aplikovat v českých nemocnicích. Sektory zdravotnictví v jednotlivých zemích se od sebe velmi liší, existují zde různé způsoby zdravotního pojištění a úhrady zdravotní péče a liší se i vztahy mezi stakeholdery. Na základě této rešerše jsem došla k poznání, jak je tato metoda flexibilní a různé nemocnice si ji upravují podle svých potřeb a charakteristik zdravotnictví daného státu. Na příkladech strategických cílů stanovených nemocnicemi a jejich zařazení do jednotlivých perspektiv BSC je také vidět odlišné vnímání obsahu perspektiv jednotlivých manažerů.

Následující část diplomové práce obsahuje mnou vypracovaný návrh BSC perspektiv, v rámci nichž navrhuji strategické cíle, měřítka a možné akce k dosažení těchto cílů. Takto vytvořené BSC by mohlo sloužit vrcholovému managementu nemocnice. V rámci výběru cílů jsem si sama ověřila, jak flexibilní tento systém je a jak je možné uvažovat o jednom v cíli ve více perspektivách. V prostředí českého zdravotnictví navrhuji i odlišné seřazení perspektiv, než jak je známo literatury, kde se tato metoda vysvětluje na příkladech výrobních podniků. Vrcholovým cílem není ukazatel zisku, ale v případě nemocnice všechny dílčí cíle vedou ke spokojenosti pacientů.

Podle mého názoru skýtá zavedení Balanced Scorecard v prostředí českých nemocnic ve spolupráci se zmíněným systémem hodnocení kvality a klasifikaci zdravotní péče – DRG, příležitost k získání nového nástroje, který poskytne validní a přehledné informace pro vrcholový management nemocnice, ale i pro vedení jednotlivých klinik a oddělení. Metoda by byla také prospěšná ke zlepšení komunikace strategie a zaměstnancům by poskytla přehledný seznam cílů, kterých chce dosáhnout. Samotná tvorba a proces zavádění by nebyl jednoduchý a byl by náročný na čas i finanční zdroje – nutnost založení speciálního týmu, který by vytvořil jednotlivá BSC pro kliniky, která musí navazovat na „vrcholové“ BSC. Pokud by se zavedení BSC rozšířilo i mezi ostatní nemocnice mohl by vzniknout i prostor pro benchmarking.

Věřím, že výsledky z provedených analýz a návrhy k použití BSC v rámci nemocničního prostředí, poskytnou managementu užitečné informace, které jsem hodnotila očima pacienta, ale také jsem se snažila informace hodnotit očima manažera. Musím přiznat, že je určitě velmi obtížné vést takovouto organizaci tak, aby byli spokojení pacienti i manažeři a ostatní zainteresované strany, mnohdy se totiž jejich cíle a přání rozcházejí a jsou rozporuplné.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní monografie

[1] FOTR, Jiří; VACÍK, Emil; SOUČEK, Ivan; ŠPAČEK, Miroslav; HÁJEK, Stanislav. *Tvorba strategie a strategické plánování. Teorie a praxe.* Dotisk 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. 384 s. ISBN 978-80-247-3985-4.

[2] GLADKIJ, Ivan; a kol. *Management ve zdravotnictví.* 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

[3] KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. *Balanced Scorecard. Strategický systém měření výkonnosti podniku.* 3. vydání. Praha: Management Press, 2002. 267 s. ISBN 80-7261-063-5.

[4] KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. *Efektivní systém řízení strategie. Nový nástroj zvyšování výkonnosti a vytváření konkurenční výhody.* 1. vydání. Praha: Management Press, 2010. 325 s. ISBN 978-80-7261-203-1.

[5] KOŽENÝ, Pavel; NĚMEC, Jiří; KÁRNÍKOVÁ, Jana; LOMÍČEK, Miroslav. *Klasifikační systém DRG.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1.

[6] SEDLÁČKOVÁ, Helena; BUCHTA, Karel. *Strategická analýza.* 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2006. 121 s. ISBN 80-7179-367-1.

[7] SWAYNE, Linda E.; DUNCAN, W. Jack; GINTER, Peter M. *Strategic Management of Health Care Organizations.* 5th edition. Blackwell Publishing, 2007. 888 s. ISBN 978-1-4051-2432-4.

[8] TYLL, Ladislav. *Podniková strategie.* 1. vydání. Praha: C. H. Beck, 2014. 269 s. ISBN 978-80-7400-507-7.

[9] VEBER, Jaromír. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita.* 2. aktualizované vydání. Praha: Management Press, 2009. 734 s. ISBN 978-80-7261-200-0.

Odborné články

[10] Behrouzi, F.; Shaharoun, A. M.; Ma´aram, A. (2014). Application of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. *Australian Healh Review, 38*(2), 208-217. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/1550520012?accountid=17203.

[11] Chow, C. W.; Ganulin, D.; Haddad, K.; Williamson, J. (1998). The balanced Scorecard: A potent tool for energizing and focusing healthcare organization management. *Journal of Healthcare Management, 43*(3), 263-280. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/206683520?accountid=17203.

[12] Edward, A.; Kumar, B.; Kakar, F.; Salehi, A. S.; Burnham, G.; Peters, D. H. (2011). Configuring Balanced Scorecards for Measuring Health System Performance: Evidence from 5 Years´ Evaluation in Afghanistan. *PLoS Medicine, 8*(7), e1001066. doi: 10.1371/journal.pmed.1001066.

