

Projekt zavedení Školy artrózy v soukromé ortopedické ambulanci

Bc. Andrea Slováčková

Diplomová práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Andrea Slováčková**
Osobní číslo: **M14288**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zavedení Školy artrózy v soukromé ortopedické ambulanci**

Zásady pro vypracování:

Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

I. Teoretická část

- Na základě dostupných zdrojů popište systém zdravotní péče v ČR a jeho specifika.
- Popište trh zdravotnických služeb a způsoby jejich financování.

II. Praktická část

- Analyzujte existující podmínky pro založení Školy artrózy.
- Na základě výsledků analýzy vytvořte projekt zavedení Školy artrózy v soukromé ortopedické ambulanci.
- Projekt zhodnotte z hlediska jeho implementace do praxe.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70 stran**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

BUCHBINDER, S. B. and SHANKS, N. H. Introduction to health care management. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones and Bartlett Learning, 2012, 494 s. ISBN 978-0-7637-9086-8.
DUNCAN, J. W., GINTER, P. M. and SWAYNE, L. E. Strategic management of health care organizations. 6th ed. Chichester: John Wiley and Sons, 2008, 869 s. ISBN 978-1-4051-7918-8.
DUNGL, P. a kol. Ortopedie. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
GLADKIJ, I. a kol. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 380 s. ISBN 80-722-6996-8.
STAŇKOVÁ, P. Marketingové řízení nemocnic. 1. vyd. Žilina: GEORG, 2013, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**
Ústav managementu a marketingu
Datum zadání diplomové práce: **30. června 2016**
Termín odevzdání diplomové práce: **22. srpna 2016**

Ve Zlíně dne 30. června 2016



doc. Ing. David Tuček, Ph.D.
děkan



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

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Prohlašuji, že

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

Prohlašuji,

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

Ve Zlíně

18. 8. 2016



.....
podpis diplomanta

ABSTRAKT

Diplomová práce, jejímž cílem je implementovat do praxe edukační projekt pro pacienty s artrózou, je rozdělena do dvou částí. První, teoretická část popisuje zdraví jako nejcennější statek, zabývá se různými systémy zdravotní péče a soustavou zdravotnických zařízení a institucí v ČR, marketingem ve zdravotnictví a komunikací v kontextu zdravotní péče a krátce přibližuje jedno z nejčastějších degenerativních onemocnění, artrózu. Druhá, praktická část této diplomové práce popisuje marketingové prostředí privátní ortopedické ambulance, včetně SWOT analýzy. K marketingovému výzkumu této práce byla využita metoda kvantitativního sběru dat. Projektová část navrhuje vytvoření edukačního programu Škola artrózy, a jeho zavedení do praxe.

Klíčová slova: artróza, zdraví, zdravotní služby, zdravotní péče, zdravotnické zařízení, financování, management, marketing, marketingový mix, komunikace ve zdravotnictví, pacient

ABSTRACT

The aim of the master's thesis is to educate the practise of patients with arthrosis. Thesis is divided into two parts, First the theoretical part describes health as a most valuable thing and deals with the different systems of health care and the system of health facilities and institutes in the Czech republic. It also deals with marketing and communication in context of healthcare and describing one of the most common degenerative illnesses as well as arthrosis. Second part of this Master thesis describes the marketing environment of private orthopedic clinic, including a SWOT analysis. For marketing research the quantitative method was used to collect data for this thesis. The project part suggests creation of an educational program called 'School of arthrosis' and its use in the practice.

Keywords: arthrosis, health, health services, healthcare, health institutes, funding, management, marketing, marketing mix, communication in the healthcare, patient

Třemi cestami můžeme dojít k moudrosti: První je cesta zkušenosti, to je cesta nejtěžší. Druhá je cesta napodobení, to je cesta nejlehčí. Třetí je cesta přemýšlení, to je cesta nejušlechtlejší.

Konfucius

Děkuji prof. MUDr. Jaroslavu Slanému CSc. za odborné vedení a cenné rady, které mi poskytl při zpracování této diplomové práce a za morální vzor, kterým mi byl po celou dobu studia. Děkuji také své rodině a svým blízkým za trpělivost, toleranci, pomoc a podporu.

OBSAH

ÚVOD	9
CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ZDRAVÍ	12
1.1 ZDRAVÍ JAKO VÝZNAMNÁ SPOLEČENSKÁ HODNOTA.....	12
1.2 VEŘEJNÉ ZDRAVÍ.....	13
1.3 DEMOGRAFICKÝ VÝVOJ.....	13
1.4 ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOST	14
2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE	15
2.1 ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....	15
2.2 MODELY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	15
2.2.1 Model zdravotního pojištění	16
2.2.2 Model národní zdravotní služby.....	16
2.2.3 Liberálně – tržní model	17
2.2.4 Státní model	17
2.3 UKAZATELE ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	18
2.3.1 Dostupnost péče	18
2.3.2 Kvalita péče.....	18
2.3.3 Ekonomická nákladnost	19
2.3.4 Výkonnost zdravotnického systému	19
2.3.5 Ekvita	19
2.3.6 Sociální akceptabilita a solidarita.....	20
2.4 REFORMY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ	21
3 TRH ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB V ČR	23
3.1 AMBULANTNÍ PÉČE	23
3.1.1 Primární zdravotní péče	24
3.1.2 Ambulantní specialisté	24
3.1.3 Zvláštní ambulantní péče	25
3.2 LŮŽKOVÁ PÉČE.....	26
3.3 DALŠÍ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V ČR	27
4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	28
4.1 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	28
4.2 PLÁTCI POJISTNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	29
4.3 ÚHRADOVÉ MECHANISMY V ČR.....	30
4.3.1 Kapitační platba	30
4.3.2 Platba za výkon	30
4.3.3 Paušální platba	31
4.3.4 Systém DRG.....	32
4.4 REGULAČNÍ MECHANISMUS	32
5 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ	34

5.1	DEFINICE MARKETINGU	34
5.2	MARKETINGOVÉ PROSTŘEDÍ.....	35
5.2.1	Vnější makroprostředí	35
5.2.2	Vnější mikroprostředí.....	36
5.2.3	Vnitřní mikroprostředí	36
5.3	SWOT ANALÝZA	36
5.4	MARKETINGOVÝ MIX 4P A 4C.....	37
5.4.1	Product & Customer values	38
5.4.2	Price & Costs.....	39
5.4.3	Promotion & Communication	40
5.4.4	Place & Convenience	40
5.5	MARKETINGOVÁ KOMUNIKACE.....	41
5.5.1	Formy komunikace.....	41
5.5.2	Cíle komunikace.....	42
5.6	KOMUNIKACE V KONTEXTU ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	42
5.6.1	Komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty.....	43
6	ARTRÓZA	45
6.1	DĚLENÍ ARTRÓZY DLE RTG	45
6.2	KLINICKÝ OBRAZ	45
6.3	RIZIKOVÉ FAKTORY.....	46
6.4	PREVALENCE ARTRÓZY	46
6.5	LÉČBA ARTRÓZY	47
7	ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	48
II	PRAKTICKÁ ČÁST	49
8	PROSTŘEDÍ PRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCE.....	50
8.1	VNĚJŠÍ MAKROPROSTŘEDÍ.....	50
8.1.1	Politické prostředí	50
8.1.2	Ekonomické prostředí	51
8.1.3	Sociální prostředí	52
8.1.4	Technologické prostředí.....	54
8.1.5	Ekologické prostředí	55
8.2	VNĚJŠÍ MIKROPROSTŘEDÍ	57
8.2.1	Dodavatelé.....	57
8.2.2	Klienti.....	57
8.2.3	Konkurence	58
8.2.4	Potencionální konkurence	58
8.2.5	Substituty.....	59
8.2.6	Zdravotní pojišťovny.....	59
8.3	VNITŘNÍ PROSTŘEDÍ	61
8.3.1	Organizace a řízení soukromé ortopedické ambulance.....	61
8.3.2	Technická vybavenost soukromé ortopedické ambulance	62
8.3.3	Finanční hospodaření soukromé ortopedické ambulance	63
8.3.4	Marketing soukromé ortopedické ambulance	63
9	MARKETINGOVÝ VÝZKUM	65

9.1	STANOVENÍ CÍLŮ VÝZKUMU	65
9.2	CHARAKTERISTIKA DOTAZNÍKŮ	66
9.3	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTŮ	66
9.4	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ.....	67
9.5	VÝSLEDKY VÝZKUMU	83
10	SWOT ANALÝZA ORTOPEDICKÉ AMBULANCE	85
11	PROJEKT ZAVEDENÍ ŠKOLY ARTRÓZY VPRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCI.....	88
11.1	CÍLE PROJEKTU	88
11.2	SOUČASNÁ SITUACE	88
11.3	PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ	89
11.3.1	Materiálové zabezpečení projektu.....	90
11.3.2	Technické zabezpečení projektu	95
11.3.3	Finanční zabezpečení projektu	99
11.4	ČASOVÁ ANALÝZA	100
11.5	NÁKLADOVÁ ANALÝZA	101
11.5.1	Alternativy financování.....	102
11.6	ANALÝZA RIZIK A JEJICH ELIMINACE.....	111
11.7	ZHODNOCENÍ PROJEKTU	113
	ZÁVĚR	115
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	116
	SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ	119
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	121
	SEZNAM OBRÁZKŮ	122
	SEZNAM TABULEK.....	123
	SEZNAM GRAFŮ	125
	SEZNAM PŘÍLOH.....	126
	PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI	127
	PŘÍLOHA PII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ TEP V KROMĚŘÍŽSKÉ NEMOCNICI A. S. 2013 - 2015	130
	PŘÍLOHA PIII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ V ČR 2003 - 2012	132
	PŘÍLOHA IV: HARMONY MEDICAL & WELLNESS.....	133

ÚVOD

Zdraví je považováno za nejcennější statek. Znamé rčení, že zdraví si nelze koupit, dnes poněkud ztrácí smysl. Zdraví má dnes svou přesně vyčíslitelnou hodnotu, kterou je možné zařadit do tabulek a grafů. Často si neuvědomujeme, jak je pro nás zdraví důležité a stále platí, že hodnotu toho co máme, poznáváme, až když to ztratíme, což platí o zdraví mnohonásobně. Pomalu se ovšem do podvědomí lidí také dostává názor, že je potřeba o své zdraví pečovat, dodržovat zdravý životní styl a předcházet nemocem. Stále častěji se setkáváme s lidmi, kteří nechtějí jen pasivně přijímat rozhodnutí lékaře, chtějí se aktivně na své léčbě podílet a především očekávají od zdravotníků, že s nimi budou jednat, jako s rovnocennými partnery. Jedním ze základních problémů našeho zdravotnictví je komunikace. Cílem této práce je zlepšení kvality života pacientů s artrózou, prostřednictvím projektu, který je založen právě na komunikaci a dostatečné edukaci pacientů s tímto onemocněním. Tato práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se krátce věnuje zdraví jako významné hodnotě, která je důležitá jak pro každého jednotlivce, tak pro celou společnost. Další část práce popisuje systém zdravotní péče s jeho různými modely a vyjmenovává některé ukazatele, jimiž jsou zdravotnické systémy srovnávány. V této části práce jsou krátce zmíněny i reformy zdravotnických systémů, které se nejčastěji týkají financování a efektivnosti zdravotní péče a které jsou v posledních letech tak často diskutovány. Dále popisuje trh zdravotnických služeb v ČR, především její složky ambulantní a lůžkové péče. Jedna z kapitol je věnována financování zdravotních služeb, včetně jejich regulace. Pátá kapitola teoretické části se zabývá marketingem ve zdravotnictví. Marketingový mix propojuje produkt se zákaznickými hodnotami, cenu a náklady, komunikaci a propagaci a místo a pohodlí v souvislosti se zdravotnictvím. Důležitou částí práce je marketingová komunikace, její formy a nástroje a především komunikace v kontextu zdravotní péče. Poslední kapitola teoretické části popisuje artrózu, jako jedno z nejčastějších degenerativních onemocnění pohybového systému. Praktická část práce je rozdělena na část analytickou a projektové řešení. Analytická část popisuje vnější a vnitřní prostředí privátní ortopedické ambulance. Její součástí je i marketingový výzkum, který pracoval s metodou dotazníkové šetření a výsledky výzkumu byly popsány a vyhodnoceny. Na závěr analytické části byla vypracována SWOT analýza. Na základě analýzy marketingového prostředí soukromé ortopedické ambulance a výsledků výzkumu vznikl edukační projekt pro pacienty s názvem Škola artrózy.

CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce bylo vytvoření projektu Škola artrózy, který by zajistil dostatečný prostor pro edukaci pacientů s artrózou a rozšířil tak nabídku služeb pro pacienty soukromé ortopedické ambulance.

V souladu s hlavním cílem byly definovány následující dílčí cíle:

- na základě studia odborné literatury popsat jednotlivé systémy zdravotní péče a trh zdravotnických služeb v ČR a jejich financování, definovat základní pojmy marketingu ve zdravotnictví a komunikace v kontextu zdravotní péče.
- zmapovat prostředí vybrané ortopedické ambulance s důrazem na analýzu vnitřního a vnějšího prostředí.
- zjistit zájem potencionálních klientů o edukaci v oblasti artrózy
- navrhnout projekt edukačního programu.

Pro naplnění cílů byly využity následující metody:

- pro analýzu vnějšího makroprostředí ortopedické ambulance byla využita PESTE analýza, která mapuje okolní prostředí ambulance z hlediska politických, ekonomických, sociálních, technologických a ekologických faktorů.
- pro analýzu vnějšího mezoprostředí ortopedické ambulance byla použita Porterova analýza pěti konkurenčních sil.
- analýza vnitřního prostředí ortopedické ambulance.
- ve výzkumné části práce byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu, pro sběr dat byl zvolen dotazník s patnácti otázkami, pro analýzu dat získaných v dotazníkovém šetření byla zvolena popisná statistika s vyhodnocením dat v relativní a absolutní četnosti.
- výsledky předcházejících analýz a dotazníkového šetření byly shrnuty ve SWOT analýze a na jejich základě byl vypracován projekt.
- projekt byl podroben nákladové, časové a rizikové analýze.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVÍ

Definovat pojem zdraví je složitý, víceúrovňový problém. Přesto, že se někteří autoři domnívají, že zdraví definovat nelze, existuje mnoho různých definic pojmu zdraví. Velmi rozšířená je definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která definovala pojem zdraví v roce 1948 jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (well-being), a ne jen pouhou nepřítomnost nemoci či vady.“ (WHO©2015, online) Těto definici bylo vytýkáno, že vychází ze subjektivního pocitu jednotlivce a proto ji experti WHO v roce 1957 upravili a definovali zdraví jako „stav nebo kvalitu organismu, který vyjadřuje jeho adekvátní fungování za daných genetických podmínek a podmínek prostředí.“ Německý sociolog Winter definuje zdraví jako „stav, který dovoluje, aby se podle individuality a životních stádií splnilo očekávání společnosti k její spokojenosti i ke spokojenosti jedince ve vztahu k sociální roli“. (Bártlová, 2005, s. 22) Definice zdraví se nám tedy posunula od stavu nepřítomnosti nemoci do schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život. (Dolanský, 2008, s. 21) Částí ekonomů, sociologů a zdravotníků je zdraví považováno nejen za individuální, ale také jako celospolečenský tedy veřejný statek. Část odborné veřejnosti s tímto názorem nesouhlasí a považuje zdraví za individuální statek, protože zdraví nenaplnuje charakteristické znaky veřejného statku, tak jak je definuje veřejná ekonomie. (Zlámal a Bellová, 2013, s. 32)

1.1 Zdraví jako významná společenská hodnota

Hodnotou rozumíme něco, čeho si vysoce vážíme, čemu dáváme přednost před něčím jiným, nebo něco co si přejeme mít a pro dosažení čeho jsme ochotni vynaložit skutečné úsilí. (Gladkij, 2003, s. 1) Pod pojmem hodnota můžeme rozumět ceněný objekt, postoj k tomuto objektu nebo měřítko pro rozhodování a jednání. (Jandourek, 2001, s. 97) Lidské zdraví splňuje všechny tři významy. Zdraví se v hodnotovém žebříčku staví na nejvyšší příčce. Dobrý zdravotní stav pomáhá lidem využít jejich potenciál a žít plnohodnotný život. V západních společnostech je zdraví považováno za určující společenskou hodnotu, která má význam pro sociální život a ekonomický rozvoj. (Ivanová, Juríčková, Gladkij, s. 18 – 19) Některé společnosti nahlíží na zdraví jako na společenský nebo kolektivní statek a to zejména tam, kde občané cítí prospěch z toho, že každý jedinec obdrží nezbytnou léčebnou nebo preventivní péči. (Gladkij, 2003, s. 3) Hodnoty jsou také základními principy organizace, na kterých jsou postaveny poslání a vize, které dělají každou organizaci jedinečnou. Nejčastěji se diskuse o hodnotách organizace týkají etického chování a sociálně odpovědného rozhodování. Etické

a sociální hodnoty jsou nesmírně důležité, nejen pro zdravotnická zařízení, ale pro všechny občany. (Duncan, Ginter, and Swayne, 2008, s. 179) Je zřejmé, že lidské zdraví a zdravotní situace daného státu není pouze záležitostí samotného zdravotnictví, daného zdravotnického systému či schopností a dovedností lékařů a zdravotníků, ale že se jedná o daleko širší, globální záležitost, která do značné míry koresponduje s ekonomickou, mravní a hodnotovou orientací daného státu. Souvisí s filozofickým nazíráním na postavení člověka uvnitř lidské komunity, souvisí s pojetím a úrovní humánního smýšlení dané společnosti, ale rovněž i s pojetím sociálního chápání, stratifikace společnosti, jejími prioritami politickými, ekologickými a dalšími. Právě z takto široce koncipovaného pojetí péče o zdraví vyplývá nutnost pojímat lidské zdraví i jako celospolečenskou hodnotu a považovat ho i za veřejný statek, který je třeba do značné míry financovat i prostřednictvím veřejných statků. (Gladkij, 2003, s. 96)

1.2 Veřejné zdraví

Veřejné zdraví můžeme definovat jako zdravotní stav populace, případně jednotlivých populačních skupin. (Jarošová, 2007, s. 3) Veřejné zdraví, tedy zdravotní stav obyvatelstva jako celku je ovlivněn působením přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem, tedy stylem života. Veřejné zdraví je předmětem výzkumu veřejného zdravotnictví. (Dolanský, 2008, s. 12) Ochrana a podpora veřejného zdraví je souhrnem činností a opatření k vytváření a ochranně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním. Ohrožení veřejného zdraví je situace, při které je obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z kterého míra zátěže rizikovými faktory překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví. (Vurm a kol., 2007, s. 60)

1.3 Demografický vývoj

Demografie je jedním z důležitých teoretických základů péče o zdraví a zdrojem důležitých údajů pro plánování, organizaci a poskytování služeb v péči o zdraví. Hlavní metodou demografie je demografická statistika, která poskytuje číselné údaje o populaci. (Dolanský, 2008, s. 128) Demografický vývoj je jedním z rozhodujících faktorů ovlivňujících charakter sociální politiky, ale také potřebu zabezpečení konkrétních zdravotních a sociálních služeb.

K nejvýraznějším trendům demografického vývoje celého evropského prostoru patří snižování porodnosti, zvyšování počtu rozvodů, zvyšující se riziko nezaměstnanosti, hrozba sociálního vyloučení a především stárnutí společnosti. Věková struktura obyvatel je významnou demografickou charakteristikou, která má svůj dopad prakticky ve všech oblastech společenského, politického a ekonomického života. (Šatera, 2010, s. 8)

1.4 Zdravotní gramotnost

S pojmem gramotnost se původně spojovala schopnost číst, psát a počítat, která byla označována jako trivium. V současnosti můžeme hovořit například o gramotnosti literární, dokumentové nebo například numerické. (Ivanová, Juríčková a Gladkij, 2013, s. 38) V přeneseném významu označuje termín gramotnost schopnost nějaké aktivity spojené s duševní činností. Termín zdravotní gramotnost se začal používat s rostoucím významem zdraví pro každého jedince a dále z důvodu nutnosti zvýšit podíl občanů na péči o zdraví. Zdravotní gramotnost je pro jedince i pro společnost nepostradatelná hodnota. Jde o schopnost činit správná rozhodnutí týkající se zdraví a péče o zdraví a schopnost lidí naučit se brát na sebe část odpovědnosti za své zdraví. (Holčík, 2009, s. 142 – 144) Zdravotní gramotnost je jedním ze základních úkolů systému péče o zdraví, protože zvyšuje celkovou úroveň zdravotního stavu populace. Je také významnou součástí sociálního kapitálu. Nízká úroveň zdravotní gramotnosti vede k ekonomickým ztrátám a ke zvýšenému zdravotnímu riziku, ale je také příčinou značných rozdílů v úrovni zdraví mezi různými sociálními skupinami. Zdravotní gramotnost je dále nespornou ekonomickou prioritou. Podle několika výzkumů bylo zjištěno, že nízká zdravotní gramotnost populace způsobuje každoročně mnohamilionové ztráty. A v neposlední řadě je zdravotní gramotnost cennou součástí obecné kultury, která neovlivňuje jen zdraví lidí, ale také zdravý životní styl, tvůrčí přístup k životu, vědomí sounáležitosti a posilování osobní zodpovědnosti, to všechno jsou hodnoty, které by se měly stát samozřejmou charakteristikou zdravé společnosti a její obecné kultury. (Ivanová, Juríčková a Gladkij, 2013, s. 40 – 41)

2 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Podle WHO můžeme systém zdravotní péče definovat jako veškeré činnosti, jejichž hlavním cílem je podporovat, obnovovat a udržovat duševní zdraví člověka. Základ pro vznik konkrétních zdravotních systémů v jednotlivých zemích dávají čtyři historické modely zdravotní péče. (Staňková, 2013, s. 22)

2.1 Zdravotní politika

Zdravotní politika je souhrn politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin. (Gladkij, 2003., s. 11) První náznaky zdravotní politiky můžeme nalézt v období středověku a v rozvinutější formě v několika opatřeních států v 18. století. Tato opatření se většinou týkala přenosných onemocnění a snahy o jejich prevenci nebo zamezení jejich šíření. Zdravotní politika jako vědní obor a praktická cílevědomá činnost se prakticky zrodila až po druhé světové válce jako důsledek těžké zdravotní situace ve většině evropských zemí. Rozvoj zdravotní politiky velmi úzce souvisí s rozvojem medicínských technologií, a tím následně rychlým růstem výdajů na zdravotnictví ve většině ekonomicky vyspělých zemí světa. (Gladkij, 2003., s. 15)

2.2 Modely zdravotnických systémů

V evropském chápání se zdravotní péče svým charakterem podstatně liší od ostatního zboží. S nemocí, která je provázena bolestí, strachem, úzkostí, a utrpením je spojená potřebná zdravotní péče, která je lidskou a sociální službou. (Dolanský, 2008, s. 67) Prostřednictvím zdravotnického systému dochází k realizaci zdravotní politiky. Zdravotní systémy v jednotlivých zemích procházely dlouhým a složitým vývojem. Po celá staletí se zdravotní systém skládal ze dvou subjektů, pacient a lékař. Pacientovi byla poskytována zdravotní péče za přímou úhradu. V průběhu staletí se ovšem měnily léčebné postupy, hygienické návyky, zvyšoval se počet obyvatel i počet civilizačních onemocnění. Společnost si uvědomovala, že je nezbytné zajistit své obyvatele v době nepříznivých sociálních podmínek. Zásadním mezníkem bylo zavedení systémů Beveridge a Bismarcka. V současnosti dochází k centralizaci financí a rozhodování, a zároveň řešení otázky vysoce nákladné zdravotní péče. Dnešní zdravotnické systémy se skládají ze čtyř subjektů: pacient, poskytovatelé zdravotní péče, subjekty hradící zdravotní péči a stát. Základním cílem fungování každého zdravotnického systému je uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva. Naplnění tohoto cíle by mělo respektovat fakt, že výdaje na zdravotnictví neporostou rychleji než HDP. (Šatera, 2010, s. 20)

2.2.1 Model zdravotního pojištění

Tento model byl založen Otto von Bismarckem. Podstatou tohoto modelu je vzájemné propojení veřejného a privátního sektoru. Model tohoto zdravotnického systému je uplatňován v České republice, ale také v Polsku, Německu a Rakousku. Samozřejmě, že mezi jednotlivými zeměmi existuje řada odlišností, daných historickým vývojem, zvyklostmi a postavením sociální politiky. Tento systém byl první v historii, který se snažil zajistit financování garantované zdravotní péče. (Šatera, 2010, s. 24) V 80. letech 19. století byla v Německé říši uzákoněna tři základní odvětví dělnického pojištění: nemocenské, úrazové a invalidní a starobní pojištění. Dávkou nemocenského pojištění byla a dodnes je i zdravotní péče. (Weigl a kol, 2015, s. 35) Princip Bismarckovského modelu je tedy v odvodech určité finanční částky ze mzdy zdravotní pojišťovně, která na základě smlouvy proplácí poskytnutou zdravotní péči poskytovateli této péče, tedy lékaři nebo zdravotnickému zařízení. V rámci tohoto systému je zřejmá role státu a veřejných institucí. Stát uplatňuje svoji roli vůči tomuto systému prostřednictvím legislativy, případně do něj zasahuje svými kontrolními mechanismy, a vyhrazuje si právo vstoupit do vztahu mezi poskytovateli zdravotní péče, plátcí a pacienty. Tento systém předává hlavní nástroje a mechanismy řízení do rukou veřejnoprávních institucí, pojišťoven a profesních organizací. Jedná se tedy o princip sociální solidarity pod dohledem státu pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost, solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními. (Dolanský, 2008, s. 74) Problémem tohoto systému je především to, že v rámci sociální solidarity přibližně 10 % pacientů spotřebuje finanční prostředky přijaté od 75 % účastníků systému. Dlouhodobě se podíl výdajů na zdravotnictví v rámci těchto systémů pohybuje ve výši 12 % HDP. (Šatera, 2010, s. 24)

2.2.2 Model národní zdravotní služby

Model národní zdravotní služby nebo také Beveridgeův model, je uplatňován především ve Velké Británii, kde funguje bez výrazných změn od roku 1948. Model vznikl na základě nových zkušeností po druhé světové válce. Zdrojem financování tohoto modelu je státní rozpočet, prostřednictvím výběru daní. Stát garantuje bezplatnou péči. Nemocnice jsou v drtivé většině ve vlastnictví státu. Silné postavení mají soukromí praktičtí lékaři, kteří jsou vstupní branou pro další vyšetření pacienta u odborného lékaře. Bez doporučení praktického lékaře není vyšetření specialistou možné. V tomto modelu stát garantuje dostupnost zdravotní péče prostřednictvím sítě zdravotnických zařízení. Přístup k praktickým lékařům je neomezený a

míra spoluúčasti pacienta je nulová nebo jen velmi nízká. Pro tento model pojištění je typická nižší dynamika růstu výdajů na zdravotnictví, které činí asi 7 až 8 % HDP, protože má stát výraznou pravomoc při určování cen zdravotní péče. Existují zde okresní zdravotní služby, které pravidelně vyhodnocují objem poskytované zdravotní péče a další silné kontrolní mechanismy znemožňují zneužívání zdravotní péče. V rámci modelu je možnost soukromého připojištění, která je realizována především v oblasti léčiv nebo protetiky. Velkou nevýhodou tohoto systému jsou značně dlouhé čekací doby na většinu vyšetření. (Šatera, 2010, s. 23) Na principu tohoto systému jsou založeny systémy zdravotní péče již zmíněné Velké Británie a dále Norska, Dánska, Finska, Irsko, Itálie, Řecko, Portugalsko, Španělsko nebo například Kanada.