[13] Inamdar, N.; Kaplan, R. S. (2002). Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations. *Journal of Healthcare Management, 47*(3), 179-196. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/206727306?accountid=17203

[14] McDonald, B. (2012). A Review of the Use of the Balanced Scorecard in Healthcare. Dostupné na: http://docplayer.net/2725433-A-review-of-the-use-of-the-balanced-scorecard-in-healthcare.html.

[15] McLean, S. R.; Mahaffey, S. M. (2000). Implementing a Surgical Balanced Scorecard. *Surgical Services Management, 6*(1), 43-47. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/237191600?accountid=17203.

[16] Stewart, L. J.; Bestor, W. E. (2000). Applying a balanced Scorecard to health care organizations. *The Journal of Corporate Accounting & Finance, 11*(3), 75-82. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/201601219?accountid=17203.

[17] Walker, K. B.; Dunn, L. M. (2006). Improving hospital performance and productivity with the Balanced Scorecard. *Academy od Health Care Management Journal, 2*, 85-110. Dostupné na http://search.proquest.com/docview/214438739?accountid=17203.

[18] Wicks, A. M.; StClair, L.; Kinney, Ch. S. (2007). Competing Values in Healthcare: Balancing the (Un)Balanced Scorecard. *Journal of Healthcare Management, 52*(5), 309-324. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/206731450? accountid=17203.

[19] Zelman, W. N.; Pink, G. H.; Matthias, C. B. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Jurnal of the Health Care Finance, 29*(4), 1-16. Dostupné na: http://search.proquest.com/docview/235175881?accountid=17203.

Legislativní dokumenty

[20] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

[21] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

[22] Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na zdravotním pojištění.

[23] Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění.

[24] Vyhláška č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016.

[25] Vyhláška č. 350/2015 Sb., seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.

[26] Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví.

[27] Vyhláška č. 383/2009 Sb., o účetních záznamech v technické formě vybraných účetních jednotek a jejich předávání do centrálního systému účetních informací státu a o požadavcích na technické a smíšené formy účetních záznamů, ve znění pozdějších předpisů.

[28] Vyhláška č. 312/2014 Sb., o podmínkách sestavení účetních výkazů za Českou republiku (konsolidační vyhláška státu).

[29] Zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů.

[30] Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

[31] Zákon č. 25/2015 Sb. - Zákon, kterým se mění zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.

[32] Předpis č. 303/2014 Sb. - Nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

[33] Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR - http://uzis.cz/

[34] Český červený kříž - http://www.cervenykriz.eu/cz/cinnost.aspx

[35] Businessinfo.cz (online). 17. 12. 2015. Komplexní analýza malých a středních podniků. Dostupné z WWW: http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/marketing-rizeni-msp-komplexni-analyza-2769.html#b2

[36] Ministerstvo zdravotnictví ČR - http://www.mzcr.cz/

[37] Národní referenční centrum - http://www.nrc.cz/cinnosti/drg

[38] Fakultní nemocnice v Motole - http://www.fnmotol.cz/

[39] Zdravotnickydenik.cz (online). 5. 1. 2016. Sbohem poplatky! Dostupné z WWW: http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/12/2741/

[40] Vzp.cz (online). 5. 1. 2016. Regulační poplatky. Dostupné z WWW: https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky

[41] Financnisprava.cz (online). 7. 1. 2016. Kontrolní hlášení DPH. Dostupné z WWW: http://www.financnisprava.cz/cs/dane-a-pojistne/dane/dan-z-pridane-hodnoty/kontrolni-hlaseni-DPH

[42] Kurzy.cz (online). 9. 1. 2016. Mzdy – vývoj mezd, průměrné mzdy 2016. Dostupné z WWW: http://www.kurzy.cz/makroekonomika/mzdy/

[43] Tribune.cz (online). 1. 2. 2016. Požadavky poskytovatelů péče a znění úhradové vyhlášky 2016. Dostupné z WWW: http://www.tribune.cz/clanek/37289-pozadavky-poskytovatelu-pece-a-zneni-uhradove-vyhlasky

[44] Český statistický úřad - https://www.czso.cz/

[45] Businesscenter.cz (online). 12. 2. 2016. Průměrné ceny pohonných hmot. Dostupné z WWW: http://business.center.cz/business/finance/cestnahr/benzin.aspx

[46] Potrubniposta.cz (online). 15. 2. 2016. Největší potrubní pošta ve FN Motol. Dostupné z WWW: http://www.potrubniposta.cz/motol.php

[47] Fakultní nemocnice Královské Vinohrady - http://www.fnkv.cz/

[48] Všeobecná fakultní nemocnice v Praze - http://www.vfn.cz/

Ostatní zdroje

[47] Rozpočet nemocnice a podklady pro ekonomickou činnost (v podobě platné v roce 2016)

[48] Výroční zprávy Fakultní nemocnice v Motole pro rok 2012, 2013, 2014

[49] Materiály z přednášek k předmětu VŠE – Podniková ekonomika

[50] Materiály z přednášky MUDr. Martina Holcáta, MBA

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Četnost využití BSC perspektiv 17
Tabulka 2: Příklady stanovených cílů a měřítek v rámci BSC v zahraničních nemocnicích 17
Tabulka 3: Stav vybraných ukazatelů v ČR a hlavním městě v roce 2013 23
Tabulka 4: Vybraná fakta o FN Motol 30
Tabulka 5: Přehled novelizací zákona o DPH 34
Tabulka 6: Vybrané makroekonomické ukazatele 36
Tabulka 7: Přehled nákladů vynaložených na energie v období let 2011-2014 v tis. Kč 36
Tabulka 8: Průměrné ceny pohonných hmot v Kč 36
Tabulka 9: Vybrané demografické ukazatele 37
Tabulka 10: Poskytování zdravotní péče cizincům 38
Tabulka 11: Přehled výnosů nemocnice v letech 2013-2015 45
Tabulka 12: Vývoj nákladů spojených s léčbou pacienta (tis. Kč) 47
Tabulka 13: Přehled dosažených hospodářských výsledků za období let 2013-2015 48
Tabulka 14: Přehled pohledávek a závazků (tis. Kč) 49
Tabulka 15: Fyzický objem a přepočtený počet zaměstnanců v letech 2013 a 2014 52
Tabulka 16: Cíle a měřítka ve finanční perspektivě 58
Tabulka 17: Cíle a měřítka v perspektivě učení se a růstu 59
Tabulka 18: Cíle a měřítka v perspektivě interních procesů 61
Tabulka 19: Cíle a měřítka v zákaznické perspektivě 63

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Rozdělení nemocnic dle typu zavedené generace BSC 16
Graf 2: Rozdělení a počet nemocnic dle zřizovatele 23
Graf 3: Vývoj vybraných položek výnosů v letech 2013-2015 46
Graf 4: Podíl jednotlivých položek výnosů na celkových výnosech v roce 2015 46
Graf 5: Procentní vyjádření jednotlivých složek nákladů na celkové výši v roce 2015 48

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Postup při tvorbě strategie 6
Obrázek 2: Podnikové okolí 8
Obrázek 3: Porterův model pěti sil 9
Obrázek 4:Strategický plánovací cyklus 12
Obrázek 5: Posloupnost kroků při vývoji a implementaci BSC v nemocnici 19
Obrázek 6: Zdravotnický systém v ČR 22
Obrázek 7: Grafické zobrazení organizačního schématu fakultní nemocnice 31
Obrázek 8: Logo nemocnice 32
Obrázek 9: Automatický dopravní podzemní systém 38
Obrázek 10: Potrubní systém ve FN Motol 39
Obrázek 11: Seřazení BSC perspektiv v prostředí nemocnic a výrobních podniků 57
Obrázek 12: Strategická mapa 64

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BSC	Balanced Scorecard
CSÚIS	Centrální systém účetních informací státu
CT	Počítačová tomografie
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Diagnosis Related Group
FN	Fakultní nemocnice
JIP	Jednotka intenzivní péče
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MRI	Magnetická rezonance
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
PAP	Pomocný analytický přehled
PET/CT	Pozitron emisní tomografie + počítačová tomografie
RTG	Rentgen
ÚHKT	Ústav hematologie a krevní transfuze
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Seznam klinik, oddělení a ostatních pracovišť ve FN Motol 77

Příloha č. 2: Přehled deseti nejdražších přístrojů ve FN Motol 79

Příloha č. 3: Rozvaha a výkaz zisku a ztráty z roku 2015 80

Příloha č. 4: Organizační struktura Fakultní nemocnice v Motole 88

Příloha č. 1: ***Seznam klinik, oddělení a ostatních pracovišť ve FN Motol***

Dospělá část:

- I. Ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol
- III. Chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol
- Centrum reprodukční medicíny a reprodukční genetiky
- Dermatovenerologické oddělení
- Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Chirurgická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Oddělení plastické chirurgie
- Interní klinika 2. LF UK a FN Motol
- Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Klinika kardiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika spondylochirurgie 1. LF UK a FN Motol
- Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol
- LDN – Centrum následné péče
- Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Oddělení infekční
- Oddělení LSPP pro dospělé
- Oddělení primární péče
- Oddělení urgentního příjmu dospělých
- Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Hemodialyzační středisko Fresenius Medical Care

Dětská část:

- Centrum komplexní péče o děti s poruchami vývoje a jejich rodiny
- Dermatologické oddělení pro děti
- Dětské kardiocentrum
- Dětská psychiatrická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Foniatrické oddělení
- Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol
- Klinika ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol
- Novorozenecké oddělení
- Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí
- Pediatrická klinika 2. LF UK a FN Motol

Společná oddělení:

- Centrum pro léčení a výzkum bolestivých stavů
- Centrum zrakových vad
- Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol
- Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol

- Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol
- Nemocniční lékárny
- Neurochirurgická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol
- Oční klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol
- Oddělení klinické psychologie
- Oddělení léčebné výživy
- Oddělení revmatologie dětí a dospělých
- Oddělení sociální
- Oddělení tělovýchovného lékařství
- Spinální jednotka při Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol
- Stomatologická klinika dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol

Komplementy (společná vyšetřovací pracoviště):

- Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK FN Motol
- Oddělení centrálních operačních sálů
- Oddělení klinické hematologie
- Oddělení krevní banky
- Oddělení nemocniční hygieny a epidemiologie
- Oddělení transplantací a tkáňové banky
- Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol
- Ústav imunologie 2. LF UK a FN Motol
- Ústav lékařské chemie a klinické biochemie 2. LF UK a FN Motol
- Ústav lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol
- Ústav patologie a molekulární medicíny 2. LF UK a FN Motol

Letecký pohled na FN Motol:



Příloha č. 2: ***Přehled deseti nejdražších přístrojů ve FN Motol***

č.	**Název**	**Pořizovací cena**	**Rok pořízení**
1	EU Phare lineární urychlovač	71 482 756,63	2006
2	Urychlovač linární s jednou energií X+P	64 968 512,00	2009
3	CT	58 637 673,00	2007
4	Lineární urychlovač s více energiemi	52 104 626,00	2006
5	RTG Angiograf dvourovinný I	47 678 000,00	2011
6	RTG Angiografický dvourovinný II	38 126 590,00	2009
7	Systém traumanavigační	38 005 287,00	2010
8	Magnetická rezonance	36 287 295,00	2010
9	RTG polystar system 2	36 172 056,00	1998
10	Magnetická rezonance 1,5 T	30 617 809,00	2011

Zdroj: Vlastní zpracování, interní materiály FN Motol.