2.2.3 Liberálně – tržní model

Další model je vystavěn na principu dobrovolného pojištění. Je typický pro USA a do roku 1996 byl uplatňován také ve Švýcarsku. V tomto modelu stát negarantuje zdravotní péči a pacient je suverénním jedincem, který plně přebírá zodpovědnost za své zdraví a případné léčení. Zdravotní péče je zde chápána jako zboží a lékaři jsou soukromými subjekty. Zdravotní péče je hrazena přímou platbou pacienta nebo úhradou komerční pojišťovny, zdravotní pojištění je dobrovolné. Stát nekontroluje ani negarantuje nabídku ani cenu zdravotnických služeb, nekontroluje ani výši pojistného a také nevstupuje do vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče. Zdravotnická zařízení v tomto systému jsou silně orientovaná na zisk a typická je komercializace zdravotnictví. Pro USA je typický vysoký podíl výdajů na zdravotnictví, který je přibližně 15 % HDP a také vysoký podíl administrativních nákladů, kdy asi 20 % vybraných peněz v rámci komerčních pojišťoven je spotřebováno na zajištění administrativy a velmi složitého systému úhrad jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče. Pro mnohé je zdravotní péče těžko dostupná. (Šatera, 2010, s. 22) K dalším problémům patří nedostatečná preventivní péče a nedostatečná návaznost péče. K výhodám systému patří bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb, podpora rozvoje výzkumu a nových medicínských technologií, vysoký počet zákroků zachraňujících život a u vybraných skupin obyvatelstva zájem o zdravý životní styl a zodpovědnost za své zdraví. (Dolanský, 2008, s. 77)

2.2.4 Státní model

Tento model je také často nazýván podle svého zakladatele jako Semaškův model. Jde o vysoce centralizovaný systém, kde výlučným vlastníkem i provozovatelem zdravotnických

zařízení je stát. Tento typ modelu je uplatňován ve státech tzv. socialistické soustavy například na Kubě, nebo ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami jako je Kuvajt nebo Brunei. Základním principem je úhrada veškerých zdravotnických úkonů ze státního rozpočtu, tedy z daní. Vše je plánováno a kontrolováno. Pacient nemá přehled o cenách za poskytované služby. Lékaři a další zdravotníci jsou zainteresováni na fungování systému pouze minimálně. Pro státní rozpočet se zdravotnictví stává nenasytným konzumentem s byrokratickými metodami regulace. Jedná se o zcela státní zdravotnictví, centrálně řízené a plánované. (Vurm a kol., 2007, s. 51)

2.3 Ukazatelé zdravotnických systémů

V rámci mezinárodní komparace zdravotnických systémů sledujeme několik základních ukazatelů, kterými jsou dostupnost zdravotní péče, kvalita péče, ekonomická nákladnost, výkonnost zdravotnického systému, ekvita a sociální akceptabilita.

2.3.1 Dostupnost péče

Tento ukazatel vyjadřuje překážky, které pro čerpání zdravotní péče pacient musí, případně nemusí překonat. Patří sem dostupnost **finanční**, tedy úhrada nákladů, typ pojištění nebo míra spoluúčasti pacienta. Dále dostupnost **geografická**, tedy distribuce zdravotnických služeb různých specializací v terénu. **Časová** dostupnost je dalším ukazatelem, který udává dobu, kterou musí pacient čekat na vyšetření nebo lékařský zákrok. Vstup do specializované péče na doporučení praktického lékaře je označována jako **organizační nebo administrativní** dostupnost. A **sociokulturní** dostupnost sleduje vzdělání, etniku, náboženské normy a jazykové problémy. (Jarošová, 2007, s. 42)

2.3.2 Kvalita péče

Kvalita péče vyjadřuje stupeň, v němž poskytnutá péče odpovídá poznatkům medicínského výzkumu a možnostem technologie. Závisí na ekonomické situaci země, na podmínkách trhu, technické a materiální vybavenosti zdravotnických zařízení, úrovni medicínského vzdělání. Jejím výstupem jsou ukazatelé zdravotního stavu populace, tedy střední délka života, úmrtnost, nemocnost a ukazatelé spokojenosti pacientů, tedy uspokojení jejich potřeb, volba lékaře, volba zdravotnického zařízení nebo přímý vstup ke specialistovi. Dále také úpravy zdravotnických zařízení, doplňkové služby, bezbariérový přístup. (Jarošová, 2007, s. 42) Kvalita zdravotní péče je hodnocena pomocí ukazatelů, které jsou používány v různých

systemech. Systémy hodnocení kvality zdravotní péče vychází z principu tzv. Donebedianaova schématu, které chápe zjišťování kvality péče ze tří hledisek a to z hlediska struktury, z hlediska procesu a z hlediska výsledků péče. Data, která jsou využívána v rámci standardizovaných metod, musí splňovat určitá kritéria. Měla by být jednoduchá, měřitelná, opakovatelná, musí popisovat strukturu, proces nebo výsledek a zároveň musí odrážet kvalitu péče. Základním požadavkem je jejich validita. (Maaytová, 2012, s. 83 – 85)

2.3.3 Ekonomická nákladnost

Udává spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je popisována procentuálním podílem těchto nákladů z HDP. Absolutní výše finančních prostředků vynaložených na zdravotnictví není ani po přepočtech srovnatelným ukazatelem, protože nebere v úvahu počet a demografické složení populace a cenové hladiny země. Obecně platí, že zdravotnické systémy více otevřené trhu jsou dražší, než systémy, kde převládají státní centrální regulace. (Dolanský, 2008, s. 79) Ekonomická účinnost se měří ukazateli hospodárnosti, které odpovídají na otázku, co stálo dosažení cílů v peněžních jednotkách. Snahou je dosažení stanoveného cíle za nejnižší možnou cenu. (Holčík, Kaňová a Prudil, 2015, s. 66)

2.3.4 Výkonnost zdravotnického systému

Výkonnost zdravotnického systému ukazuje jaký rozsah péče, jak široké populace, v jaké struktuře a kvalitě je zdravotnický systém schopen při vybraných výdajích zajistit. Výkonnost systému se vztahuje k ukazateli zdravotnických potřeb populace a ekonomických zdrojů jako jsou například jednoduchá administrativa, efektivní léčba nebo racionální struktura zdravotnických zařízení. K posuzování výkonnosti slouží řada postupů hodnocení efektivity procesu mezi vstupy a výstupy. (Dolanský, 2008, s. 80)

2.3.5 Ekvita

Spravedlnost je důležitou prioritou zdravotní politiky. Ekvita znamená právo všech občanů na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj potenciál zdraví. Je vyjádřena rovným přístupem k léčbě a aplikaci všech potřebných medicínských přístupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost nebo sociální postavení. (Dolanský, 2008, s. 80) Při vytváření zdravotní politiky vyspělých zemí působí dvojí protichůdné pojetí spravedlivého přístupu ke zdraví, které vychází z rozdílné představy spravedlnosti. Jde o přístup:

- **liberální**, který klade důraz na osobní zodpovědnost a zásluhy za úspěchy. Svobodu cení jako nejvyšší hodnotu. Sociální pomoc, tak jako i nezasloužené odměny podle

liberálního přístupu zmenšují svobodu. Stoupenci liberálního přístupu se obávají, že vynětí zdravotní péče z oblasti odměn vede ke ztrátě motivace. (Ivanová, Juričková, Gladkij, 2013, s. 20 - 21) Maaytová (2012, s. 17) uvádí, že k charakteristikám liberálního přístupu mimo jiné patří, že přístup ke zdravotní péči je výsledkem individuálního úsilí, tedy že jedinec získá takovou péči, na kterou má finanční prostředky. Zdravotnické prostředky jsou předmětem svobodné směny a cena je určena trhem. Pojištění i solidarita jsou dobrovolné.

- **egalitářský**, neboli rovnostářský, který prosazuje rovný přístup při alokaci zdrojů. Tento přístup prosazuje vyjmutí některých komodit ze systému odměn za zásluhu, protože jde o věc práva a zdravotní péče patří k těmto komoditám. (Ivanová, Juričková, Gladkij, 2013, s. 20 - 21) Zastánci tohoto pojetí odvozují právo na zdraví od práva na život. Zásadní otázkou získání zdravotní péče v tomto přístupu je určení zdravotní potřeby. Z pohledu objektivně stanovených zdravotních potřeb je rozlišována horizontální a vertikální rovnost. Horizontální rovnost předpokládá poskytování stejné péče osobám se stejnými zdravotními problémy a vertikální rovnost vyvozuje poskytování diferencované péče osobám s různými obtížemi. Charakteristické pro rovnostářský přístup je právo na přístup ke zdravotním službám, solidarita, a to jak solidarita bohatých s chudými, tak zdravých s nemocnými a povinné finanční příspěvky. Princip solidarity však obsahuje i nežádoucí prvek související se solidaritou jedinců odpovědných za zdraví s neodpovědnými jedinci. (Maaytová, 2012, s. 18)

2.3.6 Sociální akceptabilita a solidarita

Tento ukazatel vyjadřuje, do jaké míry odpovídá uspořádání zdravotnického systému potřebám a představám společnosti, které se utvářejí v dlouhodobém historickém a kulturním vývoji. Zdravotnické systémy mají podobné rysy v teoretické rovině, ale definitivní podoba národního zdravotnictví je nezaměnitelná a závisí na specifických potřebách populace dané země. (Dolanský, 2008, s. 80) Zdravotní politika je součástí politiky sociální. Sociální politika je v současné době neodmyslitelnou součástí moderních demokratických států. Společenská solidarita je vysvětlována jako pocit sounáležitosti u jinak vzájemně autonomních a sociálně i osobnostně různých jedinců konkrétního sociálního celku. Společenská solidarita je hodnota, která znamená vědomí jednoty a vůli nést její následky. Ve vztahu ke zdraví a zdravotnictví představuje solidarita důležitou hodnotu, která vytváří vzájemnou podporu

obyvatel v případě poruchy zdraví, při níž jsou náklady na zdravotnickou péči záměrně poskytovány solidárně napříč celou společností. (Ivanová, 2006, s. 94)

Existuje mnoho dalších, podrobnějších ukazatelů zdravotnických systémů jako například počet lékařů na počet obyvatel, návaznost ambulantní péče, počet a struktura nemocničních lůžek, struktura výdajů na zdravotní péči, střední délka života, úmrtnost podle věku a pohlaví a další. (Dolanský, 2008, s. 81)

2.4 Reformy zdravotnických systémů

Stálý růst střední délky života, zvyšování počtu chronicky nemocných v důsledku tzv. civilizačních chorob, neustálý vývoj nových nákladných zdravotnických technologií, ale také rostoucí uvědomění občanů v oblasti zdraví a růst jejich očekávání to jsou hlavní důvody tlaku na veřejné i soukromé rozpočty v oblasti zdravotnictví. Hlavním důvodem reforem zdravotnických systémů v posledních desetiletích je značný růst nákladů péče o zdraví. Většina států v Evropě i další vyspělé státy mimo EU reagovala na tyto skutečnosti zaváděním programů a reforem, jejichž cílem bylo snížení míry růstu nákladů. V některých státech proběhly pouze dílčí reformy, například v oblasti zvýšení podílu soukromých zdrojů ve zdravotnictví, zavádění efektivnějších úhradových mechanismů, v některých státech došlo k významným celospolečenským změnám. Reformy jsou ovlivňovány řadou tlaků, které stojí mimo zdravotnický systém. Proces reforem je ovlivňován řadou politických, ideologických, sociálních, historických, kulturních a v neposlední řadě také ekonomických faktorů. (Barták, 2010, s. 147 - 150) České zdravotnictví překonalo krizi a v roce 2014 poprvé od roku 2008 hospodařilo s přebytkem. Přebytku dosáhlo i navzdory zrušení zdravotnických poplatků. Podle Ministerstva financí ČR si udrželo kladnou bilanci i v prvním pololetí roku 2015. Přebytek ve výši 2,3 miliardy Kč pro období od ledna do června 2015 je nejlepším výsledkem od posledního předkrizového roku 2008. Tehdy byl ještě o osm a půl miliardy lepší. Ještě v roce 2013 se ale zdravotnictví pohybovalo ve více než miliardové ztrátě, největší téměř sedmimiliardový propad, zaznamenalo v roce 2010. Z krize dokázalo zdravotnictví vystoupit i přesto, že od začátku roku 2015 nemusí pacienti platit většinu zdravotnických poplatků. To může být kromě jiných úsporných opatření způsobeno i mírným zvýšením efektivity systému, například redukcí lůžek. Ke změně ovšem nejvíce pomohl růst ekonomiky a platů, díky kterému lidé odvádí na zdraví víc peněz. Stát navíc zvýšil platby na děti, seniory a další své pojištěnce. Průměrný příjem pojištěnec na jednoho klienta přesáhl třia dvacet tisíc korun. Výdaje přitom zůstaly zhruba o dvě stě korun nižší. Většinu z nich tvoří

samotná zdravotní péče, zhruba tři procenta tvoří výdaje na provoz a další vydání. Zdravotnictví by mělo zůstat v kladných číslech i po 1. lednu 2016. Ministr zdravotnictví pro rok 2016 prosazoval další zvýšení plateb za státní pojištěnce o víc než čtyři miliardy Kč, nakonec na jednání vlády uspěl jen s necelými dvěma. V nemocnicích budou peníze určeny na platy. Záměr Ministerstva zdravotnictví ČR ale komplikuje požadavek odborů. Ty vznesly požadavek na desetiprocentní růst mezd, který by si vyžádal víc než sedm miliard Kč. Argumentují tím, že jen výraznější přidání peněz zabrání odchodu doktorů do zahraničí. (HASIM©2013 - 2014. online)

3 TRH ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB V ČR

Každý stát má svou strukturu poskytovatelů zdravotní péče, kterou je soustava zdravotnických zařízení a institucí založená na systému zdravotního pojištění dané země. V ČR je tato soustava výsledkem mohutné decentralizace původního socialistického modelu. V devadesátých letech minulého století proběhlo v systému našeho zdravotnictví mnoho podstatných změn, z nichž můžeme zmínit především obrovský nárůst (více než stonásobný) počtu samostatných institucí, zejména v oblasti ambulantních služeb a soukromých ordinací. (Gladkij, 2003, s. 54) Koncem roku 2013 bylo v České republice evidováno 29 218 zdravotnických zařízení, oproti roku 2012 tak došlo k nárůstu o 465 zařízení. Pracovalo zde celkem 47 458 lékařů a 107 245 nelékařských zdravotnických pracovníků s odbornou způsobilostí. V průměru připadalo v ČR na 1 lékaře 222 obyvatel.

Rozdělíme-li zařízení dle zřizovatele, pak:

- 213 zařízení bylo státních – z toho u 116 zařízení bylo zřizovatelem Ministerstvo zdravotnictví a u 97 zařízení ostatní centrální orgány
- 29 005 zařízení bylo nestátních - 149 zařízení bylo zřizováno krajem, 156 zařízení zřizováno městem nebo obcí a 28 700 zařízení bylo zřizováno fyzickou osobou, církví nebo jinou právnickou osobou (ÚZIS ČR, © 2010-2016)

I přesto že, počet ambulantních i dalších zdravotnických zařízení stále roste, dosahují čekací doby na vyšetření u vybraných specialistů i několika měsíců.

3.1 Ambulantní péče

Dle Dolanského (2008, s. 189) můžeme ambulantní péči v ČR rozdělit na primární zdravotní péči, kterou pacientům poskytuje jejich ošetřující, tedy registrující lékař a dále na specializovanou ambulantní zdravotní péči. Do systému ambulantní péče můžeme ještě zařadit zvláštní ambulantní péči. V roce 2013 vykazalo činnost celkem 24 979 ambulantních zařízení s 24 748 lékaři a 32 061 nelékařskými zdravotnickými pracovníky. Mezi tato zařízení spadají sdružená ambulantní zařízení, zdravotnická střediska, samostatné ordinace praktických lékařů a ostatní ambulantní zařízení. Ve srovnání s rokem 2012 došlo k navýšení o 310 zařízení, z nichž největší nárůst zaznamenaly ostatní ambulantní zařízení, o 136 zařízení. Pokles zaznamenaly samostatné ordinace PL pro děti a dorost o 18 zařízení a PL gynekologa o 8 zařízení. V ambulantní péči pracovalo ke konci roku 2013 více než 70% všech lékařů a téměř 60% všech zdravotnických pracovníků nelékařů bez odborného dohledu (§5 až §21a

zákona č. 96/2004 Sb.). Měřena úvazky lékařů byla ambulantní péče z 82,1 % poskytována v zařízeních soukromých. Primární péči tedy péči o děti, dorost a dospělé, gynekologickou a stomatologickou péči zajišťovalo 46,4% ambulantních lékařů a 53,6 % tvořili ambulantní specialisté. Na 1 ambulantního lékaře připadalo v průměru 311 obyvatel. (ÚZIS ČR, © 2010-2016)

3.1.1 Primární zdravotní péče

Primární zdravotní péči poskytuje pacientům jejich praktický lékař, u dětí praktický lékař pro děti a dorost. Poskytování primární péče je velmi důležité, protože je jednou ze základních druhů péče. Jde o tak zvanou nárazníkovou zónu. Pacienti přicházejí se svými zdravotními problémy ke svému ošetřujícímu lékaři, který na základě vyšetření určí další postupy v léčbě. Často jsou u jednoho registrujícího lékaře zaregistrováni i rodinní příslušníci pacienta a tento lékař se pak stává rodinným lékařem, tak jak tomu často bývalo v minulosti. Takový stav svědčí o velké důvěře a vážnosti lékaře, což je nepochybně správný trend našeho zdravotnictví. (Dolanský, 2008, s. 189) Dle Gladkije (2003, s. 49) do systému primární péče v ČR patří také gynekolog a stomatolog. Ve zdravotnických systémech, kde platí povinnost odesílání lékařem prvního kontaktu (gatekeeper), což v ČR není povinné, ale pouze doporučené, jsou všechny neurgentní konzultace s lékařem nebo ostatními zdravotnickými pracovníky označovány jako primární péče. Na rozdíl od péče sekundární, kam jsou pacienti odesíláni na základě doporučení. Primární péči o dospělé populaci zajišťovalo k 31. 12. 2013, dle údajů Registru poskytovatelů, celkem 5 331 lékařů. Zajištění primární péče o dospělé pacienty je dlouhodobě bez výraznějších změn, počet registrovaných pacientů na 1 praktického lékaře pro dospělé se pohybuje kolem 1 600 pacientů. Postupně „stárnoucí“ věková struktura praktických lékařů pro dospělé signalizuje problém pro budoucí zajištění primární péče o dospělé populaci. Ke konci roku 2013 představovali praktičtí lékaři pro dospělé ve věku 55 a více let 54,7 % z celkového počtu praktických lékařů pro dospělé v evidenčním počtu, lékaři ve věku nad 64 let 15,7 %. Lékaři do 44 let tvořili pouze pětinu celkového počtu praktických lékařů. (ÚZIS ČR, © 2010-2016, s. 20)

3.1.2 Ambulantní specialisté

V ČR se jedná o velmi početnou skupinu lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Mezi ambulantní specialisty patří specialisté všech oborů, tedy odborní lékaři. Tato skupina lékařů a ostatních zdravotníků představuje nejvíce problémovou oblast z hlediska jejich financování, protože systém financování jejich výkonů dlouhodobě neuspokojuje obě strany,

lékaře i pojišťovny. V tomto systému se kromě platby za výkon také uplatňuje systém maximální úhrady, která představuje určitou sumu, kterou ambulantní specialisté nesmí překročit. Po jejím překročení přistupuje pojišťovna k poměrně citelné regulaci plateb. (Gladkij, 2003, s. 117) Většina ambulantních specialistů poskytuje péči jako nestátní zdravotnické zařízení. Podmínkou k jeho provozování je vydání rozhodnutí o registraci, podle platného zákona o zdravotní péči. Žadatelem může být fyzická nebo právnická osoba. O registraci může fyzická osoba požádat, pokud je způsobilá k právním úkonům, bezúhonná a má odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče v požadované odbornosti. V případě, že o registraci žádá právnická osoba, je povinna pokud nemá odbornou způsobilost odpovídající druhu a rozsahu zdravotní péče, ustanovit odborného zástupce, který odpovídá za vedení nestátního zdravotnického zařízení. Žádost se podává na příslušném krajském úřadě. (Barták, 2010, s. 70) Pokud to vyžaduje zdravotní stav pacienta, doporučí registrující lékař pacientovi poskytnutí zdravotní péče. Gladkij (2003, s. 50) uvádí, že tato péče nezahrnuje vysoce specializovanou péči, ale v mnoha směrech se jí přibližuje nebo se s ní kombinuje. Teoreticky přichází pacient k ambulantnímu specialistovi s žádankou od svého registrujícího lékaře, která obsahuje odůvodnění k vyšetření specialistou, včetně výsledků předchozích vyšetření. (Dolanský, 2008, s. 190) V praxi přichází pacienti v drtivé většině bez doporučení, což v důsledku způsobuje dlouhé čekací doby. Není výjimkou, že pacient v jednom měsíci navštíví se stejným problémem i několik specialistů.

3.1.3 Zvláštní ambulantní péče

Tento způsob péče je poskytován pacientům s akutním nebo chronickým onemocněním, dále pojištěncům tělesně nebo mentálně postiženým, kteří jsou závislí na pomoci druhé osoby v jejich vlastním sociálním prostředí. Tento typ péče může být poskytován jako domácí zdravotní péče na základě doporučení praktického lékaře, praktického lékaře pro děti a dorost nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře při hospitalizaci. Dalším typem zvláštní ambulantní péče je zdravotní péče ve stacionářích a zdravotnických zařízeních ústavní péče a ústavech sociální péče. (Dolanský, 2008, s. 190) Síť pracovišť domácí zdravotní péče začala být v České republice budována po roce 1990. Přibližně od roku 2005 lze pozorovat stabilizaci sítě i rozsahu činnosti domácí zdravotní péče, přičemž přetrvávají výrazné rozdíly mezi jednotlivými kraji. Koncem roku 2013 poskytovalo v České republice domácí zdravotní péči (DZP) 496 pracovišť. Služeb domácí zdravotní péče v roce 2013 využilo více než 146 tisíc pacientů, z toho 80 % jich bylo ve věku 65 a více let a necelé dvě třetiny, 63 % tvořily ženy. Praktickým lékařem byla domácí zdravotní péče indikována u více než 150 tisíc pacientů a

ošetřujícím lékařem při ukončení hospitalizace u zhruba 28 tisíc pacientů. Z celkového počtu pacientů DZP představovali chroničtí pacienti 84 %. Domácí hospicová péče byla poskytována 6 279 pacientům. (ÚZIS ČR, © 2010-2016, s. 56)

3.2 Lůžková péče

Lůžková péče je poskytována v lůžkových zdravotnických zařízeních. Nemocniční péče představuje v ČR důležitou a nákladnou část systému zdravotní péče. Lůžkovou péči můžeme rozdělit na akutní lůžkovou, následnou lůžkovou a péči v odborných léčebných ústavech. Gladkij (2003, s. 51) uvádí, že nemocnice je „zdravotnické zařízení, které má licenci k poskytování zdravotní péče, má určitý počet lůžek, organizovaný zdravotnický tým požadované kvalifikace a je schopno poskytovat nepřetržitě lékařské a ošetrovatelské služby.“ Přesto, že postavení nemocnic není v systému zdravotní péče (kromě fakultních nemocnic) v legislativě přesně definováno, lze konstatovat, že v nemocnicích a dalších lůžkových zařízeních je kladen důraz, především na péči, jejíž poskytování v ambulantní, případně domácí péči, není možné. (Staňková, 2013, s. 48)

Ke konci roku 2013 bylo v České republice evidováno 188 nemocnic s celkovým počtem 56 807 lůžek, z toho 47 033 lůžek bylo vyčleněno pro akutní péči, 7 652 lůžek pro následnou péči a 2 122 lůžek pro novorozence. V členění podle druhu zařízení dominovaly s počty lůžek nemocnice akutní péče, jejichž lůžkový fond představoval 95,5 % z celkového lůžkového fondu nemocnic. V roce 2012 činil lůžkový fond nemocnic akutní péče 95,6 %, došlo tedy k poklesu o 0,1 %. Ve srovnání s rokem 2012 klesl celkový lůžkový fond nemocnic o 2 025 lůžek, z 58 832 lůžek v roce 2012 na 56 807 lůžek v roce 2013, to znamená snížení počtu lůžek o 3,4 %. Snížení počtu lůžek bylo zaznamenáno u nemocnic akutní péče, kde došlo k poklesu o 2 039 lůžek, tedy o 3,8 % (z 56 262 lůžek v roce 2012 na 54 223 lůžek v roce 2013). K mírnému nárůstu počtu lůžek došlo u nemocnic následné péče. V roce 2012 zde bylo evidováno 2 570 lůžek, v roce 2013 se tento počet zvýšil na 2 584 lůžek tj. o 0,5 % tedy o 14 lůžek. (ÚZIS ČR, © 2010-2016)

Z pohledu rozdělení nemocnic podle zřizovatele bylo 19 nemocnic přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví, 23 nemocnic bylo zřizováno krajem, 17 nemocnic bylo zřizováno městem a obcí, 2 nemocnice byly zřizovány církví, 122 nemocnic bylo zřizováno jinou právnickou osobou a 5 nemocnic bylo zřizováno ostatními centrálními orgány. Nejvyšší využití nemocničních lůžek v krajích bylo v roce 2013 zaznamenáno ve Zlínském kraji 271,8 dne.