Příloha č. 3: *Rozvaha a výkaz zisku a ztráty za rok 2015*

V Ý K A Z Z I S K U A Z T R Á T Y
sestavený k 31.12.2015 v Kč
IKF IČO
820093 00064203
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84,Praha 5

24.02.2016 10:58 strana 1

Pol	Název ukazatele		sledované období hlavní činnost	sledované období hosp.činnost	minulé období hlavní činnost	minulé období hosp.činnost
1	A. N Á K L A D Y C E L K E M		7,341,714,115.40	433,486,981.99	7,088,905,386.25	398,083,206.44
2	I. Náklady z činností (A.I.1 až A.I.36)		7,339,815,022.01	433,486,981.99	7,088,401,964.23	398,083,097.77
3	1. Spotřeba materiálu	501	2,655,419,938.00	2,342,004.08	2,545,143,050.68	2,409,269.21
4	2. Spotřeba energie	502	168,438,098.69	11,355,517.16	165,545,960.14	11,742,454.62
5	3. Spotřeba jiných neskladovatelných dod	503	11,003.16	0.00	8,400.00	0.00
6	4. Prodané zboží	504	3,083,124.60	365,504,842.74	3,148,778.95	327,807,779.81
7	5. Aktivace dlouhodobého majetku	506	0.00	0.00	0.00	0.00
8	6. Aktivace oběžného majetku	507	0.00	0.00	0.00	0.00
9	7. Změna stavu zásob vlastní výroby	508	0.00	0.00	0.00	0.00
10	8. Opravy a udržování	511	322,333,803.25	1,316,609.52	319,887,341.41	2,099,983.61
11	9. Cestovné	512	12,857,103.54	0.00	9,567,649.92	0.00
12	10. Náklady na reprezentaci	513	2,193,019.39	0.00	2,249,255.62	0.00
13	11. Aktivace vnitroorganizačních služeb	516	-2,355,104.00	0.00	-2,400,535.00	0.00
14	12. Ostatní služby	518	330,265,058.67	13,317,339.01	331,232,160.91	13,075,476.61
15	13. Mzdové náklady	521	2,279,887,433.05	13,748,176.95	2,157,538,223.02	13,118,233.98
16	14. Zákonné sociální pojištění	524	758,422,166.02	4,657,094.98	718,878,738.70	4,456,808.30
17	15. Jiné sociální pojištění	525	0.00	0.00	0.00	0.00
18	16. Zákonné sociální náklady	527	22,403,312.09	139,263.92	21,215,134.35	147,892.08
19	17. Jiné sociální náklady	528	0.00	0.00	0.00	0.00
20	18. Daň silniční	531	27,819.00	0.00	24,506.00	0.00
21	19. Daň z nemovitostí	532	275,926.00	0.00	220,374.50	0.00
22	20. Jiné daně a poplatky	538	0.00	0.00	0.00	0.00
23	22. Smluvní pokuty a úroky z prodlení	541	0.00	0.00	0.00	0.00

Pol	Název ukazatele		sledované období hlavní činnost	sledované období hosp.činnost	minulé období hlavní činnost	minulé období hosp.činnost
24	23. Jiné pokuty a penále	542	115,910.00	0.00	64,260.00	0.00
25	24. Dary	543	0.00	0.00	0.00	0.00
26	25. Prodaný materiál	544	7,956.00	0.00	0.00	0.00
27	26. Manka a škody	547	191,448.97	0.00	375,792.47	0.00
28	27. Tvorba fondů	548	0.00	0.00	0.00	0.00
29	28. Odpisy dlouhodobého majetku	551	567,708,029.48	4,257,615.17	618,035,119.12	5,019,534.50
30	29. Prodaný dlouhodobý nehmotný majetek	552	0.00	0.00	0.00	0.00
31	30. Prodaný dlouhodobý hmotný majetek	553	2,724,263.84	0.00	97,158.00	0.00
32	31. Prodané pozemky	554	0.00	0.00	0.00	0.00
33	32. Tvorba a zúčtování rezerv	555	62,695.94	0.00	306,040.80	0.00
34	33. Tvorba a zúčtování opravných položek	556	2,927,055.33	0.00	3,176,799.96	0.00
35	34. Náklady z vyřazených pohledávek	557	6,481,474.39	0.00	7,018,347.76	0.00
36	35. Náklady z drobného dlouhodobého majet	558	50,397,723.26	142,053.54	59,840,261.61	211,351.12
37	36. Ostatní náklady z činností	549	155,936,753.34	16,706,464.92	127,229,145.29	17,994,313.93
38	II. Finanční náklady (A.II.1 až A.II.5)		1,899,093.39	0.00	503,422.02	108.67
39	2. Úroky	562	1,244,274.00	0.00	13,779.79	0.00
40	3. Kurzové ztráty	563	654,819.07	0.00	489,641.88	108.67
41	4. Náklady z přecenění reálnou hodnotou	564	0.00	0.00	0.00	0.00
42	5. Ostatní finanční náklady	569	0.32	0.00	0.35	0.00
43	III. Náklady na transfery (A.III.1 až A.III.2)		0.00	0.00	0.00	0.00
44	1. Náklady ústředních rozpočtů na transf	571	0.00	0.00	0.00	0.00
45	2. Náklady územních rozpočtů na transfer	572	0.00	0.00	0.00	0.00
46	V. Daň z příjmů (A.V.1 až A.V.2)		0.00	0.00	0.00	0.00
47	1. Daň z příjmů	591	0.00	0.00	0.00	0.00
48	2. Dodatečné odvody daně z příjmů	595	0.00	0.00	0.00	0.00
49	B. V Ý N O S Y C E L K E M (B.I. až B.VI.)		7,297,060,122.79	481,092,595.63	7,049,502,608.73	438,498,926.77
50	I. Výnosy z činností (B.I.1 až B.VI.17)		7,147,594,977.94	481,092,595.63	6,910,736,409.15	438,498,926.77

strana 3

Pol.	Název ukazatele		sledované období hlavní činnost	sledované období hosp.činnost	minulé období hlavní činnost	minulé období hosp.činnost
51	1. Výnosy z prodeje vlastních výrobků	-601	0.00	0.00	0.00	0.00
52	2. Výnosy z prodeje služeb	-602	6,690,009,259.95	0.00	6,192,714,304.99	0.00
53	3. Výnosy z pronájmu	-603	38,499,226.27	1,409,213.21	37,512,221.36	1,507,028.96
54	4. Výnosy z prodaného zboží	-604	3,283,869.98	458,536,517.94	371,623.22	416,520,512.01
55	8. Jiné výnosy z vlastních výkonů	-609	0.00	0.00	0.00	0.00
56	9. Smluvní pokuty a úroky z prodlení	-641	1,902,131.95	0.00	2,219,360.95	0.00
57	10. Jiné pokuty a penále	-642	0.00	0.00	0.00	0.00
58	11. Výnosy z vyřazených pohledávek	-643	8,864.00	0.00	8,432.00	0.00
59	12. Výnosy z prodeje materiálu	-644	1,652.80	0.00	247.92	0.00
60	13. Výnosy z prodeje dlouhodobého nehmot.	-645	0.00	0.00	0.00	0.00
61	14. Výnosy z prodeje dlouhod.hmot.maj. kr	-646	0.00	0.00	0.00	0.00
62	15. Výnosy z prodeje pozemků	-647	0.00	0.00	0.00	0.00
63	16. Čerpání fondů	-648	293,562,292.62	0.00	568,401,557.70	0.00
64	17. Ostatní výnosy z činností	-649	120,327,680.36	21,116,859.48	109,508,661.01	20,471,385.80
65	II. Finanční výnosy (B.II.2. až B.II.6)		1,984,006.34	0.00	4,656,427.65	0.00
66	2. Úroky	-662	1,867,175.74	0.00	4,447,617.22	0.00
67	3. Kurzové zisky	-663	116,823.60	0.00	208,809.43	0.00
68	4. Výnosy z přecenění reálnou hodnotou	-664	0.00	0.00	0.00	0.00
69	6. Ostatní finanční výnosy	-669	7.00	0.00	1.00	0.00
70	IV. Výnosy z transferů (B.IV.1 až B.IV.2)		147,481,138.51	0.00	134,109,771.93	0.00
71	1. Výnosy vybr.ústředních vlád.instit. z	-671	147,481,138.51	0.00	134,109,771.93	0.00
72	2. Výnosy vybr.místních vlád.instit. z t	-672	0.00	0.00	0.00	0.00
73	C. VÝSLEDEK HOSPODAŘENÍ		0.00	0.00	0.00	0.00
74	1. Výsledek hospodaření před zdaněním		-44,653,992.61	47,605,613.64	-39,402,777.52	40,415,720.33
75	2. Výsledek hospodaření po zdanění		-44,653,992.61	47,605,613.64	-39,402,777.52	40,415,720.33

ROZVAHA V PLNÉM ROZSAHU
sestavená k 31.12.2015 v Kč
IKF IČO
801095 00064203
Fakultní nemocnice v Motole
V Úvalu 84,Praha 5