Naopak nejnižší využití lůžek bylo evidováno v Ústeckém kraji 242,0 dne.(ÚZIS ČR, © 2010-2016)

3.3 Další zdravotnická zařízení v ČR

Mezi další zařízení, poskytující zdravotní péči v ČR patří lékárenská zařízení, hygienická služba a zvláštní zdravotnická zařízení. Lékárenská péče v ČR je hustá síť lékáren a výdejen zdravotnických pomůcek. V ČR stále narůstá jak počet lékáren, tak počet vydaných léků. V oblasti lékové politiky dochází v ČR ke ztrátám v oblasti veřejných prostředků, díky působení farmaceutických firem na preskripci léků. Farmaceutické firmy stále častěji stimulují lékaře k předepisování určitého léku různými finančními pobídkami. Farmaceutické firmy jsou silnou zájmovou skupinou ve zdravotnictví, která se snaží maximalizovat zisk prodejem velkého objemu léků za maximální ceny. (Maaytová, 2012, s. 61)

Hygienická služba je pověřena výkonem státní správy v jednotlivých krajích prostřednictvím krajských hygienických stanic, hygienickou službu vykonávají zdravotní ústavy jako příspěvkové organizace ministerstva zdravotnictví. Krajské hygienické stanice náleží vydávat rozhodnutí, povolení, osvědčení a plnit další úkoly státní správy v ochraně veřejného zdraví včetně státního zdravotního dozoru. V čele hygienických stanic stojí hlavní hygienik ČR, který ve věcech ochrany veřejného zdraví vystupuje jako orgán Ministerstva zdravotnictví. (Vurm, 2007, s. 62)

Skupinu zvláštních zdravotnických zařízení tvoří poměrně nesourodá skupina zdravotnických zařízení, do které můžeme zařadit například kojenecké ústavy a dětské domovy, speciální centra a stacionáře pro děti i dospělé, jesle, záchytné stanice nebo dopravní záchrannou službu.(Gladkij, 2003, s. 61)

4 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Financování, to znamená úhrada výkonů zdravotní péče, patří mezi nejdůležitější ekonomické činnosti každého subjektu, zdravotnická zařízení nevyjímaje. Jejich výše silně ovlivňuje ekonomické chování. Peníze jsou motorem ekonomické aktivity. Každá oblast zdravotnictví je v ČR financována jiným způsobem. (Zlámal a Belová, 2013, s. 80) Na náš zdravotní systém lze pohlížet ze dvou pohledů. Na jedné straně jako na soubor institucí a činností v nich probíhajících, jejichž účelem a cílem je zlepšovat zdravotní stav občanů, například formou prevence nebo akutního lékařského zákroku. Na straně druhé jde o zajišťování optimálního chodu zdravotnických zařízení z hlediska organizace činností a finančního zajištění. (Dolanský, 2008, s. 182)

4.1 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost vychází ze zákona č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákona č. 280/1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. K zahájení činnosti musí pojišťovna získat povolení Ministerstva zdravotnictví a navíc se musí zavázat, že do jednoho roku od svého vzniku musí získat minimálně 50 000 pojištěnců. (Dolanský, 2008, s. 182) Dalšími právními předpisy, které upravují činnost zdravotních pojišťoven v ČR, jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Systém veřejného zdravotního pojištění je charakterizován existencí zdravotních pojišťoven. Na trhu může být jedna zdravotní pojišťovna, která má dominantní postavení, nebo několik zdravotních pojišťoven, z nichž většinou jedna má na trhu dominantní postavení. Pro českou republiku je charakteristická druhá varianta. (Šatera, 2010, s. 54) Počet pojišťoven se v ČR stále mění, ale dominantní postavení si stále udržuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Koncem roku 2015 bylo v ČR registrováno sedm zdravotních pojišťoven:

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna ČR
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR
- 213 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (MZČR©2010, online).

Zdravotní pojišťovny mají v rámci systému zdravotního pojištění několik funkcí. Především vybírají pojistné na všeobecné zdravotní pojištění od plátců pojistného, za své pojištěnce. Provádí kontroly, zda jsou správným způsobem určeny a odvedeny částky pojistného. Hradí svým pojištěncům zdravotní péči poskytnutou ve smluvních zařízeních. Podílí se na stanovení systému úhrad zdravotní péče, zodpovídají za tvorbu sítě smluvních partnerů pro své pojištěnce a plní další funkce související s poskytováním zdravotních služeb. Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky. (Šatera, 2010, s. 54)

4.2 Plátcí pojistného zdravotního pojištění

Všeobecné zdravotní pojištění je v ČR povinné pro osoby s trvalým pobytem na území ČR, pro osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnány u zaměstnavatele, který má sídlo firmy na území ČR. Do systému veřejného zdravotního pojištění v ČR mohou vstoupit také nezaopatření rodinní příslušníci osob zaměstnaných na území ČR, kteří pocházejí ze zemí EU. Do systému naopak nemohou vstoupit osoby ze třetích zemí, například z Ukrajiny, které v ČR vykonávají pouze samostatnou výdělečnou činnost. (Šatera, 2010, s. 39)

Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Pojištěnec hradí pojistné, pokud je v pracovním poměru, z něhož vzniká účast na nemocenském pojištění, přičemž pojištěnec odvádí do systému 4, 5% z vyměřovacího základu. Dále pokud je osobou samostatně výdělečně činnou (OSVČ) výše pojistného činí 13, 5 % z vyměřovacího základu, kterým je 50 % příjmů po odpočtu výdajů. Minimální roční vyměřovací základ je 12 násobek 50 % průměrné mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok, který dva roky předchází roku, pro který se vyměřovací základ stanoví. Zaměstnavatel hradí část pojistného za své zaměstnance, které tvoří 2/3 pojistného, tedy 9 % z vyměřovacího základu. Stát je plátcem pojistného za nezaopatřené děti, poživatele důchodů, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávky sociální péče, osoby ve vazbě a ve výkonu trestu odnětí svobody, osoby bez zdanitelných příjmů pokud pobírají dávky nemocenského pojištění, osoby celodenně a řádně pečující o jedno dítě do sedmi let nebo dvě děti do 15 let, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo podnikání a osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro jeho přiznání. Stát platí pojistné ve výši 25 % všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který dva roky předchází kalendářnímu roku, pro který se zjišťuje. (Šatera, 2010. s. 40)

4.3 Úhradové mechanismy v ČR

Úhradový mechanismus je způsob, jakým jsou konkrétně hrazeny finanční prostředky za služby poskytovatelů zdravotnických služeb. (Barták, 2010, s. 7) Systém úhrad zdravotnických služeb by měl respektovat zájmy všech účastníků. Měl by být průhledný a jednoduchý, minimálně administrativně náročný, flexibilní a univerzální. Úhrady zdravotnických služeb z veřejného zdravotního pojištění tvoří přibližně 80 %. Za účelem zajištění poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají zdravotní pojišťovny smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Tato smlouva se uzavírá pouze na ty druhy péče, kterou je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Úhrada ZZ probíhá podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který vydává Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Výše úhrady je stanovena na základě výsledků dohodovacího řízení. Zdravotnické zařízení zasílá zdravotní pojišťovně pravidelně po skončení kalendářního měsíce nebo čtvrtletí fakturu spolu s dávkou provedených výkonů. Zdravotní pojišťovna data zkontroluje a následně uhradí ZZ oprávněnou částku. Data lze pojišťovně zaslat papírovou nebo elektronickou formou. Mechanismus úhrad je značně rozsáhlý a komplikovaný systém, protože různé typy zdravotnických zařízení mají různé mechanismy úhrady zdravotní péče. (Šatera, 2010, s. 65)

4.3.1 Kapitační platba

Tato forma úhrady je určena praktickým lékařům pro dospělé a praktickým lékařům pro děti a dorost. Tito lékaři registrují své pacienty. Výše kapitační platby odráží počet registrovaných pacientů, jejich věkovou strukturu a rozsah ordinačních hodin. (Šatera, 2010, s. 67) Financování primární péče v současnosti probíhá kombinovanou kapitačně výkonovou platbou. Lékař dostává část své odměny ve fixní formě, to znamená ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, kterého má ve své registraci. Tato pevná část platby je závislá na věku pacienta, vykazuje se tak zvaný jednicový pojištěnec nebo kapitační jednotka (KJ). Druhou složkou plateb praktického lékaře jsou platby za konkrétní, provedené výkony. (Gladkij, 2003, s. 114) Jak již bylo výše zmíněno, v některých zdravotnických systémech je primární péče, zásadní a bez doporučení praktického lékaře není možná návštěva specialisty.

4.3.2 Platba za výkon

V rámci tohoto typu úhrady je hrazena vždy konkrétní položka zdravotní péče. Jednotlivým výkonům je přiřazen počet bodů nebo vyjádření hodnoty v korunách. Hodnota bodu je vždy určena pro příslušnou odbornost nebo daný typ zdravotnického zařízení. Tento typ úhrady

je využíván především v ambulantní péči, tedy u ambulantních specialistů, stomatologů a v ambulancích nemocnic. (Šatera, 2010, s. 68) Platba za poskytnuté zdravotní výkony se odvíjí od Sazebníku zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vytvořeného MZ ČR, který má k dispozici každý ambulantní specialista. Pro výši financí je velmi podstatná aktuální výše jednoho bodu, která je předmětem střetu lékařů a pojišťoven. (Zlámal, Bellová, 2013, s. 84) Zvláštní skupinu ambulantních specialistů tvoří stomatologové. Česká stomatologická komora si již v roce 1997 prosadila samostatný sazebník stomatologických výkonů. Výkony nejsou ohodnoceny v bodech, ale přímo v korunovém vyjádření. Sazebník obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem. Výhodou tohoto způsobu úhrady zdravotní péče je detailní přehled o struktuře a množství poskytnuté zdravotní péče v konkrétním časovém období za konkrétní zdravotnické zařízení, snadná a průkazná kontrola vykázané a poskytnuté zdravotní péče, snadná regulovatelnost a kontrola pomocí Seznamu výkonů, Zákoníku práce a zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. (Gladkij, 2003, s. 119) Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček se dohodl s prezidentem České lékařské komory (ČLK) Milanem Kubkem na tom, že ambulantní specialisté dostanou v roce 2016 od zdravotních pojišťoven o tři procenta víc peněz než v roce 2015. Podle původního návrhu měly ambulance dostat víc jen o jedno procento. Dojednána je i regulace zdravotní péče. Ambulantním specialistům stoupnou příjmy díky navýšení ceny práce. MZ ČR proto trvalo na zachování určité formy regulací. Dojednaný model vychází z toho, že pokud ambulantní specialista bude mít výrazně víc nákladných pacientů, hranicí je pětinasobek průměrné úhrady, pojišťovna automaticky rozdíl zaplatí. (HASIM©2013 - 2014. online)

4.3.3 Paušální platba

Paušální platba se týká převážně financování zdravotní péče v nemocnicích a to od roku 2007. Do té doby byly nemocnice financovány z veřejného zdravotního pojištění platbou za výkon, což vedlo k honbě za body a zbytečnému prodlužování doby hospitalizace, to mělo za následek nedostatek finančních zdrojů na zdravotní péči. Výše paušálních plateb vychází z předpokladu, že převážná většina nákladů nemocnic je fixních, tedy není závislá na počtu pacientů nebo počtu realizovaných výkonů. Výše paušálu se stanovuje na základě skutečné výše nákladů z předchozího roku. Paušální systém má několik nedostatků. Rozpočet je navyšován velmi pomalu na základě dohodování se zdravotními pojišťovnami. Vzhledem k tomu, že výše paušálu je stanovována na základě hospodaření z minulých let, jsou znevý-

hodňovány nemocnice, které šetří finanční prostředky. V tomto systému jsou také znevýhodněny nemocnice kvalitní, které nemohou přijímat další pacienty, protože jejich rozpočet byl vyčerpán dříve než nemocnice méně kvalitní. (Staňková, 2013, s. 52)

4.3.4 Systém DRG

Jedná se o další úhradový mechanismus především nemocniční péče, kterým je od roku 2012 financováno 75 % nemocnic v ČR. Systém DRG klasifikuje skupiny pacientů na základě diagnóz. Z pohledu nákladů se systém plateb na základě systému DRG jeví jako efektivnější způsob poskytování nemocničních služeb. (Staňková, 2013, s. 53) Klasifikační systém DRG vychází s údajů o jednotlivých pacientech a jejich diagnózách, které zařazuje do limitovaného počtu DRG skupin. Je důležité, aby jejich struktura byla co nejpřehlednější a počet těchto skupin nebyl příliš velký. Hlavním kritériem zařazení do skupin je diagnóza nemocného nebo lékařský případně ošetrovatelský výkon. Ne všechna diagnózy a výkony mají svoji skupinu, naopak každá skupina zahrnuje i několik desítek diagnóz. Zařazení do jedné skupiny má dvě kritéria a to podobný způsob léčby a podobné náklady na léčbu. Systém DRG má 25 hlavních diagnostických kategorií, které jsou dále členěny do 941 podskupin. Pro zařazení případu do skupiny je třeba vykazovat základní diagnózu, ostatní diagnózy, výkony, délku hospitalizace a základní údaje o pacientovi. Tato data ZZ vykazují zdravotním pojišťovnám a ty na jejich základě provádějí vyúčtování. Výhodou tohoto systému je, že dává do souvislosti diagnózy pacientů s náklady na jejich léčbu, ale může také sloužit jako nástroj pro hodnocení nemocniční péče, objektivní srovnání kvality zdravotní péče její produkci a její nákladovost. Výsledky pak lze porovnávat mezi jednotlivými zařízeními a provádět vyhodnocení využitelné ve financování nemocniční péče. (Barták, 2010, s. 101)

4.4 Regulační mechanismus

Na základě poskytování veřejných a soukromých zdravotnických služeb, tzv. public - private mix je možné zabezpečit dostupnou zdravotní péči v odpovídající kvalitě pro většinu obyvatelstva. Podpora mixu, způsob angažovanosti státu, rozhodnutí co je vhodné realizovat prostřednictvím veřejného sektoru a co je možné ponechat soukromému sektoru, záleží na politickém rozhodnutí jednotlivých států. V případě zdravotnictví je žádoucí celospolečenský konsenzus, především proto, aby zdravotnictví bylo pokud možno stabilní a případné změny přetrvaly bez ohledu na střídání vlád. Pro regulační trh jsou možné tři úrovně, regu-

lace prostředí, regulace fungování institucí a regulace provozní. Regulace státem je výsledkem působení způsobu financování, zvyklostí, politického cyklu, množství a struktury poskytovatelů zdravotních služeb, významu a síly nátlakových skupin, hospodářské situace a dalších faktorů. (Maaytová, 2012, s. 39) Zdravotní pojišťovny se v minulosti potýkaly s neadekvátním nárůstem výdajů, které byly spojeny s vykazováním neopodstatněné zdravotní péče. Aby byl tento jev minimalizován, provádí zdravotní pojišťovny kontroly opodstatněnosti poskytované zdravotní péče a mohou uplatnit regulační mechanismy dané platnou Úhradovou vyhláškou. Zdravotní pojišťovna srovnává za příslušné pololetí roku počet ošetřených pacientů a hodnotu vykázané zdravotní péče se stejným obdobím předešlého roku, tzv. referenční období, u daného ZZ.

V případě, že je částka vykázané zdravotní péče v tomto období zvýšená nad stanovenou hranici dochází k uplatnění regulace, kterým je snížení hodnoty bodu u výkonů vykázaných nad tuto hranici. U jednotlivých ZZ dochází dále ke sledování objemu předepsaných zdravotnických prostředků, objemu předepsaných léčivých přípravků na recept a objemu indukované zdravotní péče. V případě, že v některé z výše jmenovaných kategorií dojde k překročení stanovených limitů, může pojišťovna uplatnit vůči ZZ regulaci. ZZ může vždy požádat zdravotní pojišťovnu o zmírnění, případně prominutí přijatých opatření v rámci regulace pokud může prokázat jejich opodstatněnost, například při převzetí nákladného pacienta. Zdravotní pojišťovna může také ZZ bonifikovat, pokud toto zařízení limity nepřekračuje nebo dosahuje nižších individuálně dohodnutých hodnot. (Šatera, 2010, s. 69)

5 MARKETING VE ZDRAVOTNICTVÍ

Marketing ve zdravotnictví má zcela jistě omezenější rámec než je tomu v jiných oborech lidské činnosti. Je to dáno několika zásadními vlivy, které do značné míry determinují možnost využití marketingu v systému řízení zdravotnických institucí. Systém zdravotnictví je součástí celého komplexu péče o zdraví. Požadovaným základním výstupem celého systému je zdraví obyvatelstva, přičemž každý jedinec i celá populace je v tomto pojetí chápána jako produkt. Zdravotnictví se dotýká každého člověka. Lidé velmi citlivě vnímají problematiku zdravotnictví, preference obyvatelstva ke zdravotnictví vykazují vysoký stupeň priorit. Zdravotnictví nemá pouze jeden hlavní cíl, ale celou řadu dílčích cílů, kdy je nesnadné určit jednoznačná a lehce stanovitelná kritéria. Samotná péče o zdraví, celé zdravotnictví a především postavení lékařů a zdravotnických pracovníků je postaveno na etice, pomoci a snaze o záchranu života. Zdravotnictví vyžaduje vysoký stupeň vzdělanosti a celoživotního vzdělávání. Systém poskytování zdravotní péče tedy nemůže být vždy plně odvozen od fungování tržního mechanismu, v jeho realizaci marketingového řízení nelze vždy nasadit všechny nástroje a uplatnit všechny principy marketingu bez ohledu na celou řadu dalších faktorů a limitujících principů. (Zlámal, 2006, s. 15 – 17)

5.1 Definice marketingu

Marketing je souhrn činností týkající se toku zboží a služeb od výrobce nebo poskytovatele směrem k zákazníkovi. Funkcí marketingu je poskytovat a usnadnit směnu mezi stranami, které do této směny vstupují svobodně. V širším slova smyslu se marketing vyskytuje ve všech společnostech, včetně primitivních, protože v každé společnosti je zboží směňováno, a tak dáváno na trh. Marketing není omezen pouze na formy obchodu pro zisk, protože do marketingu jsou zařazeny i instituce jako nemocnice, školy, církve, neziskové organizace nebo muzea. (Jandourek, 2001, s. 149)

Dle Buchbindera and Shanks (2012, s. 96), mnoho lidí mylně srovnává marketing s reklamou, propagací nebo prodejem. Americká Marketingová Asociace definuje marketing jako "*aktivitu, soubor institucí a procesů pro vytváření, komunikaci, dodávání a výměnu nabídek, které mají hodnotu pro zákazníky, klienty, partnery a celou společnost*". Tuto definici můžeme chápat třemi způsoby. Za první staví marketing do hlavní role uspokojování potřeb zákazníků. Za druhé, všechny marketingové aktivity se soustředí na budování udržitelného hodnotového systému pro zákazníky a ostatní zúčastněné strany společnosti. Za třetí organizace poskytující zdravotní péči a manažeři s důrazem na vytváření dlouhodobých vztahů

se zákazníky obecně dosahují lepších výsledků než ti, kteří se zaměřují pouze na krátkodobé výsledky.

Základní součástí marketingové koncepce je manažerská filozofie, která tvrdí, že všechny organizace, bez ohledu na druh podnikání, musí uspokojovat potřeby svých zákazníků. Podle marketingového konceptu musí organizace vytvořit, komunikovat a poskytovat hodnoty pro zákazníka na vybraných cílových trzích efektivněji než jeho konkurence, aby dosáhla svých cílů a záměrů. Hodnota pro zákazníka je tedy rozdíl mezi výhodami, které spotřebitel vnímá při nákupu produktu, služby nebo nápadu a náklady, které musí vynaložit na pořízení těchto dávek. (Buchbinder, and Shanks, 2012, s. 97)

5.2 Marketingové prostředí

Marketingové prostředí je dáno vysokou proměnlivostí v čase a je velmi rizikové a překvapivé. Každá marketingová činnost je ovlivňována řadou determinantů, podmínek a faktorů, které lze měnit, korigovat a zlepšovat. Tyto faktory můžeme rozdělit na faktory vnitřního a vnějšího prostředí, podle nichž lze marketingové prostředí analyzovat. Vnější prostředí se dále člení na makroprostředí a mikroprostředí. (Zlámal, 2006, s. 51)

5.2.1 Vnější makroprostředí

Vnější marketingové prostředí je analyzováno pomocí pojmů hrozby a příležitosti. Zdravotnický manažer musí hrozby i příležitosti analyzovat podrobněji a musí určit možnou reakci v případě jejich výskytu. (Zlámal, 2006, s. 53) Makroprostředí zahrnuje faktory, které jsou mimo kontrolu organizace, a její management na ně musí pouze reagovat. Analýzou management získá odpovědi na otázky, jak jednotlivé faktory makroprostředí mohou ovlivnit danou organizaci. (Molek, 2011, s. 57). Ke zkoumání vnějšího makroprostředí organizace můžeme využít **PESTE analýzu**. PESTE je akronym, kde jednotlivá písmena znamenají různé typy vnějších faktorů, které dělí okolí organizace do čtyř základních faktorů:

- **P – politické** – existující a potenciální působení politických vlivů
- **E – ekonomické** – stav a prognóza základních ekonomických ukazatelů
- **S – sociální** – odraz sociálních změn, životní úrovně, životního stylu obyvatelstva a jeho kupní síla, demografická struktura
- **T – technologické** – dopady vědy a výzkumu, dostupnost stávajících, nových technologií

- **E – ekologické** – nebo také environmentální- místní, národní a světová problematika životního prostředí a otázky jejího řešení

Cílem PESTE analýzy není analyzovat všechny složky jednotlivých faktorů, ale najít ty složky, které mají pro organizaci rozhodující význam a mohly by znamenat nějakou významnou příležitost nebo naopak hrozbu. Tyto výsledky mohou být také vstupní informací do SWOT analýzy. (Borovský a Smolková, 2013, s. 55)

5.2.2 Vnější mikroprostředí

Vnější mikroprostředí tvoří zákazníci, konkurence, dodavatelé, distributoři a veřejnost. Toto prostředí je z pohledu firmy již většinou ovlivnitelné, firma se zaměřuje na určitou cílovou skupinu zákazníků, má možnost výběru dodavatelů, ovlivňuje mínění veřejnosti, získává nebo ztrácí její podporu. K analýze konkurence může být použit **Porterův model pěti konkurenčních sil**, který reaguje na analýzu konkurenčního prostředí z hlediska vyjednávacího vlivu dodavatelů, odběratelů, z hlediska stupně soupeřivosti mezi firmami v odvětví, dále analyzuje vliv nebezpečí existence substitutů i vliv možnosti vstupu nových firem do oboru. (Paulovčáková, 2015, s. 66)

5.2.3 Vnitřní mikroprostředí

Vnitřní mikroprostředí musí být hodnoceno z hlediska slabých a silných stránek. Faktory určující vnitřní prostředí jsou organizace a řízení zdravotnické instituce, její vybavenost, finanční situace, konkurence vnitřní, technický rozvoj, lidské zdroje, umístění a image instituce. (Zlámal, 2006, s. 53) Mikroprostředí může firma významně ovlivnit sama svým chováním, svými činnostmi a aktivitami, správným výběrem zdrojů a schopností jejich efektivního využití. (Paulovčáková, 2015, s. 77)

5.3 SWOT analýza

SWOT analýza představuje celkové shrnutí jednotlivých dílčích analýz vztahujícím se k vnitřnímu a vnějšímu prostředí ZZ. Vychází z předpokladu, že získané informace z provedených analýz je třeba vhodně interpretovat a sumarizovat, k čemuž SWOT analýza slouží. SWOT analýza pomáhá posoudit současné postavení organizace a identifikovat silné a slabé stránky, příležitosti a hrozby ZZ. (Staňková, 2013, s. 159) Ve fázi deskripce mikroprostředí, což znamená analýzu klientů, pacientů, konkurence nebo obchodních partnerů, se stejně jako

při analýze vlastní instituce nejčastěji využívá SWOT analýza. Ta je založena na čtyřech základních faktorech ovlivňující analyzovaný jev.