24.02.2016 10:46 strana 1

Ř.		Brutto	Korekce	Netto	Minulé období
1	A K T I V A C E L K E M (A + B)	20,985,763,852.99	10,010,605,965.61	10,975,157,886.38	10,802,875,975.72
2	A. Stálá aktiva (A.I. až A.IV.)	18,908,633,674.17	9,974,430,308.73	8,934,203,365.44	8,747,151,624.86
3	I. Dlouhodobý nehmotný majetek (A.I.1. až A.I.	173,323,653.53	148,593,007.85	24,730,645.68	21,325,352.38
4	1. Nehmotné výsledky výzkumu a vývoje | 012	0.00	0.00	0.00	0.00
5	2. Software | 013	159,462,665.03	138,214,567.19	21,248,097.84	17,170,859.34
6	3. Ocenitelná práva | 014	0.00	0.00	0.00	0.00
7	4. Povolenky na emise a preferenční l | 015	1,711,916.17	0.00	1,711,916.17	1,615,472.37
8	5. Drobný dlouhodobý nehmotný majetek | 018	10,378,440.66	10,378,440.66	0.00	0.00
9	6. Ostatní dlouhodobý nehmotný majete | 019	0.00	0.00	0.00	0.00
10	7. Nedokončený dlouhod.nehm.majetek | 041	1,770,631.67	0.00	1,770,631.67	2,539,020.67
11	8. Uspořádací účet tech.zhodnoc.dlouh | 044	0.00	0.00	0.00	0.00
12	9. Poskytnuté zálohy na dlouhod.nehm. | 051	0.00	0.00	0.00	0.00
13	10. Dlouhodobý nehmotný majetek k prod | 035	0.00	0.00	0.00	0.00
14	II. Dlouhodobý hmotný majetek (A.II.1 až A.II.1	18,725,947,245.69	9,825,837,300.88	8,900,109,944.81	8,716,755,230.28
15	1. Pozemky | 031	297,127,717.65	0.00	297,127,717.56	290,370,362.82
16	2. Kulturní předměty | 032	3,129,908.50	0.00	3,129,908.50	3,129,908.50
17	3. Stavby | 021	12,847,011,287.76	5,469,638,002.74	7,377,373,285.02	7,617,522,198.54
18	4. Samostatné hm.movité věci a soubor | 022	4,210,551,694.20	3,480,926,247.14	729,625,447.06	579,526,993.48
19	5. Pěstitelské celky trvalých porostů | 025	0.00	0.00	0.00	0.00
20	6. Drobný dlouhodobý hmotný majetek | 028	875,273,051.00	875,273,051.00	0.00	0.00
21	7. Ostatní dlouhodobý hmotný majetek | 029	0.00	0.00	0.00	0.00
22	8. Nedokončený dlouhodobý hmotný maje | 042	492,221,409.57	0.00	492,221,409.57	225,573,589.94
23	9. Uspořádací účet tech.zhodn.dlouhod | 045	0.00	0.00	0.00	0.00

Ř.		Brutto	Korekce	Netto	Minulé období
24	10. Poskytnuté zálohy na dlouhod.hmotn |052	632,177.00	0.00	632,177.00	532,177.00
25	11. Dlouh.hmot.majetek určený k prodeji |036	0.00	0.00	0.00	0.00
26	III. Dlouhodobý finanční majetek (A.III.1 až A.I	0.00	0.00	0.00	0.00
27	1. Majetkové účasti v osobách s rozho |061	0.00	0.00	0.00	0.00
28	2. Majetkové účesti v osobách s podst |062	0.00	0.00	0.00	0.00
29	3. Dluhové cenné papíry držené do spl |063	0.00	0.00	0.00	0.00
30	5. Termínové vklady dlouhodobé |068	0.00	0.00	0.00	0.00
31	6. Ostatní dlouhodobý finanční majete |059	0.00	0.00	0.00	0.00
32	IV. Dlouhodobé pohledávky (A.IV.1 až A.IV.7)	9,362,774.95	0.00	9,362,774.95	9,071,042.20
33	1. Poskytnuté návratné fin.výpomoci d |462	0.00	0.00	0.00	0.00
34	2. Dlouhodobé pohledávky z postoupený |464	0.00	0.00	0.00	0.00
35	3. Dlouhodobé poskytnuté zálohy |465	0.00	0.00	0.00	0.00
36	5. Ostatní dlouhodobé pohledávky |469	9,362,774.95	0.00	9,362,774.95	9,071,042.20
37	6. Dlouhodobé poskytnuté zálohy na tr |471	0.00	0.00	0.00	0.00
38	7. Zprostředkování dlouhodobých trans |475	0.00	0.00	0.00	0.00
39	B. Oběžná aktiva (B.I. až B.III.)	2,077,130,178.32	36,175,657.88	2,040,954,520.94	2,055,722,350.86
40	I. Zásoby (B.I.1 až B.I.10)	134,790,786.66	0.00	134,790,786.66	107,485,411.25
41	1. Pořízení materiálu |111	0.00	0.00	0.00	0.00
42	2. Materiál na skladě |112	33,687,433.34	0.00	33,687,433.34	33,498,632.41
43	3. Materiál na cestě |119	11,371,757.69	0.00	11,371,757.69	13,842,734.26
44	4. Nedokončená výroba |121	0.00	0.00	0.00	0.00
45	5. Polotovary vlastní výroby |122	0.00	0.00	0.00	0.00
46	6. Výrobky |123	0.00	0.00	0.00	0.00
47	7. Pořízení zboží |131	0.00	0.00	0.00	0.00
48	8. Zboží na skladě |132	89,731,595.63	0.00	89,731,595.63	60,144,044.58
49	9. Zboží na cestě |138	0.00	0.00	0.00	0.00
50	10. Ostatní zásoby |139	0.00	0.00	0.00	0.00
51	II. Krátkodobé pohledávky (B.II.1 až B.II.32)	1,091,689,919.50	36,175,657.88	1,055,514,261.62	1,092,528,237.54