- Strengths – silné stránky odpovídají na otázky, v čem jsou naše konkurenční výhody, které naše služby jsou lepší než konkurence, které z nástrojů marketingu využíváme lépe než konkurence, jaká je úroveň našich zaměstnanců, jaké výhodné podmínky jim nabízíme?
- Weaknesses – slabé stránky odpovídají na otázky, kde máme nedostatky, které naše služby mají horší úroveň, proč nám odcházejí zaměstnanci, jaké jsou důvody jejich nespokojenosti, jaké máme mezery a co bychom měli zlepšit?
- Opportunities – příležitosti odpovídají na otázky, které sociální trendy a změny v chování lidí bychom mohli využít, jaké jsou nové trendy na trhu, které bychom mohli chápat jako příležitost
- Threats – hrozby nebo rizika dávají odpovědi na otázky, zda je pravděpodobné, že na trh vstoupí nový konkurenční subjekt, nebo dojde ke změně legislativy, která by mohla naše ZZ ohrozit, zda nevzroste cena nakupovaných zdravotnických materiálů, které demografické faktory mohou ZZ negativně ovlivnit, nebo jaké hrozby vyplývají z politiky zdravotních pojišťoven. (Staňková, 2013, s. 159)

SW – silné a slabé stránky vyjadřují vnitřní faktory zkoumaného jevu.

OT – příležitosti a hrozby představují vnější faktory zkoumaného jevu. (Zlámal, 2006, s. 54)

5.4 Marketingový mix 4P a 4C

Marketingový mix je řízení hodnot, které jsou nabízeny zákazníkům. Je nástrojem pro realizaci definované a správně formulované strategie a je vlastní podstatou marketingu. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 53) Marketingový mix zahrnuje taktická marketingová rozhodnutí, která se týkají produktu (**product**), jeho ceny (**price**), dostupnosti (**place**) a propagace (**promotion**) označované jako 4P. (Karlíček a kol., 2013, s. 152) Přístup k managementu marketingového mixu prochází v poslední době principiálními změnami. Struktura nového marketingového mixu, tak zvaného C – mixu, který se zrodil přímo z denní marketingové praxe a silící konkurence se skládá ze čtyř atributů, kterými jsou zákaznické hodnoty (**customer values**), komunikace (**communication**), způsob, vhodnost, přiměřenost předání (**convenience**) a náklady (**costs**). Novou součástí marketingového mixu tedy označujeme jako 4C. Svým způsobem je C – mix určitým cyklem, ve kterém se snažíme postupně

maximalizovat jeho jednotlivé složky, abychom na konci vytvořili takovou celkovou hodnotu, za kterou je zákazník ochoten adekvátně zaplatit. Pro strategické řízení mixu ve zdravotnictví je důležité vnímat právě to, že pro pacienta není důležitá pouze kategorie customer values, tedy lékařský nebo ošetrovatelský výkon, ale svoji neméně důležitou hodnotu mají i kvalita, komunikace, způsob předání a hodnota nákladů. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 53 – 55) Pro řízení ZZ je vhodné oba přístupy 4P a 4C vzájemně propojit.

5.4.1 Product & Customer values

Nejdůležitějším prvkem marketingového mixu je produkt. Produkt je jakékoliv fyzické zboží, ale také služby, informace, myšlenky, zážitky a jejich nejrůznější kombinace, pokud mohou být předmětem směny. Kvalita produktu je klíčovou součástí hodnoty značky a předpokladem spokojenosti zákazníků. Kvalitě produktu je tedy nezbytné věnovat velkou pozornost. Zejména je nezbytné zcela opustit mylnou představu, že špatný produkt může nahradit skvělá reklama. V této souvislosti se uvádí, že 96 % nespokojených zákazníků si vůbec nestěžuje, pouze přestanou produkt kupovat. (Karlíček a kol., 2013, s. 154) Produkt ve zdravotnictví může mít několik podob, většinou převažuje produkt ve formě služby, jedná se nejčastěji o lékařský nebo ošetrovatelský výkon a je tedy nehmotné povahy, což z marketingového hlediska vykazuje specifické vlastnosti. Na zdravotnické služby aplikujeme specifika marketingu služeb. Čtyři základní vlastnosti služeb jsou nehmotnost, nedělitelnost, proměnlivost a pomíjivost. (Staňková, 2013, s. 94) Ve zdravotnických zařízeních jsou zákaznickými hodnotami dva hlavní procesy, lékařská a ošetrovatelská péče. Při strategickém řízení se většinou zákaznické hodnoty uplatňují jako klíčové prvky strategie a celý cyklus postupné tvorby hodnoty u nich začíná. Ve zdravotnictví a jeho marketingu to zatím neplatí a přednost intuitivně dostávají ostatní složky mixu – náklady, konvence a někdy komunikace. Důvodů je několik. Především ZZ nejsou řízena strategicky, ale nákladově. Lékařská a ošetrovatelská služba má velmi komplexní povahu a obecně tendenci ke kolísání kvality, protože nejde o výrobek. Pacient velmi často nemá schopnost posoudit kvalitu péče, a proto se orientuje na parametry konvence. Také systémy zdravotnictví jsou nastaveny na jiné parametry než na kvalitu, především na ekonomiku a dostupnost. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 57) Tento postoj se v posledních letech začíná pomalu měnit a základními pojmy, které se vztahují k vnímání produktu zdravotní služby jako hodnoty pro zákazníka, jsou pojmy kvalita zdravotní péče a spokojenost pacienta. (Staňková, 2013, s. 96)

5.4.2 Price & Costs

Obecná teorie ekonomie vidí výši ceny jako střet nabídky a poptávky. Vysoká cena snižuje poptávku, zvyšuje nabídku a naopak. V okamžiku rovnováhy, tedy v bodě, kdy kupující jsou ochotni za danou cenu nakoupit určité množství zboží, vzniká rovnovážná cena. V tomto bodě dochází k optimální alokaci zdrojů tam, kde vzniká jejich potřeba. Vychýlení rovnovážné ceny z daného bodu, tedy vznik ceny tržní, znamená posun nabídky nebo poptávky, popřípadě obou křivek určitým směrem, mechanismus se dává do pohybu, na změnu reaguje jak poptávka, tak i nabídka. Tržní hospodářství je charakteristické směnou protihodnot, peníze jsou vyměňovány za zboží a služby. Pro uskutečnění směny jsou nutné peníze ve výši odpovídající nabídce a poptávce, směna je možná pouze do úrovně vlastnictví peněz. Tento princip, který je běžný a fungující ve všech ostatních trzích, není možno zcela aplikovat do oblasti poskytování lékařských a zdravotnických služeb. Je zřejmé, že v moderní vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, ani jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému. (Zlámal, 2006, s. 72)

V oblasti zdravotnictví nejsou ceny výkonů stanoveny na základě fungování nabídky a poptávky. Rozeznáváme dva typy cen, a to ceny regulované a smluvní. Většina cen výkonů zdravotní péče patří do kategorie cen regulovaných. Tato regulace je výraz zdravotní politiky státu, který prostřednictvím zdravotních pojišťoven a stavovských komor určuje výše cen. Velká část cen je výsledkem již zmiňovaného dohodovacího řízení mezi zástupci poskytovatelů zdravotní péče (komorami) a zdravotními pojišťovnami, případně orgány státu. Veřejnost vnímá ve zdravotnictví nejčastěji dva druhy plateb. Prvním typem je tzv. nadstandard, který vychází ze zákona 48/1997 Sb., a upravuje nabídku služeb, kterou lze poskytnout více než jedním způsobem. V tomto případě hradí pojišťovna takový způsob poskytnutí zdravotních služeb, který splňuje podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů. Tato služba se nazývá základní varianta, druhý způsob je označován za ekonomicky náročnější variantu, tedy nadstandard a není hrazen z veřejného zdravotního pojištění, ale pacient si tuto službu hradí sám. Regulační poplatky byly v ČR zavedeny od 1. 1. 2008 a cílem tohoto opatření bylo především zamezit plýtvání při nadměrném čerpání zdravotnických služeb a užívání léků. Jednalo se o poplatek za návštěvu lékaře, za recept, využití lékařské pohotovosti a za poskytnutí lůžkové péče. (Staňková, 2013, s. 105) Poplatky se staly vděčným tématem všech politických diskuzí a předvolebních kampaní a od 1. 1. 2015 došlo k jejich

zrušení. Zachován zůstal pouze regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

5.4.3 Promotion & Communication

Komunikace ve zdravotnictví má svá specifika. Ve zdravotnictví je často prezentován názor, že přes veškerý pokrok v elektrotechnice, zůstává osobní komunikace lékaře a zdravotnického personálu s pacientem (face to face), nejdůležitějším a nejúčinnějším komunikačním prostředkem. (Foret, 2003, s. 11) V širším slova smyslu plní komunikace ve ZZ několik rolí, roli manažerskou, marketingovou, terapeutickou a etickou. Profesionálně vedená komunikace pomáhá ZZ vytvářet a pečovat o potřebnou důvěru, dobré jméno a image. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 65) V konkurenčním prostředí musí i zdravotnické zařízení nějakým způsobem komunikovat se svými klienty, pacienty a uživateli zdravotní péče. Problém komunikace ve zdravotnictví je často diskutován v souvislosti s etikou. Vzhledem k asymetrickým informacím, které jsou v této oblasti nastavené, se marketingová komunikace ZZ nikdy nebude řídit stejnými principy jako marketingová komunikace jiných odvětví. Zdravotníci budou mít vždy více informací než široká veřejnost, které ovšem z etických důvodů nesmí využít. Promotion ve zdravotnictví, stejně jako v ostatních oborech služeb může využívat všechny prvky marketingového komunikačního mixu, tedy reklamu, podporu prodeje, public relations a direct marketing. (Staňková, 2013, s. 116) Zdravotnické zařízení, o kterém pacienti nemají žádné informace, představuje velkou neznámou jak pro pacienty, tak i pro obchodní partnery, instituce i celou veřejnost. Pokud má pacient na výběr, dá přednost zařízení, jehož kvality jsou prověřeny, dobře ohodnoceny a které má ve společnosti již určité jméno. (Zlámal, 2006, s. 77)

5.4.4 Place & Convenience

Dostupností se rozumí způsob, jakým se produkt dostává ke svým zákazníkům. V oblasti zdravotní péče se jedná především o dostupnost lékařské a zdravotní péče, její rozsah a kulturu. (Zlámal, 2006, s. 75) Jednoduchost, rychlost a pohodlí, s nimiž může zákazník produkt získat, jsou součástí celkové hodnoty, kterou firma zákazníkovi nabízí a označujeme je jako konvenience. Základní typy konvenience ve zdravotnických zařízeních jsou access convenience, time convenience, information convenience, stay a folow up convenience. Samotná dostupnost nebo přístupnost (access convenience) se dále dělí na dopravní, geografickou, bezbariérovou nebo orientační dostupnost, ale také určuje například kapacitu parkovacích míst,

kapacitu sociálních zařízení nebo čekáren. Časová konvence (time convenience) monitoruje čekací doby a objednávací systémy. Informační konvence (information convenience) sleduje typy zákroků, logistiku pacienta a jeho práva, dosavadní výsledky neboli rating a on demand informační systém. Pobytová konvence zahrnuje monitoring všech základních potřeb pacienta od stravy po ubytovací služby, ale také uspokojování jeho sociálních a estetických potřeb. Následná konvence (follow up) zpracovává informace, stížnosti, možnosti sponzoringu a věrnostní programy. Uvedené dělení do pěti základních typů konvence zároveň ukazuje i možnosti ZZ, jak na parametrech své konvence zpracovat. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 61) Platí, že pokud není produkt pro cílovou skupinu dostatečně dostupný, může být veškeré další marketingové snažení zbytečné. (Karlíček a kol., 2013, s. 211) Dostupnost zdravotní péče je jedním ze základních ukazatelů v rámci mezinárodní komparace zdravotnických systémů, jak již bylo výše zmíněno.

5.5 Marketingová komunikace

Marketingovou komunikací rozumíme řízené informování a přesvědčování cílových skupin, pomocí kterého naplňují firmy a další instituce své marketingové cíle. Stejně jako ostatní nástroje marketingového mixu musí i marketingová komunikace vycházet z celkové marketingové strategie. (Karlíček a kol., 2013, s. 190)

5.5.1 Formy komunikace

Komunikace je přenos informací od odesílatele k příjemci a zpět. Je to prostředek, který může sloužit různě velké skupině lidí k dosažení společného cíle. Základní formy komunikace jsou komunikace verbální a neverbální. Verbální komunikace probíhá prostřednictvím slov, může mít formu ústní, písemnou nebo elektronickou. Neverbální komunikace označuje veškeré mimoverbální složky komunikace, využívá řeči těla, jde tedy o gesta, mimiku nebo polohu těla. (Gladkij, 2003, s. 196 - 197) Neverbální komunikace je mnohdy pro pacienty významnější než komunikace verbální. Jedná se především o případy, kdy se pacient neorientuje v lékařské terminologii nebo nerozumí odborné řeči zdravotníků. Pacient vnímá mimiku, gestikulaci, výraz tváře, vnímá tón řeči, skryté významy, pohledy nebo rozpoznává obavy. (Zlámal, 2006, s. 79) Dále je možné rozdělit komunikaci dle osobní účasti na osobní a neosobní. U osobní komunikace jde o verbální i neverbální komunikaci založenou na osobním kontaktu mezi osobami. Neosobní komunikace probíhá zejména prostřednictvím médií a jiných nástrojů marketingové komunikace. Dělení dle cílové skupiny je možné rozdělit na

interní a externí komunikaci. Interní komunikace probíhá uvnitř nemocnice mezi jejími zaměstnanci nebo mezi zaměstnanci a managementem. Jde o prolínání personální práce, interního marketingu a manažerské komunikace. Externí komunikace je komunikace ZZ s okolím, tedy s pacienty a jejich rodinnými příslušníky, pojišťovny, institucemi a veřejností. (Staňková, 2013, s. 115)

5.5.2 Cíle komunikace

Hlavní cíle marketingové komunikace jsou informovat, přesvědčovat, připomínat. (Paulovčáková, 2015, s. 206) Komunikační cíle je vhodné dát do souvislosti s celkovými strategickými záměry a marketingovými cíli. V obecné rovině se komunikační cíle mohou týkat změny povědomí nebo image v souvislosti s léčebným procesem nebo standardy ošetrovatelské péče, zvýšení motivace zaměstnanců, zlepšení vztahů, zlepšení informovanosti veřejnosti, představení nové metody léčby nebo zavedení nové služby. Správně stanovené cíle musí splňovat kritéria, které označujeme akronymem SMART. (Exner, Raiter a Stejskalová, 2005, s. 75) Tento akronym je zkratkou pěti anglických slov, která jsou nejčastěji překládána jako:

- S – specific – konkrétní
- M – measurable – měřitelné
- A – achievable – dosažitelné
- R – realistic - realistické
- T – time oriented – termínované

Základem je stanovit si takové cíle, aby byly konkrétní, aby bylo možné ověřit si, zda byly splněny, aby byly vhodné pro dané ZZ, měly by být splnitelné a časově ohraničené. Marketingové cíle lze dále rozpracovat. (Staňková, 2013, s. 143) Pro manažera je důležité ujasnit si, k jakému cíli informace požaduje a jaké mají být. To ho vede k rozhodnutí, odkud a jakým způsobem informace získá a jakým způsobem s nimi naloží. (Gladkij, 2003, s. 197)

5.6 Komunikace v kontextu zdravotní péče

Komunikace ve zdravotnictví je tak významným prvkem, že chyba v jeho provedení může zcela znehodnotit výborné výsledky lékařských zákroků, vysoce kvalitní ošetrovatelskou péči a všechny ostatní procesy ve zdravotní péči. Pacienti velmi silně vnímají způsob, jak se s nimi jedná, jakým způsobem jsou informováni o možnostech léčby, o možných rizicích,

jak jsou jim sdělovány jejich diagnózy nebo co znamenají různé hodnoty naměřených veličin. To se týká i celé rodiny, protože samotný způsob komunikace s nimi i jejich rodinnými příslušníky spoluvytváří image jak personálu, tak i celého zdravotnického zařízení. Bylo empiricky prokázáno, že spokojený pacient informuje o svém poznatku tři další osoby a nespokojený pacient sdělí své negativní hodnocení minimálně deseti lidem. (Zlámal, 2006, s. 78) Komunikaci v kontextu zdravotní péče musíme rozdělit do několika skupin, protože se nejedná pouze o komunikaci s pacienty, ale i s ostatními lidmi, institucemi nebo dalšími zdravotníky. (Zlámal, 2006, s. 78)

5.6.1 Komunikace zdravotnických pracovníků s pacienty

Patří mezi stěžejní prvky marketingového mixu, mezi základní způsoby jednání a chování zdravotnického personálu, které je třeba zdravotníkům působícím v bezprostředním vztahu k pacientům neustále připomínat a dbát na jejich celodenní aplikaci. Pacient má obavy o své zdraví, strach z nemoci, z lékařského nebo ošetrovatelského zákroku, často cítí stud, úzkost, nervozitu, napětí, bolest. To jsou specifické situace, ve kterých komunikace s pacientem probíhá. Verbální komunikace s pacientem má své teoretické základy ve strukturální analýze, která vychází z poznatku, že osobnost každého člověka se skládá ze tří složek. Jde o rodičovské já, dospělé já a dětské já. Všechny tyto složky osobnosti tvoří celek, nicméně v určitých momentech komunikace převažuje výrazně vždy jedna z nich. (Zlámal, 2006, s. 78 - 80) Haškovcová (2015, s. 89) uvádí, že vztah mezi lékařem a pacientem je výsledkem spletitého procesu, který se na dlouhou dobu ustálil na dominantním modelu paternalismu, který vyhovoval oběma stranám. Lékař měl zcela výjimečné postavení, byl nositelem vzdělanosti nejen odborné, ale i všeobecné. Byl si vědom své odpovědnosti a zcela samozřejmě se ujímal role otcovské, vůdcovské a dominantní a neočekával žádnou korekci svých rozhodnutí. Až v průběhu sedmdesátých let minulého století ve světě a nejméně o dvacet let později v ČR tento vztah lékař – pacient začíná přecházet od paternalismu k partnerství, což se projevuje i v dnešní komunikaci lékaře s pacientem. Vztah mezi lékařem a pacientem patří mezi základní vztahy ve zdravotnictví. Navazuje ho každý, kdo se stane pacientem, nebo žadatelem o zdravotní službu. Z výzkumů vyplývá, že nejčastějším nedostatkem v tomto vztahu je právě komunikace. Jak již bylo zmíněno, pacienti očekávají otevřený a rovnocenný dialog, dále očekávají pravdu, dostatečné množství informací, podávané srozumitelným jazykem, nejen o svém aktuálním stavu a jeho léčbě, ale také o zdravém životním stylu, prevenci, případné další konzultaci nebo o specializovaných pracovištích. Lékaři se často brání a od-

kazují na velký počet pacientů, tedy na nedostatek času, který mají stanovený na jednu návštěvu, což je většinou pět až deset minut. Lékař se ocitá v pasti. Způsob úhrad ho nutí do zjevného rozporu se zásadami správné komunikace, ale také lékařské etiky. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění nedostane lékař čas věnovaný pacientovi nad stanovenou míru proplacen. Edukační rozhovory jsou hrazeny pouze v případech zvlášť definovaných a specifikovaných zákonem. (Linhartová, 2007, s. 53)

6 ARTRÓZA

Artróza nebo také osteoartróza je nezánettivé degenerativní kloubní onemocnění, charakterizované degradací kloubní chrupavky, subchondrální sklerózou, tvorbou osteofytů a změnami měkkých tkání. Jde o velmi časté onemocnění, které postihuje všechny etnické skupiny, ve všech částech světa a jehož incidence roste s věkem. (Dungl, 2014, s. 127) Artróza je nejčastějším kloubním onemocněním lidí ve středním a starším věku. Jde o onemocnění, které současná medicína nedokáže vyléčit a které má tendenci se postupně zhoršovat. Velmi často vede k pracovní neschopnosti a výjimkou není ani trvalá invalidita. (Gallo, 2007, s. 9). (Dungl, 2014, s. 733) Odborně pak označujeme artrózu kyčelního kloubu jako osteoarthritis coxae a artrózu kolenního kloubu jako gonarthrosis. (Gallo, 2007, s. 13)

6.1 Dělení artrózy dle RTG

Nejčastější způsob dělení artrózy se provádí dle RTG snímku, přičemž rozhodujícím kritériem je velikost kloubní štěrbiny. Podle toho se pak artróza rozděluje do 4. stupňů takto:

- **I. stupeň** – normální kloubní štěrbina, subchondrální skleróza, drobné okrajové osteofyty. Jde o normální nález.
- **II. stupeň** – malé zúžení kloubní štěrbiny, která je širší než 4 mm, subchondrální skleróza, okrajové osteofyty, oploštění femurálního kondylu.
- **III. stupeň** – jasné zúžení kloubní štěrbiny na 2 – 4 mm, výrazné osteofyty, tvorba pseudocyst, možné deformity. Jde o větší změny na kloubu.
- **IV. stupeň** – výrazné zúžení až vymizení kloubní štěrbiny, která je menší než 2 mm, hrubé osteofyty, kostní nekróza, deformity. Jde o velmi výrazné změny. (Dungl, 2014, s. 850)

6.2 Klinický obraz

Osteoartróza je degenerativní onemocnění a nemá celkové projevy. Příznaky jsou většinou omezeny na postižený kloub. První příznaky počínající OA jsou velmi nenápadné a ve většině případů se projevují postupně. Jejich obraz se liší podle lokalizace a často se střídají období klidová a období dekompenzace, tedy vzplanutí příznaků. (Hnízdil a kol. 2007, s. 14) Nejčastějším příznakem je bolest, která je nejdříve tupá, intermitentní, zhoršující se při zátěži kloubu a ustupující v klidu. Typické jsou tzv. startovací bolesti, tedy bolesti na začátku po-

hybu, které postupně odeznívají. Postupně se objevují i bolesti klidové, které jsou pravděpodobně důsledkem hyperémie a intraosální hypertenze v subchondrální kosti. Pacienti si často stěžují na zhoršení bolesti při změně počasí, při poklesu barometrického tlaku. Vnímání bolesti nemusí odpovídat stupni degenerativního postižení kloubu na RTG snímku. To je způsobeno rozdílným vnímáním prahu bolesti, rozdíly v pohyblivosti kloubu a míře zatěžování. (Dungl, 2014, s. 849) Dalším příznakem jsou drásoty v kloubu. Dále pacienti popisují určitou ztuhlost kloubu, hlavně ráno před rozhybáním. Postupně dochází k omezování pohyblivosti jak kloubu tak následně celkové pohyblivosti pacienta. Pohyb v kloubu je omezený, především kvůli bolesti a svalovému spazmu. Základní laboratorní vyšetření je normální. (Dungl, 2014, s. 849)

6.3 Rizikové faktory

Rizikovými faktory vzniku artrózy jsou věk, pohlaví, genetická predispozice, poruchy biomechaniky, úraz, obezita, ale také etnické a geografické vlivy. Onemocnění je neobvyklé u osob mladších 40 let, ale v pozdějším věku je to nejčastější chronické onemocnění. (Dungl, 2014, s. 129) I když se stále častěji o osteoartróze mluví jako o vážném onemocnění, je třeba si uvědomit, že jde o změny degenerativní, tedy zcela přirozený projev stárnutí a opotřebování kloubů. Artróza postihuje dvě velké, z hlediska pohybové aktivity, zcela protichůdné skupiny. První skupinu tvoří lidé se sedavým způsobem zaměstnání nebo sedavým životním stylem, absolutním nedostatkem vhodného pohybu, špatnou fyzickou kondicí a také nadváhou. Do druhé skupiny patří lidé, jejichž práce nebo životní styl je z hlediska zátěže pohybového aparátu jednostranná a nadměrná. (Hnízdil a kol., 2007, s. 9) Genetická predispozice může být tím, co rozhodne, zda u pacienta dojde k rozvoji OA. Stárnutí a OA spolu souvisejí, ale nemusí být nutně přímo úměrné. Změny spojené s věkem ovlivňují také mechanické faktory, jako jsou přetížení nebo nestabilita kloubu. (Dungl, 2014, s. 847)

6.4 Prevalence artrózy

Prevalence artrózy narůstá s věkem. Je nejčastějším onemocněním kloubů a postihuje asi 12% populace. Ve věku nad 50 let je artrózou respektive osteoartrózou postiženo 80 % obyvatelstva. Pacienti ve věkové kategorii kolem sedmdesáti let a starší trpí osteoartrózou ve více než 90 %. Sekundární osteoartrózou jsou častěji postiženy ženy, především ve věkové kategorii nad 45 let. První změny na struktuře chrupavky můžeme pozorovat zhruba kolem dvacátého roku života. Osteoartróza postihuje prakticky všechny klouby našeho těla, snižuje

pohyblivost kloubů a může vést až k úplné invaliditě pacienta. Je nejčastější příčinou dlouhodobých pracovních neschopností a invalidních důchodů. S prodlužujícím se věkem populace přibývá nemocných artrózou. Osteoartróza není jen průvodním znakem stárnutí, ale postihuje stále častěji i mladé lidi, především sportovce, lidi těžce fyzicky pracující nebo lidi se sedavým zaměstnáním. Artróza je jednou z nejčastějších příčin dlouhodobých pracovních neschopností a částečné i úplné invalidity. (Artroza.com©2016)

6.5 Léčba artrózy

Léčba je zaměřena jednak na prevenci vzniku závažnějších strukturálních změn, omezování progresu již vzniklých změn a tlumení symptomů, zejména bolesti. V zásadě rozlišujeme léčbu konzervativní a operační. Konzervativní léčba probíhá v období od prvních příznaků onemocnění až do okamžiku operačního řešení. V začátcích léčby se jedná především o úpravu životosprávy, tělesné hmotnosti, zařazení fyzikální terapie, lázeňské rehabilitační léčby. (Sosna a kol. 2001, s. 92) Cílem současné léčby je snížit bolestivost postiženého kloubu, zvýšit jeho pohyblivost a stabilitu, redukovat fyzické omezení pacienta, zlepšit jeho kvalitu života a omezit progresi onemocnění kloubu. Dále přichází na řadu farmakologické řešení, v pokročilejších fázích se intraartikulárně aplikují kortikosteroidy a preparáty s obsahem kyseliny hyaluronové. Při velkých kloubních bolestech jsou na místě slabé opiáty. (RONNIE.cz©) V posledních se stále častěji diskutuje léčebná metoda, která využívá vlastní krevní plasmu a krevní destičky k léčbě nejrůznějších problémů pohybového ústrojí, hlavně bolestí kloubů při artróze. Jde o metodu ACP - Autologní kondiciovaná plasma (Autologous Conditioned Plasma).

U chirurgické léčby se vždy jedná o invazivní zákrok, jehož cílem je zmírnit následky již vzniklých artrotických změn. K nejčastějším ortopedickým operacím dnes patří náhrada poškozeného kloubu implantátem tak zvanou endoprotézou. Pokud jde o náhradu celého kloubu, hovoříme o totální endoprotéze (TEP). (Sosna a kol. 2001, s. 102) Cílem každé léčby je především zmírnit bolest a zlepšit kvalitu života pacienta. 1. března 2015 byl zahájen provoz nového Národního registru kloubních náhrad (NRKN), do kterého má povinnost předávat údaje každý poskytovatel, který poskytl zdravotní služby pacientovi v souvislosti s implantací nebo reimplantací umělé kloubní náhrady (viz vyhláška č. 116/2012 Sb., o předávání údajů do Národního zdravotnického informačního systému). Nově se vedle náhrady kyčelního kloubu budou hlásit i náhrady kolenního, ramenního, loketního a hlezenního kloubu. (ÚZIS ČR ©2016, online).

7 ZÁVĚREČNÉ ZHODNOCENÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části práce bylo na základě dostupných zdrojů popsat systém zdravotní péče v ČR a popsat trh zdravotnických služeb a způsoby jejich financování. Pro popis jednotlivých modelů zdravotnických systémů, byla použita literatura Karla Šatery, Hynka Dolanského a Jiřího Vurma. Pro mezinárodní komparaci zdravotnických systémů, byly popsány jejich nejčastěji používané ukazatele, jako je stále více diskutovaná kvalita péče nebo její efektivnost. Jejich popis vycházel především z literatury Darji Jarošové, Aleny Maaytové, Kateřiny Ivanovové, Lubici Juričkové a Ivana Gladkije. Trh zdravotnických služeb, který se věnuje zdravotním pojišťovnám, plátcům pojistného a popisuje způsoby financování zdravotnických služeb, byly popsány na základě publikací Ivana Gladkije, Hynka Dolanského, Karla Šatery a Pavly Staňkové. Pátá kapitola teoretické části se věnuje především marketingovému prostředí, marketingovému mixu a marketingové komunikaci. Zde bylo nejčastěji čerpáno z odborné literatury Pavly Staňkové, Lubomíra Exnera, Tomáše Raitera, Dity Stejskalové, Miroslava Foreta a Jaroslava Zlámala. Poslední kapitola teoretické části popisuje artrózu jako nejčastější degenerativní onemocnění pohybového aparátu, její klinický obraz, dělení, prevalenci a rizikové faktory. Přibližuje také různé způsoby léčby, včetně novinek. V této kapitole bylo nejčastěji čerpáno z odborných zdrojů Pavla Dungla, Antonína Sosny a Jana Hnízdila. Z cizojazyčných zdrojů byla použita literatura Sharon Buchbinder a Nancy Shanks *Introduction to health care management* a *Strategic management of health care organizations* autorů Linda E. Swayne, W. Jack Duncan a Peter M. Ginter.

Zdrojem literatury byly knihovny UTB ve Zlíně, lékařská knihovna KNTB ve Zlíně a Krajská knihovna Františka Bartoše ve Zlíně.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8 PROSTŘEDÍ PRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCE

Jak již bylo uvedeno, pro marketingové prostředí je typická vysoká proměnlivost v čase. Dále je marketingové prostředí velmi rizikové a překvapivé. To platí pro prostředí privátní ortopedické ambulance bez výhrad. Přesto, že většina pacientů přichází do ambulance po předchozím objednání na daný čas, každý den přichází do ambulance noví pacienti, ale také pacienti, bez předchozí domluvy, protože se podle něj, nebo jeho praktického lékaře jedná o akutní stav.

8.1 Vnější makroprostředí

Každý ekonomický subjekt, tedy i zdravotnické zařízení, je závislý na řadě faktorů, které se vzájemně ovlivňují. Makroprostředí je dáno vnějšími okolnostmi, které ovlivňují mikroprostředí, jde o tzv. faktory PESTE, tedy faktory Politické, Ekonomické, Sociální, Technologické a Ekologické.

8.1.1 Politické prostředí

Vývoj politického prostředí výrazně ovlivňuje většinu rozhodnutí ekonomických subjektů. Stejně je tomu u soukromé ortopedické ambulance, která je v obchodním rejstříku zapsána jako fyzická osoba. Politickým prostředím rozumíme především legislativu a nařízení státní správy, které ovlivňují prostředí ortopedické ambulance. Nestátní zdravotnické zařízení se řídí platnou legislativou, kterou musí každé ZZ dodržovat. Základními právními předpisy, kterými se ZZ řídí, jsou:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č. 280/1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Vyhláška 92/2011 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče
- Vyhláška 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

Politické prostředí se mění a je nutné pravidelně sledovat nové zákony, vyhlášky a nařízení, které jsou vydávány nebo novelizovány.

- Pozitiva: stejné a jasně dané podmínky pro všechna ZZ.
- Negativa: poměrně rozsáhlá administrativa při vzniku i při provozování ZZ.

8.1.2 Ekonomické prostředí

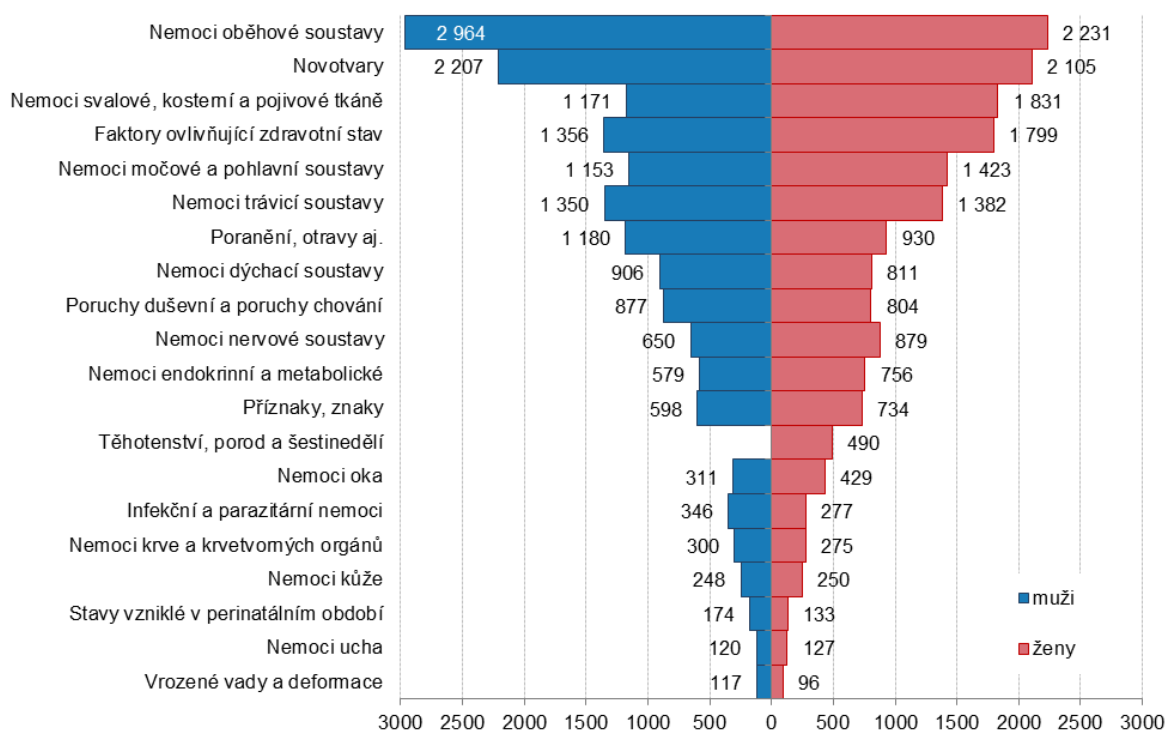
Všechny ekonomické subjekty včetně soukromé ortopedické ambulance jsou závislé na ekonomické situaci ČR a do značné míry také EU. Výdaje domácností na zdravotní péči v roce 2014 dosáhly 43 102 mil. Kč, tedy 12 % z celkových výdajů na zdravotní péči v České republice. Tato částka představuje zhruba 2 % z celkových výdajů domácností. Od roku 2008 se výdaje domácností na zdravotní péči pohybují nad hranicí 40 miliard Kč a jejich výše v posledních letech stagnuje. Doposud maximální výše výdajů domácností na zdravotní péči, 43 634 mil. Kč, bylo dosaženo v roce 2012. Výdaje domácností na zdravotní péči rostly v letech 2010 až 2014 pomaleji než výdaje hrazené ze státního rozpočtu i rozpočtů místních samospráv, ale o něco rychlejším tempem než výdaje zdravotních pojišťoven. Podíl domácností na celkových výdajích na zdravotní péči, jak již bylo uvedeno výše, zůstával v letech 2010 až 2014 mírně nad úrovní 12 %. Vliv na to mělo nepochybně zrušení regulačního poplatku za hospitalizaci začátkem roku 2014. Od roku 2010 se nejvíce (o více než 5 miliard Kč) zvýšily náklady na léčení **nemocí svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně**. V letech 2010 - 2014 byly výdaje na léčbu nemocí kosterní a svalové soustavy třetí nejvyšší po výdajích na léčbu novotvarů a nemocí oběhové soustavy. (Obr. 1) Zatímco v roce 2010 na jejich léčbu pojišťovny vynaložily 10, 7 mld. Kč, v roce 2014 to bylo 15, 7 mld. Kč. (ČSÚ ©2015a, online).

Privátní ortopedická ambulance patří do skupiny ambulantních specialistů. Základní ekonomická pravidla stanovuje Vyhláška 273/2015 Sb., příloha č. 3 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení (pro rok 2016). Hodnota bodu pro odbornost

606 je pro rok 2016 stanovena ve výši 1,03 Kč za bod a pro odbornost 902 je hodnota bodu ve výši 0,80 Kč za bod. Způsob výpočtu maximální úhrady za výkony je jiný, než byl v roce 2015. Maximální úhrada je dána součinem počtu v roce 2016 ošetřených pojištěnců (mimo ty, jimž bude vykázán jen výkon 09513), průměrné úhrady za výkony, ZÚM a ZÚLP v roce 2014 a koeficientu 1,03, přičemž mimořádně nákladní pacienti (5x dražší ve výkonech, ZÚM a ZÚLP) mají režim úhrad volnější. Jakákoli práce nad limit je pak provedena bez nároku na platbu.

- **Pozitiva:** Současná hodnota bodu pro odbornost 606, nárůst onemocnění kosterní a svalové soustavy
- **Negativa:** Stagnující výdaje domácností na zdravotní péči, nižší hodnota bodu pro odbornost 902, poměrně složitý výpočet maximální úhrady poskytované péče

Obr. 1 Zdravotnické účty ČR 2010 – 2014 (Zdroj: ČSÚ 2016)



8.1.3 Sociální prostředí

Ortopedická ambulance má sídlo v Kroměříži, která je jedním z okresních měst zlínského kraje. Podle předběžných výsledků měl Zlínský kraj ke konci března 2016 celkem 584 211

obyvatel. Proti stavu na konci roku 2015 ubylo v kraji celkem 465 občanů. Jde o celorepublikový a celoevropský trend poklesu obyvatel, který spolu se snižováním porodnosti, zvyšování počtu rozvodů, zvyšujícím se rizikem nezaměstnanosti, hrozbou sociálního vyloučení a především stárnutí společnosti patří k nejvýraznějším trendům demografického vývoje celého evropského prostoru a má svůj dopad prakticky ve všech oblastech společenského, politického a ekonomického života. V žádném z okresů během prvních tří měsíců tohoto roku obyvatel nepřibýlo. Počet obyvatel se snížil v okresech Uherské Hradiště o 169, Vsetín o 131, Kroměříž o 96 osob a Zlín o 69 osob.

K 30. 9. 2015 průměrný evidenční počet zaměstnanců v kraji proti stejnému období minulého roku mírně vzrostl, úroveň průměrných mezd se zvýšila. V 1. až 3. čtvrtletí roku 2015 bylo v subjektech se sídlem na území kraje přepočteno na plně zaměstnané v průměru zaměstnáno 199,1 tis. osob. Na celkovém počtu zaměstnanců v ČR se kraj podílel 5,2 %. Průměrná měsíční mzda pracovníka v přepočtu na plně zaměstnané byla v kraji 22 648 Kč. Úroveň mezd v kraji je dlouhodobě nízká. I přes meziroční nárůst průměrných mezd v kraji o 3,3 %, zůstává průměrná hrubá mzda v kraji druhou nejnižší v mezikrajském srovnání. Nejnižší mzdu, která byla v Karlovarském kraji, převyšuje průměrná mzda ve Zlínském kraji o 499 Kč, proti průměru na úrovni republiky je nižší o 3 255 Kč.

Ke konci září 2015 poklesl počet evidovaných uchazečů o zaměstnání na úrovni republiky o 16,5 %, v kraji byl pokles ještě vyšší, představoval 18,5 %. K 30. 9. 2015 evidovaly úřady práce Zlínského kraje celkem 22 822 uchazečů o zaměstnání. V porovnání s ostatními regiony se Zlínský kraj podílem nezaměstnaných osob 5,67 % řadí do středu mezi kraje. S nejvyšší nezaměstnaností se dlouhodobě potýkají kraje na severu Čech a Moravy (Ústecký 9,06 % a Moravskoslezský kraj 8,44 %). Naopak nejmenší podíl nezaměstnaných osob byl zjištěn v Jihočeském kraji, a to 4,35 %. Při srovnání hodnot za 77 okresů ČR se nejlépe umístily okresy Uherské Hradiště a Zlín s podílem 4,97 a 4,98 %, které se řadí na 25. a 26. místo. Okres Vsetín (6,45 %) obsadil 49. pozici a okres Kroměříž byl s hodnotou 6,77 % na 55. místě. Ke konci září evidovaly úřady práce 6 053 volných pracovních míst, z toho 453 bylo pro osoby se zdravotním postižením. Na jedno volné pracovní místo připadlo v kraji 3,8 uchazečů, zatímco ve stejném období minulého roku to bylo 11,4 uchazečů. Zlínský kraj má ve srovnání s ostatními kraji také nejvyšší průměrné procento pracovní neschopnosti v ČR. (ČSÚ ©2015a, online).

■ Pozitiva: Zvyšující se věk obyvatel, nižší náklady na mzdy.

- **Negativa:** Zlínský kraj – druhá nejnižší průměrná mzda v ČR, okres Kroměříž na 55. místě v počtu nezaměstnaných (ze 77), snižující se počet obyvatel.

8.1.4 Technologické prostředí

Ortopedie při diagnostice a léčbě artrózy v posledních letech pracuje s několika novými metodami a postupy. K základním vyšetřením při diagnostice stále patří RTG snímek a sonografie, neboli ultrazvuk, což jsou bezbolestné, neinvazivní zobrazovací metody. V roce 2012 bylo v ČR registrováno 584 oddělení či pracovišť radiologie. V roce 2012 připadalo na 1 obyvatele ČR průměrně 1,35 vyšetření zobrazovacích metod, což je přibližně stejně jako v roce 2011. Činnost zdravotnických zařízení v oboru radiologie a zobrazovacích metod je do jisté míry závislá také na přístrojovém vybavení. Průměrně připadlo na 100 tisíc obyvatel 14,0 RTG přístrojů, 7,4 ultrasonografů (UZ), 4,9 skiaskopicko-skiagrafických přístrojů, 1,5 CT přístrojů a 1,2 mamografů na těchto pracovištích. Na jeden přístroj pro magnetickou rezonanci (MR), kterých bylo v ČR celkem vykááno 73 (o 2 přístroje více než v předcházejícím roce), připadá 144 tisíc obyvatel. Nejrozsáhlejším vybavením oddělení a pracovišť radiologie na 100 tisíc obyvatel disponovalo Hl. m. Praha, a to především počtem RTG přístrojů (20,2), angiokompletů (1,5) a MR přístrojů (1,6). Naopak celkově nejslabší přístrojovou vybaveností disponoval Středočeský a Zlínský kraj, a to především v počtu RTG přístrojů (cca 10,0). (ČSÚ ©2015c, online). V Kroměříži jsou 2 pracoviště RTG, jedno je v areálu Kroměřížské nemocnice a.s. a druhé je v areálu polikliniky.

K dalším neinvazivním zobrazovacím metodám patří CT – počítačová tomografie, která zobrazuje vyšetřovanou tkáň v příčných řezech 1 – 10 mm širokých a patologie jsou tak zřetelnější. Nevýhodou CT vyšetření je výrazně vyšší dávka rentgenového záření než u běžného RTG snímku. Nejbližší pracoviště CT je v areálu Kroměřížské nemocnice a.s. Magnetická rezonance (MR) je vyšetřovací metoda založená na poměrně silném magnetickém poli, které umí detekovat signál z atomů vodíku, který je v těle v různé koncentraci v různých orgánech a díky tomu vzniká obraz, který je přesnější než z CT přístroje. Přístrojem nesmí být vyšetřen pacient s feromagnetickým kovem (železo, ocel) v těle a s kardiostimulátorem (tzv. absolutní kontraindikace). Magnetická rezonance je také využívána především při nejnovější metodě aloplastiky kolenního kloubu **Visionaire**, která umožňuje s pomocí magnetické rezonance a RTG navrhnout a vyrobit řezací bloky, pomocí nichž bude provedena výměna kolenního kloubu na základě pacientovy vlastní anatomie. Toto zhotovení náhradního kloubu na míru umožňuje operatérovi provést naprosto přesné řezy kostí v ideální rotaci a

sklonu, potřebné pro optimální umístění kolenního implantátu. K největším výhodám této metody patří absolutní přesné umístění implantátů endoprotézy kolenního kloubu, které je rozhodující pro její správnou funkci a životnost, výrazně rychlejší operace – zkrácení času stráveného na operačním sále což vede ke snížení rizika pro pacienta a v neposlední řadě ke zkrácení rekonvalescence. V české republice se první operace touto metodou uskutečnila na podzim roku 2011, v současné době je využívána asi na 16 pracovištích. Nejbližší pracoviště MR je v Nemocnici Prostějov a v Krajské nemocnici T. Bati.

K dalším léčebným metodám především druhého a třetího stupně artrózy patří aplikace DD proudů, iontoforézy, myostimulace a TENS. Jde o oblíbenou terapii využívající různé druhy elektrických proudů, které zlepšují prokrvení tkání, uvolňují napětí svalů nebo je naopak posilují. Působí proti bolesti a zánětu.

Novinka v léčbě artrózy je léčba onemocnění pohybového aparátu s využitím vlastní krve metodou ACP pomocí injekční aplikace krevními destičkami autologní (tělu vlastní) krevní plazmy obohacené aktivovanými krevními destičkami. Podstatou je použití systému dvojité stříkačky (Arthrex ACP Double Syringe System) a centrifugy. Tyto léčebné metody jsou dostupné přímo na pracovišti ortopedické ambulance.

Další novinkou je použití **Hilterapia®**. Jde o laserový systém pracující s patentovým HILT pulsem, který představuje novou léčebně-terapeutickou metodu pro hluboko uložené záněty. Tuto metodu začala privátní ambulance aplikovat před třemi lety jako první v ČR, dnes ji používá dalších deset pracovišť.

- Pozitiva: Stále se zdokonalující vyšetřovací metody, nové metody v léčbě pohybového ústrojí
- Negativa: Zlínský kraj patří mezi nejslabší v ČR v přístrojovém vybavení.

8.1.5 Ekologické prostředí

Ekologické prostředí se týká především vztahu k přírodě. V prostředí privátní ambulance se jedná především o odpad. Odpad ze zdravotnictví je odpad z nemocnic a z ostatních zdravotnických zařízení nebo jim podobných zařízení zahrnující komponenty různého fyzikálního, chemického a biologického materiálu, který vyžaduje zvláštní nakládání a odstranění vzhledem ke specifickému zdravotnímu riziku. Patří sem veškerý odpad, který vzniká při léčebné péči nebo při provozu ambulance. Nakládání s odpady pak znamená jejich třídění, shromažďování, sběr, výkup, přepravu a dopravu, skladování, úpravu, využívání a likvidaci.

Ortopedická ambulance se řídí Nařízením vlády ČR č. 197/2003 Sb. o plánu odpadového hospodářství ČR a Vyhláškou č. 92/ 2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení. Producenti odpadů, včetně ambulantních a ústavních zařízení, jsou povinni dodržovat tuto legislativu:

- **Zákon č. 185/2001 Sb., o odpadech** a o změně některých dalších zákonů, **ve znění zákona č. 188/2004 Sb., o odpadech.**
- Vyhláška č. 381/2001 Sb., kterou se stanoví Katalog odpadů, Seznam nebezpečných odpadů a seznamy odpadů a států pro účely vývozu, dovozu a tranzitu odpadů a postup při udělování souhlasu k vývozu, dovozu a tranzitu odpadů (Katalog odpadů), ve znění pozdějších předpisů.
- **Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví** a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- Vyhláška č. 383/2001 Sb., o podrobnostech nakládání s odpady, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 195/2005 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče.
- Nařízení vlády č. 178/2001 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví zaměstnanců při práci, ve znění pozdějších předpisů.
- **Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu**, ve znění pozdějších předpisů (například ustanovení § 26 odst. 13).
- **Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech** a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
- **Zákon č. 356/2003 Sb., o chemických látkách a chemických přípravcích** a o změně některých zákonů.
- **Zákon č. 262/2006 Sb.**, kterým se upravují další požadavky bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v pracovněprávních vztazích a o zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při činnosti nebo poskytování služeb mimo pracovněprávní vztahy (zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci).

Protože odpad ze zdravotnictví patří mezi rizikové odpady, je nutné důsledně dodržovat všechny zákonné normy, aby nedošlo k poškození životního prostředí ani zdraví obyvatelstva.

- Pozitiva: Trend firem týkající se ochrany životního prostředí a zdraví obyvatelstva
- Negativa: Vyšší výdaje za odvoz a zpracování odpadu

8.2 Vnější mikroprostředí

Analýzu vnějšího mikroprostředí můžeme provést podle tzv. Porterova modelu pěti konkurenčních sil, kterými jsou dodavatelé, klienti, stávající konkurence, potenciální konkurence a substituty. V prostředí zdravotnických zařízení lze analyzovat ještě sílu zdravotních pojišťoven, kterou nelze zařadit do žádné z předešlých skupin.

8.2.1 Dodavatelé

Obchodními partnery ambulance jsou dodavatelé materiálů, zdravotnické techniky nebo zdravotnických pomůcek. Nejvýznamnějším dodavatelem soukromé ortopedické ambulance je firma Kardio-Line spol. s r.o., která je významným dodavatelem zdravotnických přístrojů a technologií. Tato firma je na českém trhu od roku 1993 a jejím cílem je uvádět nové pokrokové technologie na český zdravotnický trh. Tato firma má dlouhodobé zkušenosti jako dodavatel v oblastech funkční diagnostiky, rehabilitace, fyzioterapie, balneoterapie, vodoléčby, lázeňství, a v celé řadě dalších oborů. Od této firmy má ortopedická ambulance převážnou většinu přístrojového vybavení. Dalším významným dodavatelem je firma ORTIKA a.s., která je největším dodavatelem ortéz. Společnost vznikla v roce 1997 a jejím hlavním oborem činnosti je výroba a distribuce zdravotnických prostředků (ZP) třídy I., skupiny 04 - výrobky ortopedicko - protetické. Společnost vyrábí širokou škálu trupových a končetinových ortéz a bandáží. Výrobky společnosti jsou certifikovány dle norem ISO 9001 - 2008. Dalším významným dodavatelem ortéz a bandáží je firma THUASNE CR s. r. o., která na českém trhu působí od roku 1999. Sortiment zdravotnického materiálu zajišťuje několik kroměřížských lékáren, z nichž nejvýznamnější je Ústavní lékárna Kroměřížské nemocnice a.s. Kroměřížská nemocnice ambulanci poskytuje také sterilizaci nástrojů. Nejvýznamnějším dodavatelem v oblasti IT a telekomunikací je firma NWT, která dodává a spravuje informační techniku v ambulanci a poskytuje cloudová řešení uložení dat. Moderní datová centra odolná proti chybám a výpadkům zajišťují smluvní dostupnost 99,9% a vyhovují přísným normám ISO 20 000, ISO 27 000 a předpisům EU.

8.2.2 Klienti

Klienty ortopedické ambulance jsou převážně pacienti s onemocněním pohybového aparátu, nejčastěji s degenerativním postižením velkých nosných kloubů. Další velkou část pacientů tvoří pacienti po úrazech nebo pacienti trpící přetížením některé části pohybového systému.

Od ledna 1993 do dubna 2016 prošlo ortopedickou ambulancí téměř 12000 pacientů. Převážnou většinu pacientů tvoří dospělá populace, ale v registru pacientů máme i dětské pacienty, především s problémy se špatným držením těla, vrozenými nebo získanými vadami pohybového aparátu a po úrazech. Díky současnému demografickému vývoji se i skladba pacientů mění. Zatímco v minulých letech byli pacienti s artrózou, kterým bylo méně než padesát let spíše výjimkou, dnes se díky soustavnému přetížení pohybového aparátu například při sportu nebo v zaměstnání běžně setkáváme s pacienty, kterým byla diagnostikována artróza kolem 35 let a stále častěji jsou diagnostikováni i pacienti mladší než 35 let. Se stále se zvyšujícím věkem přibývá i pacientů ve věku nad osmdesát let, kteří podstupují TEP kloubu. Ještě nedávno se pacientům této věkové kategorie tak náročné zákroky nedoporučovaly, dnes se tito pacienti operují zcela běžně.