strana 3

Ř.			Brutto	Korekce	Netto	Minulé období
52	1. Odběratelé	311	437,185,763.65	36,175,657.88	401,010,105.77	400,221,119.36
53	4. Krátkodobé poskytnuté zálohy	314	1,842,929.50	0.00	1,842,929.50	1,655,192.75
54	5. Jiné pohledávky z hlavní činnosti	315	0.00	0.00	0.00	0.00
55	6. Poskytnuté návratné fin.výpomoci k	316	0.00	0.00	0.00	0.00
56	9. Pohledávky za zaměstnanci	335	13,017,458.43	0.00	13,017,458.43	15,857,069.60
57	10. Sociální zabezpečení	336	0.00	0.00	0.00	0.00
58	11. Zdravotní pojištění	337	0.00	0.00	0.00	0.00
59	12. Důchodové spoření	338	0.00	0.00	0.00	0.00
60	13. Daň z příjmů	341	0.00	0.00	0.00	12,821,000.00
61	14. Ostatní daně,poplatky a jiná obdob	342	0.00	0.00	0.00	0.00
62	15. Daň z přidané hodnoty	343	0.00	0.00	0.00	0.00
63	16. Pohledávky za osobami mimo vybrané	344	0.00	0.00	0.00	23,581.00
64	17. Pohledávky za vybranými ústředními	346	0.00	0.00	0.00	0.00
65	18. Pohledávky za vybranými místními v	348	0.00	0.00	0.00	0.00
66	27. Krátkodobé poskytnuté zálohy na tr	373	0.00	0.00	0.00	0.00
67	28. Zprostředkování krátkodobých trans	375	0.00	0.00	0.00	0.00
68	29. Náklady příštích období	381	3,253,563.01	0.00	3,253,563.01	5,201,779.55
69	30. Příjmy příštích období	385	0.00	0.00	0.00	0.00
70	31. Dohadné účty aktivní	388	636,390,204.91	0.00	636,390,204.91	656,745,192.57
71	32. Ostatní krátkodobé pohledávky	377	0.00	0.00	0.00	2,302.71
72	III. Krátkodobý finanční majetek (B.III.1 až B.I		850,649,472.66	0.00	850,649,472.66	855,708,702.07
73	1. Majetkové cenné papíry k obchodová	251	0.00	0.00	0.00	0.00
74	2. Dluhové cenné papíry k obchodování	253	0.00	0.00	0.00	0.00
75	3. Jiné cenné papíry	256	0.00	0.00	0.00	0.00
76	4. Termínované vklady krátkodobé	244	0.00	0.00	0.00	0.00
77	5. Jiné běžné účty	245	53,025,483.86	0.00	53,025,483.86	115,214,836.62
78	9. Běžný účet	241	790,892,288.97	0.00	790,892,288.97	738,148,432.68
79	10. Běžný účet FKSP	243	6,658,893.83	0.00	6,658,893.83	2,290,779.77

Ř.			Brutto	Korekce	Netto	Minulé období
80	15. Ceniny	263	7,710.00	0.00	7,710.00	19,650.00
81	16. Peníze na cestě	252	0.00	0.00	0.00	0.00
82	17. Pokladna	261	65,096.00	0.00	65,096.00	35,001.00

Ř.			Stav v běžném úč.období	Stav v minulém úč.období
83	P A S I V A (C + D)		10,975,157,886.38	10,802,873,975.72
84	C. Vlastní kapitál (C.I až C.III)		9,890,146,272.28	10,048,279,753.88
85	I. Jmění účetní jednotky a uprav.pol. (C.I.1 až C		8,954,515,494.41	8,760,013,518.00
86	1. Jmění účetní jednotky	-401	8,920,256,302.73	8,716,504,425.74
87	3. Transfery na pořízení dlouhodobého ma	-403	50,687,437.02	64,000,910.18
88	4. Kurzové rozdíly	-405	0.00	0.00
89	5. Oceňovací rozdíly při prvotním použit	-406	-15,742,626.33	-20,491,817.92
90	6. Jiné oceňovací rozdíly	-407	0.00	0.00
91	7. Opravy předcházejících účetních období	-408	314,380.99	0.00
92	II. Fondy účetní jednotky (C.II.1. až C.II.5.)		2,365,452,090.08	2,721,039,169.12
93	1. Fond odměn	-411	0.00	0.00
94	2. Fond kulturních a sociálních potřeb	-412	19,033,874.15	17,518,899.48
95	3. Rezervní fond tvořený ze zlepš.hosp.v	-413	0.00	0.00
96	4. Rezervní fond z ostatních titulů	-414	51,220,747.84	46,474,648.36
97	5. Fond reprodukce majetku, investiční f	-416	2,295,197,468.09	2,656,945,621.28
98	III. Výsledek hospodaření (C.III.1 až C.III.3)		-1,429,821,312.21	-1,432,772,933.24
99	1. Výsledek hospodaření běžného účetního	-6-5	2,951,621.03	1,012,942.81
100	2. Výsledek hospodaření ve schvalovacím	-431	0.00	0.00
101	3. Výsledek hospodaření minulých účetníc	-432	-1,432,772,933.24	-1,433,785,876.05
102	D. Cizí zdroje (D.I. až D.III.)		1,085,011,614.10	754,594,221.84
103	I. Rezervy (D.I.1)		766,803.75	1,619,488.80
104	1. Rezervy	-441	766,803.75	1,619,488.80
105	II. Dlouhodobé závazky (D.II.1 až D.II.9)		217,477,534.00	0.00