8.2.3 Konkurence

V Kroměříži jsou tři privátní ortopedické ambulance z toho jedna ortopedická ambulance je součástí Kroměřížské nemocnice a.s. Další ortopedické ambulance jsou v blízkém okolí Kroměříže v nedalekém Holešově, Bystřici pod Hostýnem, Kojetíně a samozřejmě ve Zlíně. I přes zdánlivě dostatečný počet ambulancí jsou objednací doby poměrně dlouhé, zhruba šest až osm týdnů, někdy dokonce i více. Ve srovnání s konkurencí má ortopedická ambulance HARMONY Medical výhody především v časové dostupnosti, čekací doby na objednání jsou poměrně krátké, asi 10- 14 dní, a v nabídce novinek v léčbě ortopedických onemocnění jako je léčba metodou ACP, ozónová terapie, kryoterapie nebo léčba vysokofrekvenčním laserem. Další výhodou je následná rehabilitační péče na stejném pracovišti, což je výhodou u chronických onemocnění a také u pooperačních stavů. Velkou výhodou je i multidisciplinární tým, který tvoří dva lékaři, dvě všeobecné sestry a dva fyzioterapeuti. Výhodou tohoto týmu je možnost vzájemné konzultace a do určité míry také zastupitelnost. Nevýhodou HARMONY Medical je chybějící RTG na pracovišti a vzdálenost od nejbližší zastávky MHD, která je 650 m.

8.2.4 Potencionální konkurence

Možnost vstupu nových konkurentů do odvětví je velmi malá z důvodů ekonomických a byrokratických. Vybudování nové ortopedické ambulance je poměrně ekonomicky nákladná záležitost, především přístrojové vybavení je poměrně ekonomicky náročné. Daleko náročnější je proces, kterým musí potencionální žadatel projít. Nejdříve je třeba projít výběrovým

řízením, které vypisuje Krajský úřad. Subjekt podá přihlášku, kterou vyhodnotí komise složená ze zástupců krajského úřadu, jednotlivých zdravotních pojišťoven případně zástupce profesní komory. Krajský úřad pak v souladu s ustanovením § 52 zákona č. 48/1997 Sb. O veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů zveřejní výsledek výběrového řízení před uzavřením smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Po získání kladného stanoviska je třeba zažádat jednotlivé pojišťovny o uzavření smluvního vztahu, který je výchozí podmínkou pro získání seznamu hrazených výkonů. V současné době pojišťovny neuzavírají s novými subjekty smlouvy na poskytování speciální ambulantní péče v oboru ortopedie z důvodu dostatečného pokrytí regionu. I přes kladné rozhodnutí komise krajského úřadu, tak subjekt většinou nezíská smlouvy se zdravotními pojišťovnami, protože ani kladný výsledek nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou.

8.2.5 Substituty

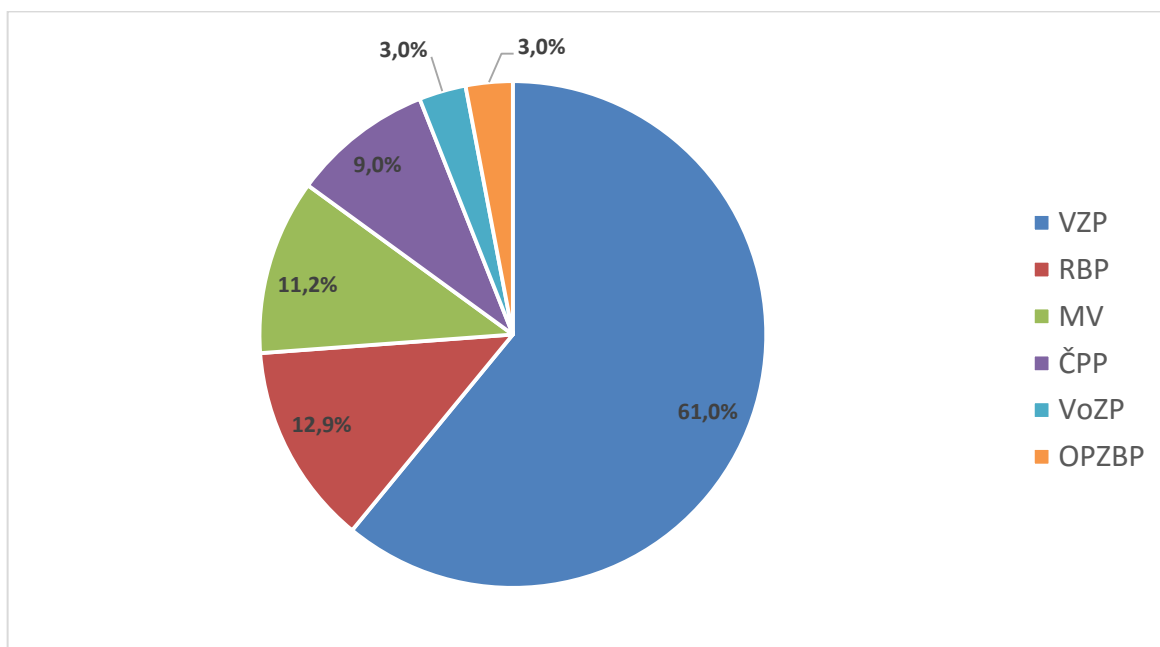
Pokud uvažujeme o substituční léčbě artrózy, pak můžeme za substituty označit některé způsoby alternativní léčby, jako jsou homeopatika, masáže nebo ajurvédská přírodní medicína. Z bylinek se pak k léčbě artrózy doporučuje kostival lékařský v masti nebo gelu, odvar z jehličí borovice nebo lihový extrakt z kaštanu koňského. Tato přírodní léčba ovšem není odbornou veřejností uznávána. Uznávaným substitutem v léčbě artrózy může být naopak balneoterapie. Ta má místo jak v předoperační léčbě artrózy, kdy pomáhá s posílením svalů, prokrvením, potlačením bolesti nebo projevů zánětu, tak v léčbě pooperační, kdy výrazně pomáhá s obnovou dostatečné pohyblivosti kloubů a s celkovou soběstačností pacienta. V neposlední řadě balneologie také pomáhá se snižováním nadváhy, což je u artrózy velmi důležité. 6. ledna 2015 vstoupil v platnost novelizovaný zákon o veřejném zdravotním pojištění, jehož součástí je nově také novelizovaný Indikační seznam pro lázeňskou péči, který upravuje pravidla poskytování lázeňské péče hrazené zdravotními pojišťovnami. Artróza je zařazena do indikační skupiny VII/7, nemocný má nárok na lázeňskou léčbu hrazenou z veřejného zdravotního pojištění jednou za dva roky u III. stupně onemocnění nebo u II. stupně v případě, že se jedná o bolestivou formu s častými exacerbacemi a rychlou progresí nebo opakované zánětlivé iritace.

8.2.6 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny tvoří zvláštní skupinu v modelu konkurenčních sil. Veřejné výdaje v sektoru zdravotnictví v ČR jsou představovány především výdaji zdravotních pojišťoven, které jsou podřízené Ministerstvu zdravotnictví ČR a každoročně tak předkládají výroční

zprávu, zdravotně pojistný plán a účetní závěrku. Tyto dokumenty schvaluje vláda a v případě VZP i poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Ve vztahu ke specializované ambulanci péči mají pojišťovny povinnost hradit péči vykázanou ZZ za své pojištěnce, ale zároveň kontrolovat a usměrňovat kvalitu, dostupnost a objem vykázané péče. V roce 2014 tvořil podíl zdrojů financování zdravotními pojišťovnami na celkových výdajích na zdravotnictví 79,7 %. V současné době na našem trhu působí sedm pojišťoven, z nich má stále dominantní podíl Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, zhruba 60 %. V roce 2016 je v ČR registrováno šest zdravotních pojišťoven. HARMONY Medical má uzavřeny smlouvy na poskytování zdravotní péče se všemi pojišťovnami s výjimkou Zaměstnanecké pojišťovny Škoda, která má ve Zlínském kraji minimální počet pojištěnců. Největší část pacientů soukromé ortopedické ambulance, asi 61% je registrováno u VZP. Dalších 12,9 % pacientů je registrováno u Revírní bratrské pokladny, 11,2 % u Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR, 9 % u České průmyslové pojišťovny a u Vojenské zdravotní pojišťovny ČR a Oborové pojišťovny je shodně registrováno 3 % pacientů soukromé ortopedické ambulance. Graf 1 znázorňuje podíl pojištěnců jednotlivých pojišťoven soukromé ortopedické ambulance.

Graf 1 Podíl pojišťoven (vlastní zpracování)



8.3 Vnitřní prostředí

Vnitřní prostředí musí být hodnoceno z hlediska slabých a silných stránek. Faktory určující vnitřní prostředí privátní ortopedické jsou organizace a řízení zdravotnické instituce, její vybavenost, finanční situace, konkurence vnitřní, technický rozvoj, lidské zdroje, umístění a image instituce.

8.3.1 Organizace a řízení soukromé ortopedické ambulance

Privátní ortopedická ambulance je nestátní zdravotnické zařízení, které je registrováno jako fyzická osoba od 19. ledna 1993. Předmětem činnosti je specializovaná ambulantní zdravotní péče v oboru ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí. Od 1. 1. 2016 se rozšířil obor a forma poskytované péče o obor fyzioterapie. Od listopadu 2014 je privátní ortopedická ambulance umístěna v přízemních prostorách levého křídla nové multifunkční budovy, v klidné, okrajové části Kroměříže. Ortopedická ambulance je umístěna v budově HARMONY Medical & Wellness, což je nový, moderní, multifunkční areál, jehož cílem je komplexní péče o zdraví. Areál je velmi vzdušný, čistý, prostorný. Jeho vybavení je nadstandardní, o čemž svědčí i Čestné uznání v kategorii Stavby občanské vybavenosti v soutěži Stavba roku zlínského kraje 2014. Pacienti nemusí na ošetření čekat pouze v čekárně, mohou využít recepci centra, kde si mohou koupit kávu, čaj, slazené i neslazené nápoje i další drobné občerstvení. V létě pacienti mohou místo čekárny využít zahrádku bungalovu nebo přístřešek u recepcce. Celkové prostředí HARMONY Medical & Wellness je velmi příjemné s klidnou atmosférou daleko od nemocničního shonu. Ortopedická ambulance je součástí komplexu HARMONY Medical & Wellness. Medical, ale má svůj samostatný vstup, a je dále propojena se zbytkem celého komplexu. Zdravotnické zařízení tvoří oddělené a samostatné pracoviště, které má k dispozici dvě vyšetřovny, jednu pracovnu sestry, jednu pracovnu lékaře, pracovnu fyzioterapeuta, tělocvičnu, místnost pro elektroléčbu, místnost pro aplikaci vysokofrekvenčního laseru, čekárnu, dvě toalety po pacienty, z nichž jedna je pro osoby se zdravotním postižením. Zázemí pro zaměstnance tvoří místnost pro stravování a odpočinek, šatna a toaleta se sprchovým koutem. Poslední dvě místnosti jsou technické. V jedné z nich je sklad pomůcek pro ortopedii a fyzioterapii a ve druhé místnosti, je umístěna výlevka a pomůcky pro úklid a desinfekci. Odbornost 606, tedy poskytování služeb v oboru ortopedie zajišťují 2 lékaři a 2 všeobecné sestry. Odbornost 902, tedy poskytování služeb v oboru fyzioterapie zajišťují 2 fyzioterapeuti. Další součásti komplexu HARMONY Medical & Wellness jako je bazén, sauna, kryoterapie, ubytování a další služby nejsou součástí

nabídky zdravotnického zařízení, ale jsou provozovány ve stejné budově. Zaměstnanci mají možnosti těchto služeb využívat za výhodné ceny. Celý komplex HARMONY Medical & Wellness je založen na kvalitních službách a komorní až rodinné atmosféře.

Jak již bylo výše popsáno, převážná část pacientů přichází do ambulance s degenerativním onemocněním kloubů, které je závislé na věku, tedy jeho výskyt je častější s přibývajícím věkem. S přibývajícím věkem narůstá incidence artrózy a také projevy nemoci se stupňují. Starší pacienti přicházejí do ambulance častěji, kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu. Menší část pacientů jsou lidé v produktivním věku, většinou po úrazech nebo přetížení některé části pohybového aparátu. Další skupinu tvoří mladí sportovci, děti a mladiství se špatným držením těla nebo různými vývojovými vadami. A poslední skupinu tvoří novorozenci a kojenci většinou do 6 měsíců až jednoho roku, u kterých je prováděno screeningové vyšetření kyčlí. Zaměstnanci ambulance jsou ve věku od 29 do 59 let.

8.3.2 Technická vybavenost soukromé ortopedické ambulance

Ortopedická ambulance pracuje s mnoha přístroji. Základem je několik PC včetně dvou notebooků pro zaměstnance ambulance a pro pacienty je v čekárně umístěna TV. Dále je ordinace vybavena sonografem, kterým je prováděna sonografie, echografie, neboli ultrazvuk, což je bezbolestná, neinvazivní zobrazovací metoda. K léčebné metodě ozónové terapie je využíván přístroj **Humodent** od společnosti **HUMARES®**. Ozonová terapie, patří mezi regenerační a revitalizační buněčné terapie. Využívá ozon vyrobený z čistého medicínálního kyslíku a je nezbytné dodržovat stanovené koncentrace a limity a to i v ovzduší. Ozon je plyn skládající se ze tří atomů kyslíku, chemicky označovaný O₃. Fyzioterapeuti používají pro fyzikální terapii multifunkční přístroj **Gymna 400**, který umožňuje aplikaci DD proudů, iontoforézu, myostimulaci a TENS. Jde o oblíbenou terapii využívající různé druhy elektrických proudů, které zlepšují prokrvení tkání, uvolňují napětí svalů nebo je naopak posilují. Působí proti bolesti a zánětu. Novinka v léčbě artrózy je léčba onemocnění pohybového aparátu s využitím vlastní krve metodou ACP pomocí injekční aplikace krevními destičkami autologní (tělu vlastní) krevní plazmy obohacené aktivovanými krevními destičkami. Ve ZZ je využívána metoda a přístroj firmy Arthrex se systémem dvojité stříkačky (Arthrex ACP Double Syringe System) a centrifuga **ROTOFIX**. Nejdražším přístrojem v prostředí ambulance je přístroj **HIRO 3.0**, kterým je prováděna **Hilterapia®**. Jde o laserový systém pracující s patentovým HILT pulsem, který představuje novou léčebně-terapeutickou metodu pro hluboko uložené záněty. Tuto metodu začala privátní ambulance aplikovat před třemi lety

jako první v ČR, dnes ji používá dalších deset pracovišť. Pro lokální kryoterapii je využíván přístroj **Cryoflow IR**, jde o mobilní terapeutické zařízení pro terapii stlačeným chlazeným vzduchem, které je schopné generovat studený vzduch do $-32\text{ }^{\circ}\text{C}$. Přístroj se využívá ve sportovní medicíně, traumatologii, při sublaxacích, svalovém napětí, burzitidě, tendinitidě, svalovém spasmu, neuralgii, pooperačních stavech. Kryoterapie má efekt analgetický, anti-flogistický, relaxační a antiedemický.

8.3.3 Finanční hospodaření soukromé ortopedické ambulance

Privátní ortopedická ambulance hospodaří jako fyzická osoba. 90 % příjmů ortopedické ambulance tvoří platby za provedené výkony od zdravotních pojišťoven. Největší objem péče je fakturován VZP ČR a to zhruba 61 %. Každý rok dochází k mírnému navýšení jak počtu ošetřených pacientů, tak počtu provedených výkonů, které jsou vykazovány ZP. Zatímco v roce 2014 bylo v privátní ambulanci ošetřeno 2555 pacientů, u kterých bylo vykázáno 14219 výkonů, v roce 2015 bylo ošetřeno 2571 pacientů a vykázáno 14 580 výkonů. V prvním čtvrtletí roku 2016 bylo ošetřeno 968 pacientů a vykázáno 6157 výkonů. Také průměrná bodová hodnota na jednoho pacienta má vzrůstající tendenci. Zatímco v roce 2014 bylo vykázáno 599 bodů na jednoho pacienta, v roce 2015 to bylo 618 a v prvním čtvrtletí 2016 je to dokonce 877 bodů na jednoho pacienta.

10 % příjmů tvoří přímé platby pacientů. Jde o hrazení služeb a výkonů, které zdravotní pojišťovny nehradí nebo hradí pouze částečně. Patří sem tyto výkony:

- Léčba artrózy metodou ACP
- Léčba artrózy přípravky s obsahem kyseliny hyaluronové
- Hilterapie
- Kryoterapie
- Ozonoterapie
- Manuální lymfodrenáž

Ortopedická ambulance hospodaří pouze s prostředky získanými z vlastní činnosti, nikdy nečerpala žádný úvěr, nevlastní žádný nemovitý majetek, prostory ve kterých vykonává svou činnost, si pronajímá.

8.3.4 Marketing soukromé ortopedické ambulance

Současné marketingové řízení soukromé ortopedické ambulance je nahodilé a nekoordinované. Ambulance nemá zaměstnance, který by se marketingu přímo věnoval. Tato činnost je

rozdělena mezi primáře a zároveň majitele ambulance a vrchní sestru. Chybí proces systematického plánování, řízení je většinou operativní. V listopadu 2014 se privátní ambulance přestěhovala do současných prostor a je součástí komplexu HARMONY Medical & Wellness se kterým sdílí společné logo (Příloha IV) a webové stránky. Hlavním cílem ambulance je spokojenost pacientů a zlepšení jejich zdravotního stavu. Ambulance má velkou výhodu ve více než dvacetileté historii. V kartotéce ambulance je více než 10 000 pacientů. Přesto se personál stále snaží o zlepšování svých služeb.

Komunikace s klienty je vedena několika způsoby. Přímá osobní komunikace je vedena zdravotnickými pracovníky přímo s pacienty. V jejich nepřítomnosti je možno zanechat vzkaz nebo se objednat na recepci HARMONY Medical & Wellness, kde má pacient možnost získat potřebné informace o nabízených službách, termínech objednání nebo kontaktech na zdravotníky. Objednávky nebo jiné informace je možné vyřídit také telefonicky či e-mailem. Tyto formy komunikace jsou pacienty využívány nejčastěji, zejména telefonní komunikace, která je pro pacienty nejpohodlnější a nejrychlejší.

V prostředí čekárny nebo recepce, kde klienti čekají na ošetření, jsou umístěny TV přístroje s plochou obrazovkou, stojan s časopisy a letáky s nabídkou léčebných metod, které ambulance nabízí, včetně aktuálních kontaktů. V čekárně je pacientům k dispozici automat s pramenitou vodou zdarma. V recepci je možnost zakoupení teplých i studených nápojů, jídel a dalšího občerstvení. Na ošetření je možné čekat také na terase, která je přístupná z recepce i čekárny.

V rámci marketingové komunikace využívá ortopedická ambulance webových stránek. V horizontálním menu pod položkou Medical nalezne pacient přehled všech služeb nabízených v ambulanci včetně ceníku a kontaktů. V současné době na stránkách chybí informace o artróze a dále nejsou přehledně zpracovány kontakty pro všechny služby nabízené ambulancí. V místním tisku, zdarma dodávaném do všech domácností v Kroměříži vyšly články o několika nových metodách, které jsou v ambulanci nabízeny. V roce 2014 a 2015 proběhly Dny otevřených dveří pro pacienty i pro zdravotníky, kterých se zúčastnilo asi 150 občanů, 8 praktických lékařů a 10 lékařů se specializací v ortopedii, neurologii a fyzioterapii. V únoru 2016 propagovala ambulance nabídku svých služeb prostřednictvím rozhlasové reklamy, v němž využilo hereckého výkonu a zvukového podkresu. Krátké spoty byly vysílány na třech místních rádiových stanicích.

9 MARKETINGOVÝ VÝZKUM

Pro získání informací o vhodnosti založení Školy artrózy byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Data byla získána prostřednictvím nepřímého dotazování. Byl sestaven dotazník s patnácti otázkami, které byly následně analyzovány a které byly východiskem pro marketingové rozhodování. Cílem tohoto procesu bylo získání informací o marketingovém prostředí. Projekt marketingového výzkumu se skládá ze stanovení cílů výzkumu, určení zdrojů informací, stanovení výzkumných metod, sběru dat, interpretaci dat a návrhu doporučení.

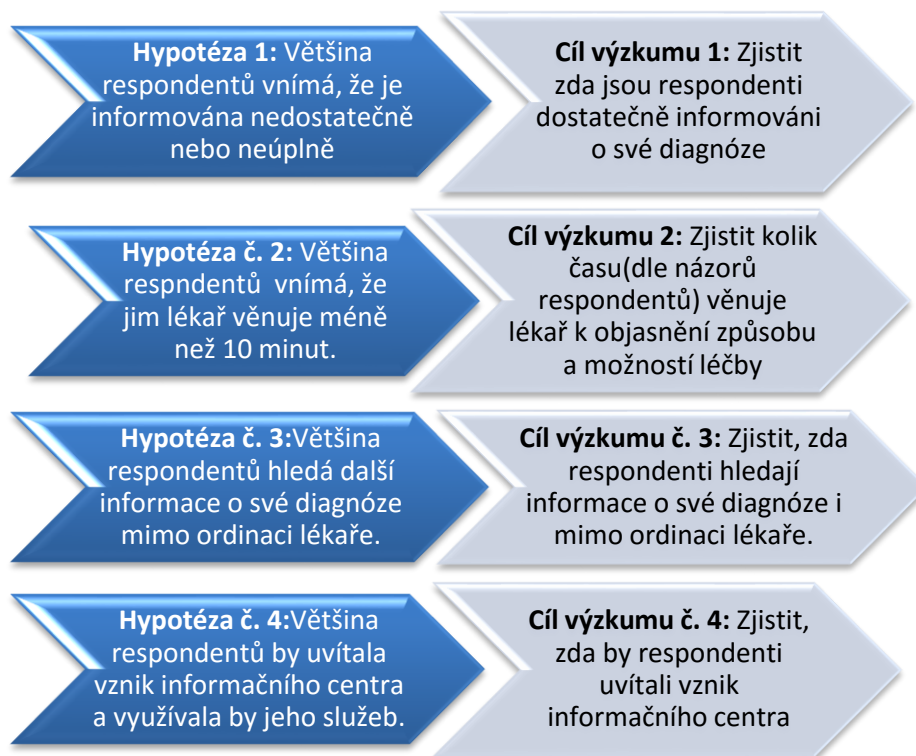
9.1 Stanovení cílů výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou pacienti s artrózou dostatečně informováni o své diagnóze a zda by případně uvítali vznik informačního centra, které by nabízelo odpovědi na jejich otázky. Dílčími cíli bylo zjistit, zda lékař pacientům věnuje dostatek času k objasnění způsobu a možností léčby, zda pacienti hledají informace o svém onemocnění i mimo ordinaci. Ke každému cíli byla stanovena také pracovní hypotéza.

- **Cíl výzkumu 1:** Zjistit zda jsou respondenti dostatečně informováni o své diagnóze
Hypotéza 1: Většina respondentů vnímá, že je informována nedostatečně nebo neúplně
- **Cíl výzkumu 2:** Zjistit, kolik času (dle názoru respondentů) lékař věnuje k objasnění způsobu a možností léčby
Hypotéza č. 2: Většina respondentů vnímá, že jim lékař věnuje méně než 10 minut.
- **Cíl výzkumu č. 3:** Zjistit, zda respondenti hledají informace o své diagnóze i mimo ordinaci lékaře.
Hypotéza č. 3: Většina respondentů hledá další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře.
- **Cíl výzkumu č. 4:** Zjistit, zda by respondenti uvítali vznik informačního centra pro pacienty s artrózou
Hypotéza č. 4: Většina respondentů by uvítala vznik informačního centra a využívala by jeho služeb.

Cíle a pracovní hypotézy výzkumu jsou znázorněny na obr. 3.

Obr. 2 Cíle a hypotézy výzkumu (vlastní zpracování)



9.2 Charakteristika dotazníků

V této diplomové práci byla zvolena jedna z primárních metod zjišťování dat a to metoda nepřímého dotazování, tedy dotazník. Pro účely výzkumu této diplomové práce byl sestaven dotazník s patnácti otázkami, z nichž třináct bylo uzavřených, s výběrem z několika variant odpovědí, a dvě otázky byly polouzavřené. První dvě otázky dotazníku jsou filtrační, rozdělují dotazované na jednotlivé skupiny.

9.3 Charakteristika respondentů

V tomto výzkumu byl použit kvótní výběr. Byl sestaven dotazník pro dvě skupiny respondentů. Jednu skupinu tvořili čekatelé na TEP kloub

u a druhou skupinu pacienti, kterým byla nově diagnostikována artróza. Věkově byla skupina respondentů ohraničena pouze hranicí osmnácti let, protože u dětí a mladistvých je toto onemocnění velmi vzácné a průběh onemocnění, postup a způsob léčby jsou zcela odlišné.

9.4 Vyhodnocení dotazníkového šetření

Celkem bylo vytištěno 150 dotazníků, které byly distribuovány do pěti privátních ortopedických ambulancí ve Zlínském a Jihomoravském kraji. Dotazníky byly pacientům předávány prostřednictvím všeobecných sester v rámci návštěvy pacienta u jejich ortopeda. Ze 150 dotazníků bylo zpět k vyhodnocení vráceno 133 dotazníků, z nichž 10 bylo prázdných a 3 nemohly být do výzkumu zařazeny, pro jejich nedostatečné vyplnění. Do výzkumného šetření bylo zahrnuto 120 dotazníků, tedy 80% z celkové počtu distribuovaných dotazníků, z nichž 68 dotazníků vyplnili nově diagnostikovaní pacienti a 52 dotazníků vyplnili čekatelé na TEP kloubu. Výsledky byly následně vyhodnoceny a zpracovány do následujících tabulek a grafů.

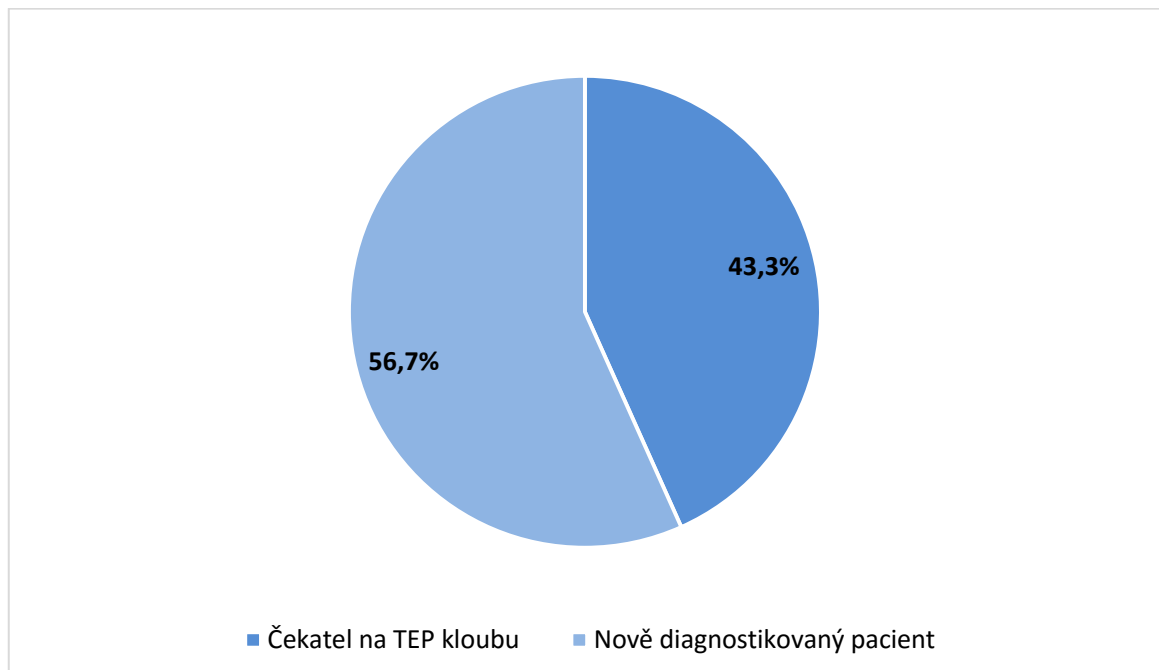
Otázka č. 1

První otázka sloužila k rozdělení respondentů do již zmíněných dvou skupin, na čekatele na TEP kloubu a nově diagnostikované pacienty, přičemž nově diagnostikovaných pacientů bylo 68 tedy 56,7 % a čekatelů na TEP 52, což je 43,3 %.

Tab. 1 Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)

Čekatel na TEP kloubu	52	43,3 %
Nově diagnostikovaný pacient	68	56,7 %
Celkem	120	100 %

Graf 2 Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)



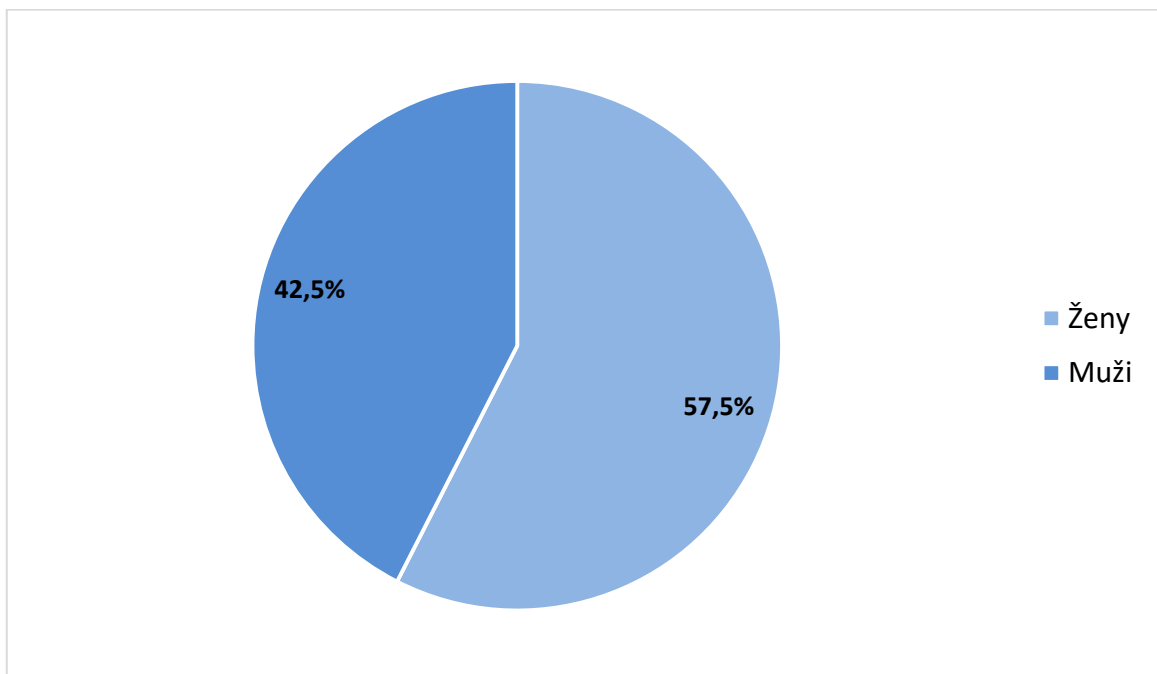
Otázka č. 2

Druhá otázka měla rozdělit respondenty podle pohlaví. V obou skupinách převažovaly ženy. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 69 žen a 51 mužů. Většina 57,5 % respondentů byly ženy, muži tvořili 42,5 % všech respondentů.

Tab. 2 Rozdělení respondentů podle pohlaví (vlastní zpracování)

Čekatel na TEP kloubu		Nově diagnostikovaný pacient		Celkem		%
Ženy	29	Ženy	40	Ženy	69	57,5
Muži	23	Muži	28	Muži	51	42,5

Graf 3 Rozdělení respondentů do skupin podle pohlaví (vlastní zpracování)



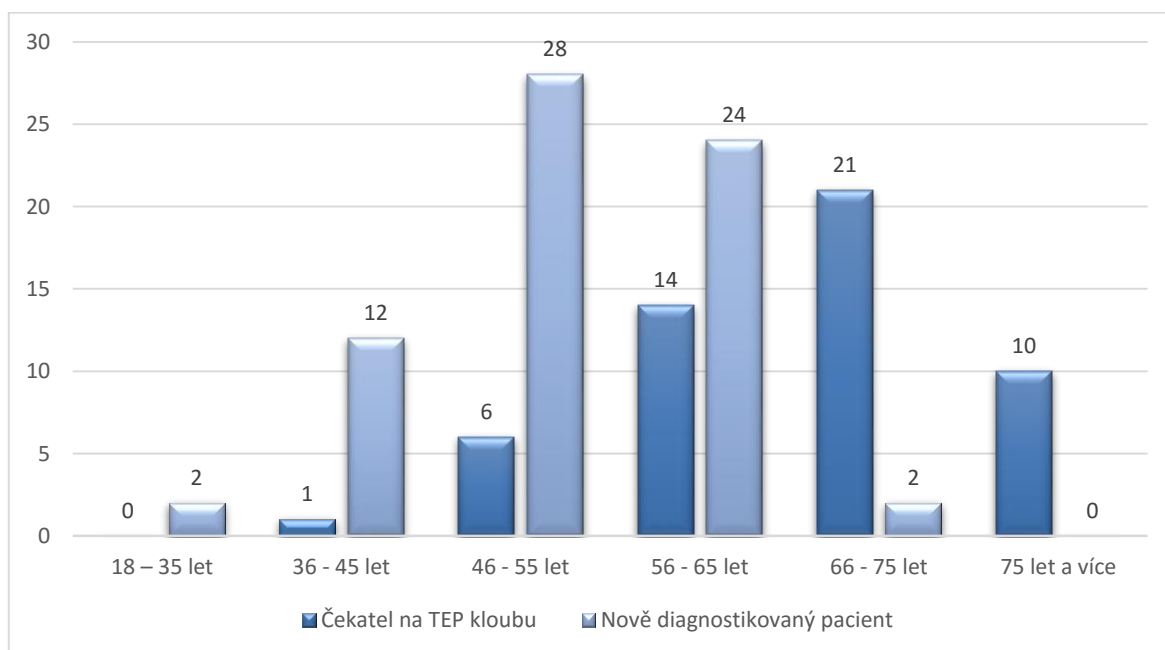
Otázka č. 3

Tato otázka měla rozdělit pacienty do věkových kategorií. Nejpočetnější věkovou kategorií byla skupina respondentů ve věku 56 – 65 let. Nejvíce nově diagnostikovaných pacientů bylo ve věkové kategorii 46 – 56 let, zatímco nejvíce čekatelů na TEP bylo ve věkové skupině 66 – 75 let.

Tab. 3 Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)

Věk	Čekatel na TEP kloubu	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
18 - 35	0	2	2	1,7
36 - 45	1	12	13	10,8
46 - 55	6	28	34	28,3
56 - 65	14	24	38	31,7
66 - 75	21	2	23	19,2
75 a více	10	0	10	8,3

Graf 4 Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)



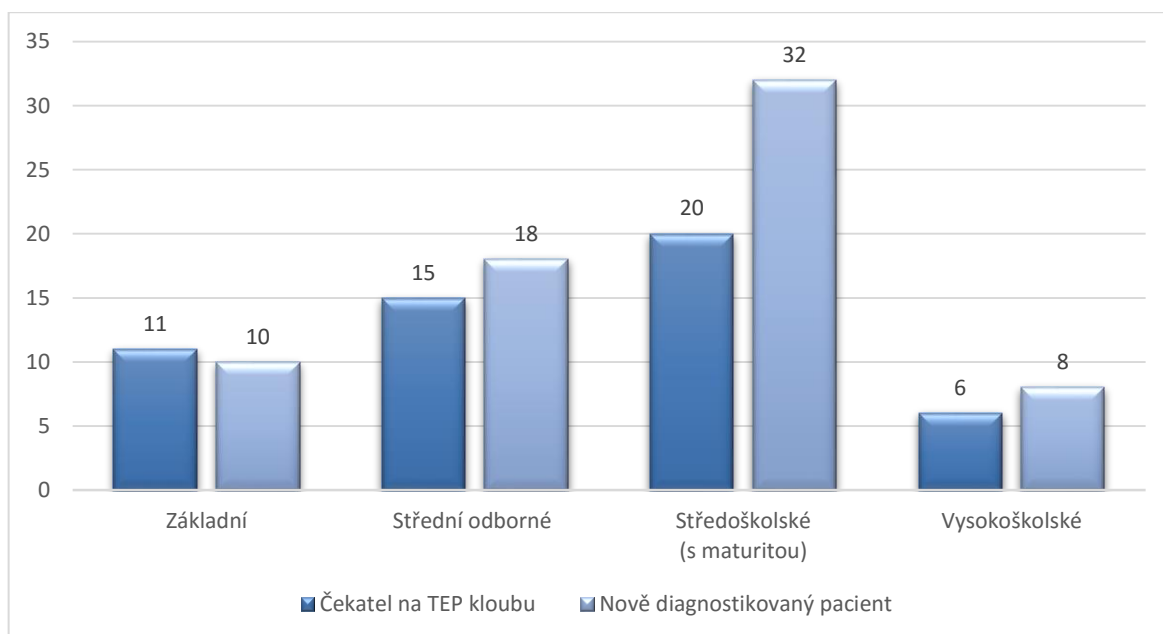
Otázka č. 4

Otázka č. 4 rozdělila respondenty podle dosaženého vzdělání, přičemž nejpočetnější skupinu 43,3 % tvořili pacienti se středoškolským vzděláním a nejmenší skupinu 11,7 % tvořili pacienti s vysokoškolským vzděláním.

Tab. 4 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)

Vzdělání	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Základní	11	10	21	17,5
Střední odborné	15	18	33	27,5
Středoškolské (s maturitou)	20	32	52	43,3
Vysokoškolské	6	8	14	11,7

Graf 5 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)



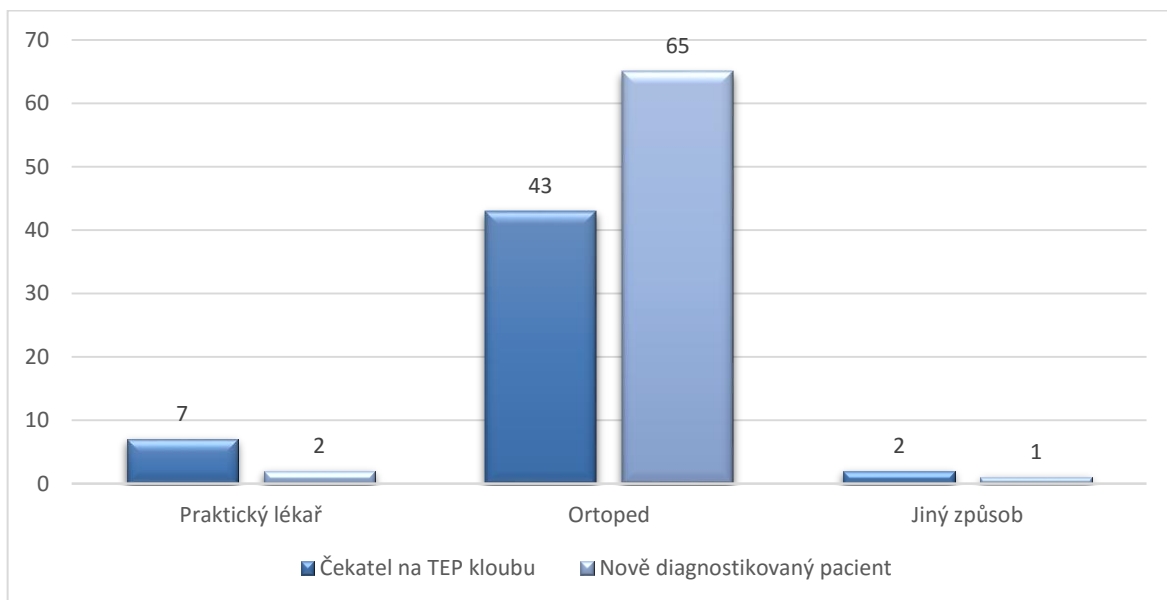
Otázka č. 5

Tato otázka poměrně jednoznačně ukázala, že drtivě většině pacientů diagnostikoval artrózu nebo rozhodl o operaci ortoped. V devíti případech pacienti uvedli, že to byl jejich ošetřující lékař a pouze tři pacienti uvedli, že byli informováni jiným způsobem, jednalo se především o pacienty po úrazech.

Tab. 5 Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)

Kdo rozhodl	Čekatel TEP kloubu	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Praktický lékař	7	2	9	7,5
Ortoped	43	65	108	90
Jiný způsob	2	1	3	2,5

Graf 6 Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)



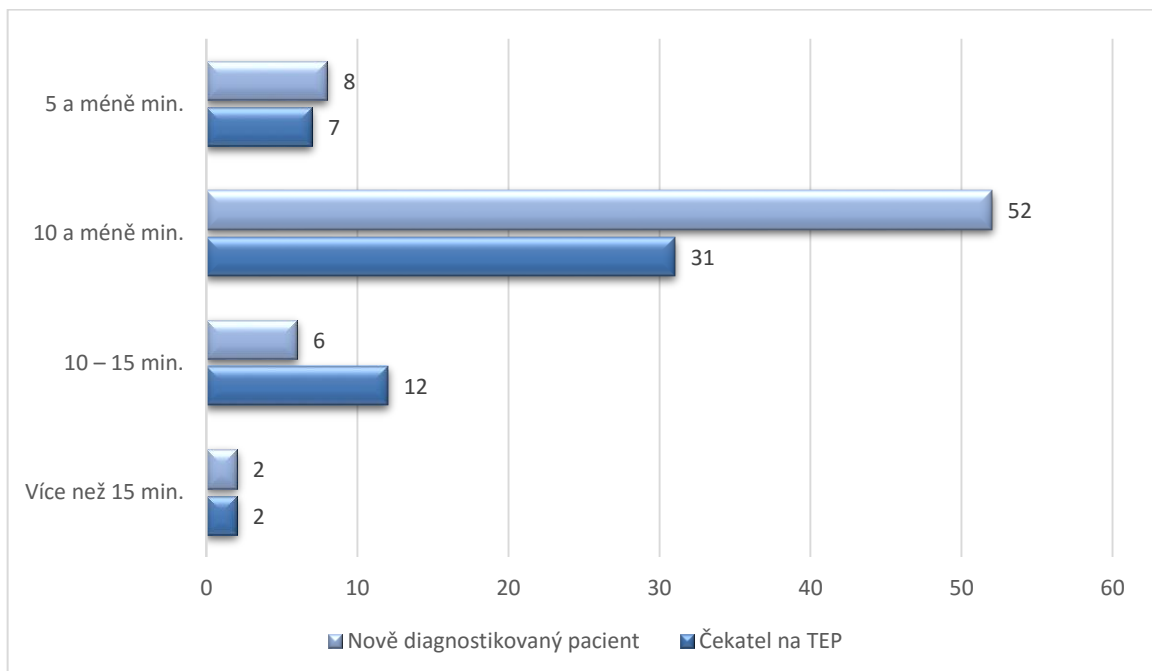
Otázka č. 6

Tato otázka se přímo vztahuje k cíli a hypotéze č. 2. Ukazuje, že většina respondentů vnímá, že se jim lékař věnoval méně než 10 minut, což bylo u 69,2 % respondentů, a u 12,5 % respondentů to bylo dokonce 5 a méně minut.

Tab. 6 Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)

Kolik času	Čekatel TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
5 a méně min.	7	8	15	12,5
10 a méně min.	31	52	83	69,2
10 – 15 min.	12	6	18	15
Více než 15 min.	2	2	4	3,3

Graf 7 Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)



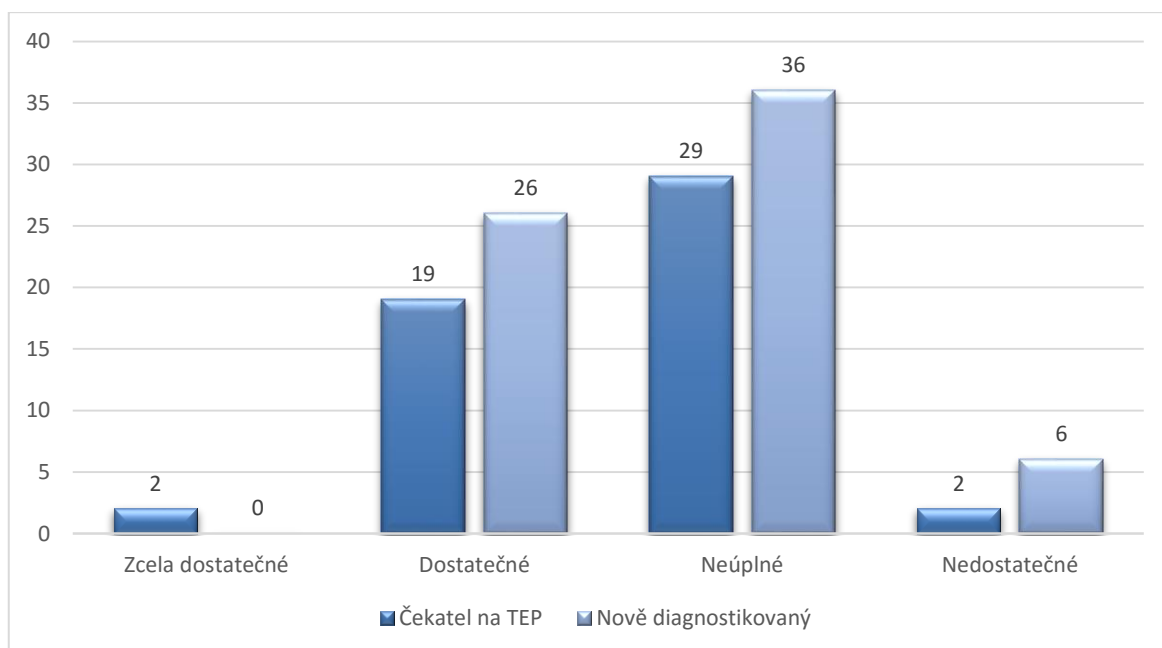
Otázka č. 7

Sedmá otázka se přímo vztahuje k hlavnímu cíli a potvrzuje hypotézu č. 1. Informace, které pacientům lékař sdělil, označilo za zcela dostatečné pouze 1,7 % respondentů. Nejvíce respondentů, 54,2 % označilo informace za neúplné.

Tab. 7 Úplnost informací (vlastní zpracování)

Informace	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Zcela dostatečné	2	0	2	1,7
Dostatečné	19	26	45	37,5
Neúplné	29	36	65	54,2
Nedostatečné	2	6	8	6,7
Zcela nedostatečné	0	0	0	0

Graf 8 Úplnost informací (vlastní zpracování)



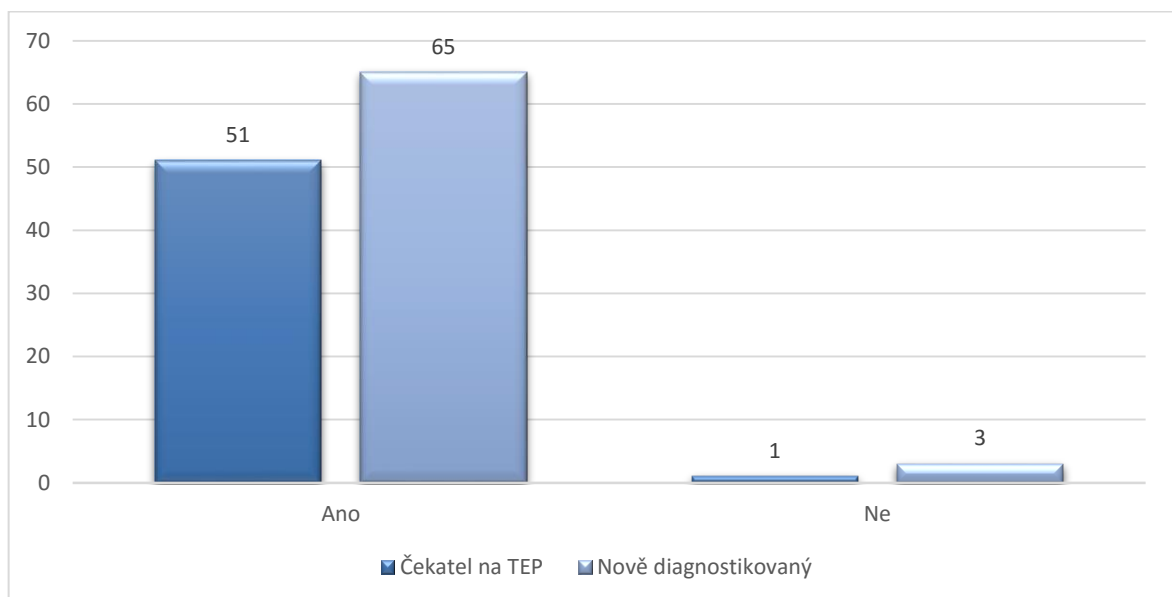
Otázka č. 8

Otázka č. 8 se vztahuje k cíli a hypotéze č. 3 a potvrzuje, že absolutní většina 96,7 % pacientů hledá další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře, který jim diagnózu sdělil nebo doporučil operaci.

Tab. 8 Hledání dalších informací (vlastní zpracování)

Informoval jste se mimo ordinaci	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Ano	51	65	116	96,7
Ne	1	3	4	3,3

Graf 9 Hledání dalších informací (vlastní zpracování)



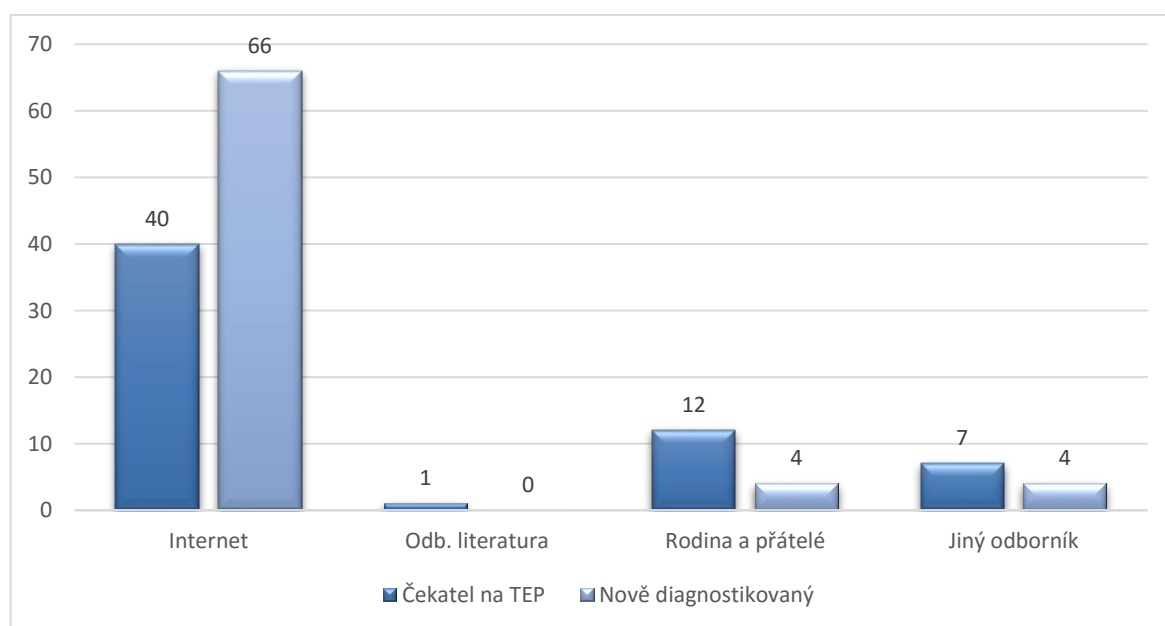
Otázka č. 9

Na tuto otázku odpovídali jen respondenti, kteří v předchozí otázce zvolili kladnou odpověď, tedy 116 respondentů. Upřesňuje způsob, jaký zvolili k dalšímu získání informací o své diagnóze. Z dotazníkového šetření vyplývá, že většina pacientů hledá další informace na internetu. U několika dotazníků byla označena víc než jedna odpověď. Nejčastěji to byla kombinace odpovědí na internetu a rodina a přátelé.