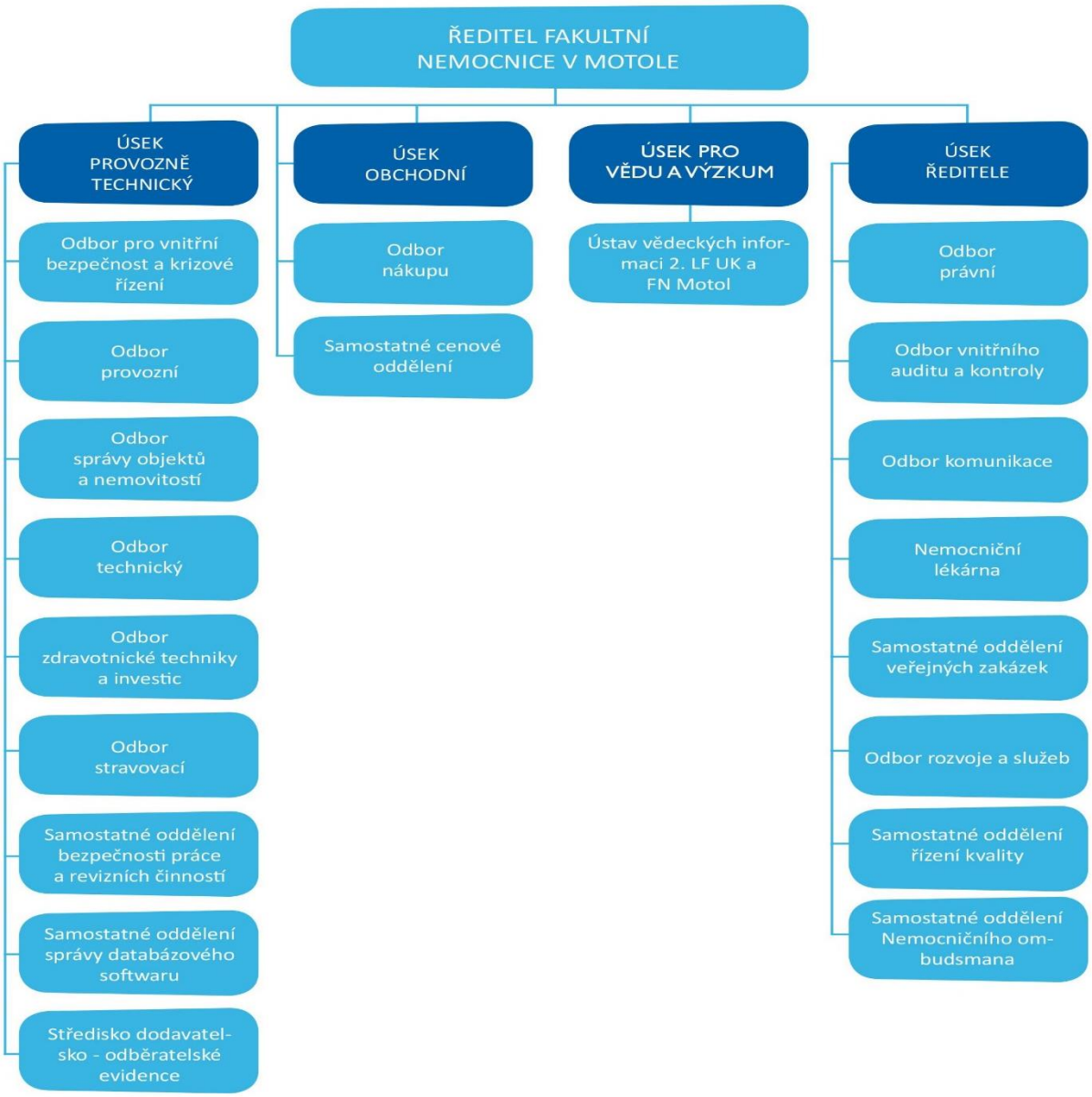
strana 5

Ř.			Stav v běžném úč.období	Stav v minulém úč.období
106	1. Dlouhodobé úvěry	-451	0.00	0.00
107	2. Přijaté návratné finanční výpomoci dl	-452	0.00	0.00
108	4. Dlouhodobé přijaté zálohy	-455	0.00	0.00
109	7. Ostatní dlouhodobé závazky	-459	217,477,534.00	0.00
110	8. Dlouhodobé přijaté zálohy na transfer	-472	0.00	0.00
111	9. Zprostředkování dlouhodobých transfer	-475	0.00	0.00
112	III. Krátkodobé závazky (D.III.1 až D.III.37)		866,767,276.35	753,574,733.04
113	1. Krátkodobé úvěry	-281	0.00	0.00
114	4. Jiné krátkodobé půjčky	-289	0.00	0.00
115	5. Dodavatelé	-321	473,869,355.53	360,552,895.80
116	7. Krátkodobé přijaté zálohy	-324	3,069,010.33	2,673,371.44
117	9. Přijaté návratné finanční výpomoci kr	-326	0.00	0.00
118	10. Zaměstnanci	-331	2,159,684.00	2,349,940.00
119	11. Jiné závazky vůči zaměstnancům	-333	142,097,283.37	137,505,140.08
120	12. Sociální zabezpečení	-336	56,852,958.00	55,079,351.00
121	13. Zdravotní pojištění	-337	26,092,807.00	25,181,691.00
122	14. Důchodové spoření	-338	150,295.00	189,839.00
123	15. Daň z příjmů	-341	0.00	0.00
124	16. Ostatní daně, poplatky a jiné obd.pen	-342	26,317,473.00	25,355,285.00
125	17. Daň z přidané hodnoty	-343	7,861,246.38	8,969,102.62
126	18. Závazky k osobám mimo vybrané vlád.in	-345	0.00	0.00
127	19. Závazky k vybraným ústř.vládním insti	-347	3,525,612.25	3,762,625.92
128	20. Závazky k vybraným místním vlád.insti	-349	0.00	0.00
129	32. Krátkodobé přijaté zálohy na transfer	-374	0.00	0.00
130	33. Zprostředkování krátkodobých transfer	-375	0.00	0.00
131	34. Výdaje příštích období	-383	0.00	0.00
132	35. Výnosy příštích období	-384	1,003,418.70	524,294.64
133	36. Dohadné účty pasivní	-389	104,506,891.85	114,508,866.48

Zdroj: Interní materiály.

Příloha č. 4: ***Organizační struktura Fakultní nemocnice v Motole***





Zdroj: Výroční zpráva nemocnice za rok 2014.