Tab. 9 Způsob získávání informací (vlastní zpracování)

Zdroj informací	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Internet	40	66	106	88,3
Odb. literatura	1	0	1	0,8
Rodina a přátelé	12	4	16	13,3
Jiný odborník	7	4	11	9,2
Jiné zdroje	0	0	0	0

Graf 10 Způsob získávání informací (vlastní zpracování)



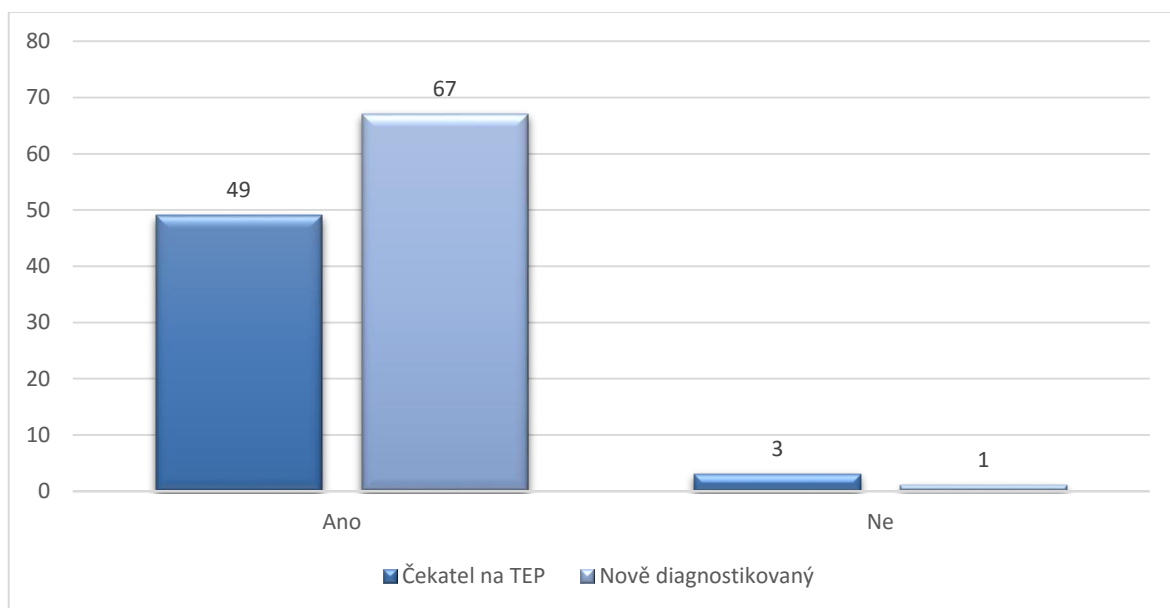
Otázka č. 10

Desátá otázka měla zjistit, zda by pacienti uvítali možnost další konzultace svého zdravotního stavu. 96, 7% respondentů odpovědělo, že by tuto možnost uvítalo a pouze 3, 3 % respondentů by této možnosti nevyužili.

Tab. 10 Možnost další konzultace (vlastní zpracování)

Uvítal byste další konzultace	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Ano	49	67	116	96,7
Ne	3	1	4	3,3

Graf 11 Možnost další konzultace (vlastní zpracování)



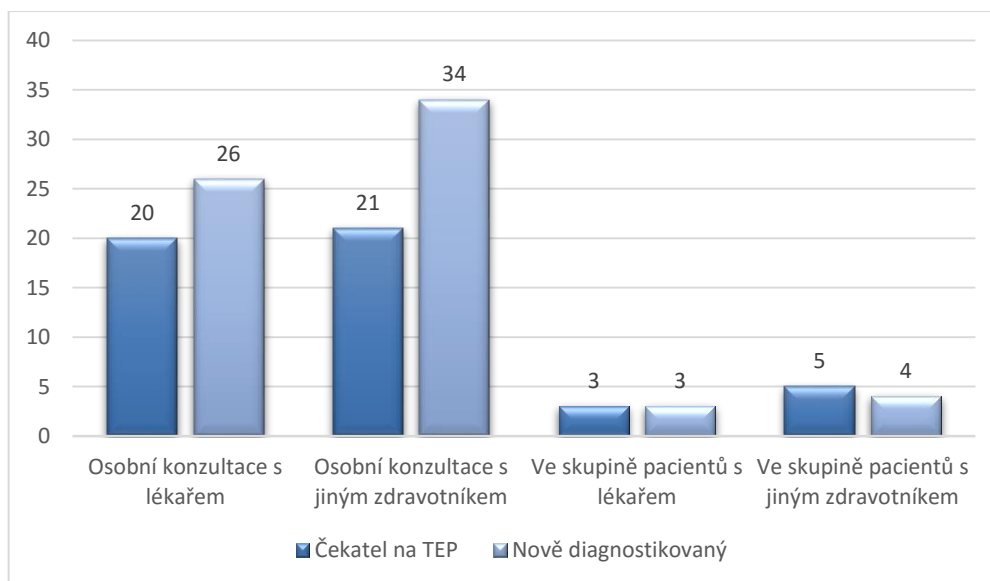
Otázka č. 11

Na tuto otázku a další dvě následující otázky odpovídali jen respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně, tedy 116 pacientů. Tato otázka měla zjistit, jakou formu další konzultace by pacienti preferovali. 87 % respondentů by preferovalo osobní konzultaci a 13 % pacientů by zvolilo konzultaci ve skupině.

Tab. 11 Forma konzultace (vlastní zpracování)

Jaký způsob preferujete	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Osobní konzultace s lékařem	20	26	46	39,6
Osobní konzultace s jiným zdravotníkem	21	34	55	47,4
Ve skupině pacientů s lékařem	3	3	6	5,2
Ve skupině pacientů s jiným zdravotníkem	5	4	9	7,8

Graf 12 Forma konzultace (vlastní zpracování)



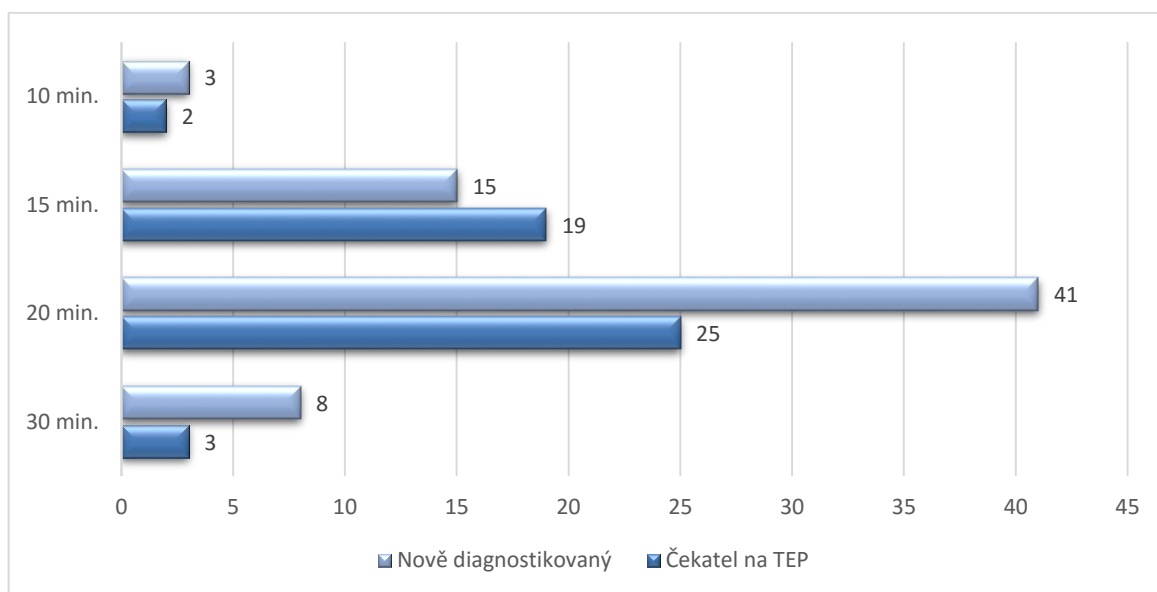
Otázka č. 12

Tato otázka rozšiřovala odpověď 116 respondentů na předchozí otázku a doplňovala údaje o tom, kolik času by si respondenti představovali, aby byli dostatečně informováni. Nejčastěji by respondentům vyhovovala dvacetiminutová konzultace, uvedlo to 56,9 % dotazovaných.

Tab. 12 Čas konzultace (vlastní zpracování)

Jak dlouhá konzultace by Vám vyhovovala	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
10 minut	2	3	5	4,3
15 minut	19	15	34	29,3
20 minut	25	41	66	56,9
30 minut	3	8	11	9,5
Více než 30 minut	0	0	0	0

Graf 13 Čas konzultace (vlastní zpracování)



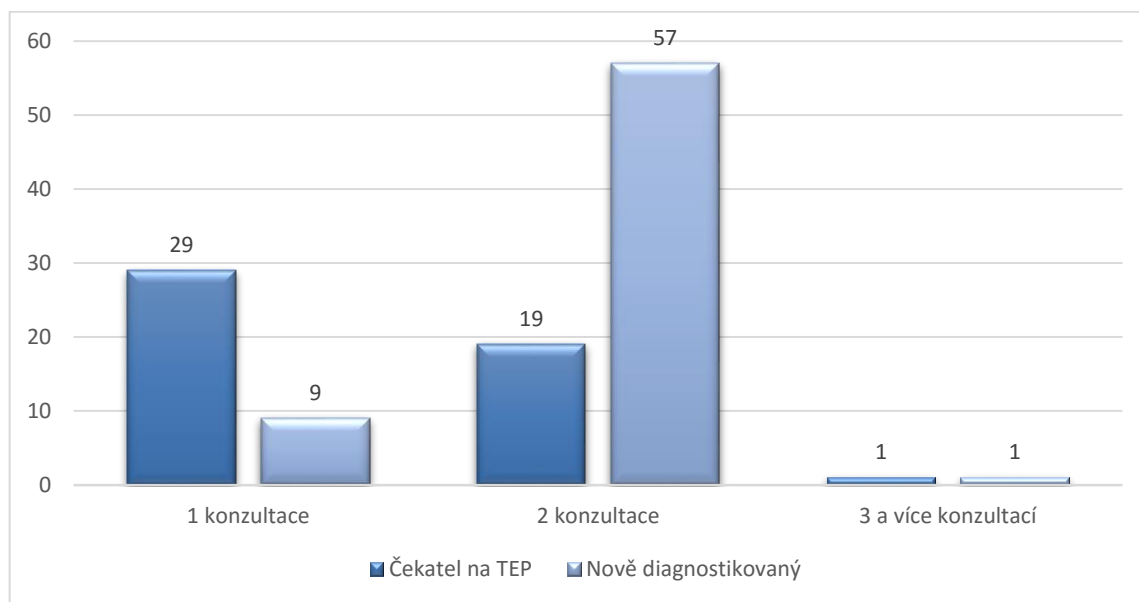
Otázka č. 13

Třináctá otázka dále rozšiřuje předchozí otázky č. 11 a 12. Zjišťovala, kolik konzultací by pacientům vyhovovalo, aby se cítili dostatečně informováni. Většina 65,5 % respondentů by preferovala možnost dvou konzultací.

Tab. 13 Počet konzultací (vlastní zpracování)

Kolik konzultací by Vám vyhovovalo	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
1 konzultace	29	9	38	32,8
2 konzultace	19	57	76	65,5
3 a více konzultací	1	1	2	1,7

Graf 14 Počet konzultací (vlastní zpracování)



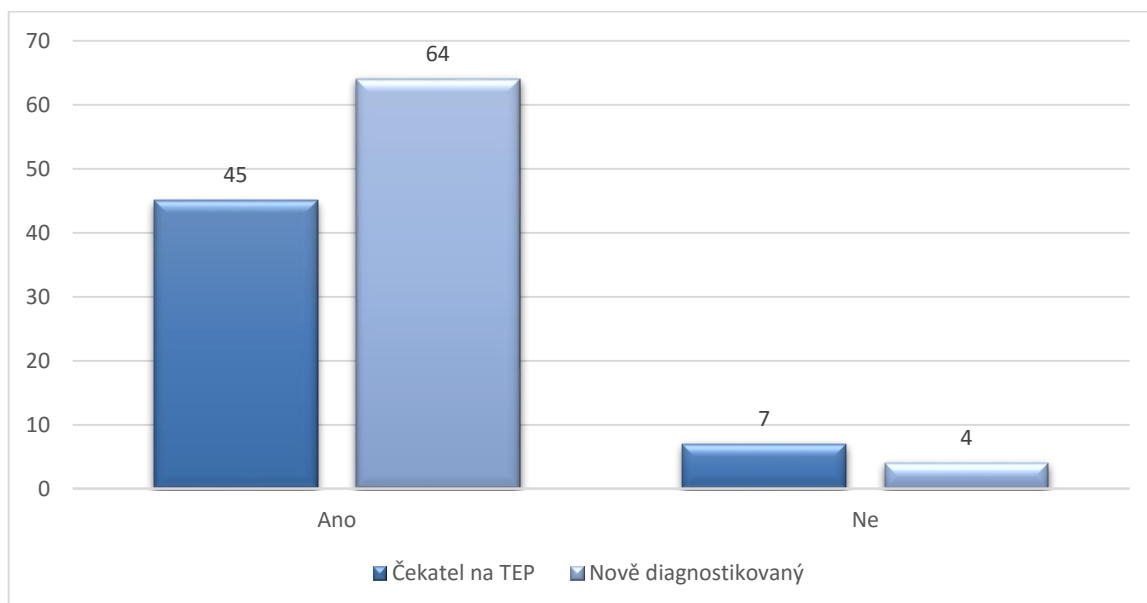
Otázka č. 14

Otázka č. 14 se vztahuje přímo k samotnému projektu, tedy ke vzniku informačního centra pro pacienty. 90,8 % všech respondentů by možnost vzniku centra uvítalo. 11 pacientů, tedy 9,2 % respondentů by naopak možnost vzniku informačního centra nevyužila.

Tab. 14 Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)

Uvítal byste vznik informačního centra pro pacienty s artrózou	Čekatel na TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Ano	45	64	109	90,8
Ne	7	4	11	9,2

Graf 15 Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)



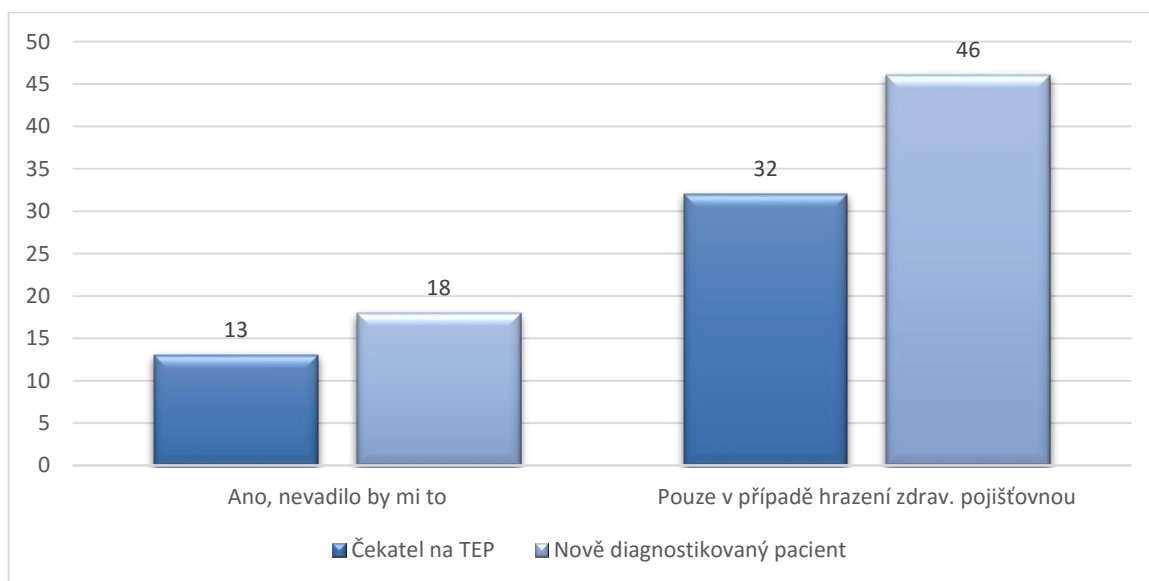
Otázka č. 15

Na otázku č. 15 odpovídali pouze respondenti, kteří v předchozí otázce odpověděli kladně, tedy 109 pacientů. Měla zjistit, zda by byli ochotni za tuto službu platit nebo zda by ji využili pouze v případě, že tato služba bude plně hrazená zdravotní pojišťovnou. 71,6 % respondentů by využilo služeb centra pouze v případě, že by byly hrazené zdravotní pojišťovnou. 28,4 % pacientů odpovídalo, že by jim nevadilo, pokud by měli za službu platit. U těchto odpovědí byla v několika případech poznámka, že by záleželo na výši částky, kterou by měl pacient hradit.

Tab. 15 Způsob úhrady (vlastní zpracování)

Byl byte ochotný za tuto službu platit	Čekatel TEP	Nově diagnostikovaný pacient	Celkem	%
Ano, nevadilo by mi to	13	18	31	28,4
Pouze, pokud by byla hrazena zdravotní pojišťovnou	32	46	78	71,6

Graf 16 Způsob úhrady (vlastní zpracování)



9.5 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu potvrdily všechny stanovené hypotézy a naplnily stanovené cíle.

■ **Cíl výzkumu 1:** Zjistit, zda jsou respondenti dostatečně informováni o své diagnóze

Hypotéza č. 1: Většina respondentů vnímá, že je informována nedostatečně nebo neúplně

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda jsou respondenti dostatečně informováni o své diagnóze. Z průzkumu vyplynulo, že informace, které pacientům lékař sdělil, označilo za zcela dostatečné pouze 1, 7 % respondentů. Nejvíce respondentů, 54, 2 % označilo informace za neúplné, jako dostatečné označilo informace 37, 5 % respondentů. Žádný z respondentů neoznačil informace za zcela nedostačující. Z průzkumu vyplývá, že respondenti nejsou informováni o své diagnóze dostatečně, což potvrzuje i hypotézu č. 1, že většina respondentů vnímá, že je informována nedostatečně nebo neúplně.

■ **Cíl výzkumu 2:** Zjistit, kolik času (dle názoru respondentů) lékař věnuje k objasnění způsobu a možností léčby

Hypotéza č. 2: Většina respondentů vnímá, že jim lékař věnuje méně než 10 minut.

Výsledky průzkumu ukázaly, že většina respondentů vnímá, že jim lékař věnoval méně než 10 minut, což bylo u 69, 2 % respondentů, a 12, 5 % respondentů vnímá, že se jim lékař věnoval pouze 5 a méně minut, tedy 81, 7 % respondentů vnímá, že se jim lékař věnoval méně než 10 minut, což zároveň potvrdilo i hypotézu č. 2.

■ **Cíl výzkumu č. 3:** Zjistit, zda respondenti hledají informace o své diagnóze i mimo ordinaci lékaře.

Hypotéza č. 3: Většina respondentů hledá další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře.

Absolutní většina 96, 7 % pacientů hledala další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře, který jim diagnózu sdělil nebo doporučil operaci. Pouze 3, 3 % pacientů další informace nehledalo. Z průzkumu dále vyplynulo, že velká většina 88, 3 % pacientů hledala další informace o své diagnóze na internetu. Menší část 13, 3 % pacientů se radilo s rodinou a přáteli, 9, 2 % dotázaných konzultovalo svoji diagnózu s jiným odborníkem. V odborné literatuře hledalo informace pouze 0, 8 % dotázaných. Hypotéza č. 3 byla tedy potvrzena.

■ **Cíl výzkumu č. 4:** Zjistit, zda by respondenti uvítali vznik informačního centra pro pacienty s artrózou

Hypotéza č. 4: Většina respondentů by uvítala vznik informačního centra a využívala by jeho služeb.

Dalším cílem výzkumu bylo zjistit, zda by respondenti uvítali možnost vzniku informačního centra pro pacienty s artrózou. 90, 8 % všech respondentů by možnost vzniku centra uvítalo. 11 pacientů, tedy 9, 2 % respondentů by naopak možnost vzniku informačního centra nevyužila. Z respondentů, kteří by možnost vzniku informačního centra využili, tedy 109 pacientů, by bylo ochotno za tuto službu platit pouze 28, 4 % pacientů. 71, 6 % respondentů by využilo služeb centra pouze v případě, že by byly hrazené zdravotní pojišťovnou. Průzkum tedy potvrdil hypotézu č. 4, že pacienti by vznik informačního centra přivítali. Služeb centra by využili pouze v případě, že by službu nemuseli sami hradit. Z výzkumu tedy vyplynulo, že je vhodné projekt Škola artrózy zavést do praxe, ale jako službu, která bude plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

10 SWOT ANALÝZA ORTOPEDECKÉ AMBULANCE

Na následujícím obrázku je sestavena SWOT analýza soukromé ortopedické ambulance HARMONY Medical. SWOT analýza ortopedické ambulance představuje celkové shrnutí jednotlivých dílčích analýz vztahujícím se k vnitřnímu a vnějšímu prostředí ZZ.

Obr. 3 SWOT analýza (vlastní zpracování)

SWOT ANALÝZA	
Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> ■ dobrá pověst personálu ■ klasická nabídka výkonů hrazených pojišťovnou ■ velká nabídka nadstandardních výkonů ■ nabídka nových terapeutických metod v ortopedii ■ mezioborová spolupráce ■ příjemné prostředí ■ nabídka komplexní terapie na jednom pracovišti ■ návaznost terapie ■ dobrá odborná způsobilost personálu 	<ul style="list-style-type: none"> ■ chybějící RTG na pracovišti ■ dlouhá čekací doba na objednání i na ošetření ■ práce v odpoledních a večerních hodinách ■ nedostatečný časový prostor pro edukaci pacientů
Příležitosti	Hrozby
<ul style="list-style-type: none"> ■ nové metody a postupy ■ zvyšující se zájem o fyzioterapii ■ nedostatečná informovanost pacientů o možnostech léčby ■ rostoucí zájem občanů o své zdraví ■ zvyšující se internetová gramotnost ■ demografický vývoj → ■ ↑ incidence artrózy 	<ul style="list-style-type: none"> ■ možnost vzniku dalšího ZZ v oboru ■ omezení plateb od pojišťoven ■ prodleva v platbách pojišťoven ■ růst cen energií ■ růst cen zdravotnického materiálu ■ špatná dostupnost MHD ■ trendy v ekologii → ↑ nákladů

Ze SWOT analýzy vyplývá, že k silným stránkám ordinace patří především dobrá pověst personálu, další silnou stránkou je nabídka služeb pro pacienty. Kromě klasické nabídky výkonů hrazených pojišťovnou může ambulance nabídnout svým pacientům také mnoho nadstandardních výkonů, včetně nových terapeutických metod v ortopedii. Další silnou stránkou je mezioborová spolupráce. Na jednom pracovišti může být pacient ošetřen v oboru ortopedie, neurologie a fyzioterapie. To je pro pacienty i zaměstnance výhodné z hlediska komplexnosti i návaznosti péče. Všichni zaměstnanci mají ve své oboru vysokou odbornou způsobilost a jsou ochotni se kontinuálně vzdělávat. Velkou výhodou ordinace je velmi příjemné prostředí, které je pro ZZ nadstandardní. Čekárna je vybavena TV, i přístroje na pitnou vodu. Pacienti mají možnost objednat si v recepci kávu, nápoje i drobné občerstvení. Slabé stránky ordinace jsou dlouhé čekací doby na objednání i na ošetření, které je způsobeno především velkým počtem pacientů a omezeným časem lékaře. Další slabou stránkou ambulance je chybějící RTG na pracovišti.

Ke slabým stránkám můžeme také zařadit práci v odpoledních a večerních hodinách. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že velké rezervy má ordinace v oblasti edukace pacientů. Tato slabá stránka souvisí s nedostatkem času, který má lékař vymezen na pacienta.

K příležitostem ambulance patří možnost zavést do praxe nové metody a postupy, které se v ortopedii a traumatologii každoročně objevují. Je ovšem třeba zavádět pouze ověřené metody, které jsou schváleny Českou lékařskou komorou a které splňují podmínky léčby lege artis. Příležitostí je i možnost mezioborové konzultace, protože na pracovišti jsou zastoupeny dvě skupiny odborností – ortopedie a fyzioterapie, které na sebe profesně navazují a možnost vzájemné konzultace je výhodou jak pro zdravotníky, tak pro pacienty, kteří mají zejména o fyzioterapii v posledních letech stále větší zájem. Velkou příležitostí pro ambulanci je nedostatečná informovanost pacientů o artróze a možnostech její léčby, kterou by bylo možné využít pro zavedení edukačního projektu do praxe. S tím souvisí i stále se zvyšující internetová gramotnost občanů, jak ukázal průzkum, více než 88% respondentů hledá informace vztahující se k jejich zdravotnímu stavu na internetu. Příležitostí pro ortopedickou ambulanci je i demografický vývoj celé společnosti. Stále se zvyšující průměrný věk obyvatel můžeme sledovat denně v čekárnách téměř všech lékařů. Artróza je degenerativní onemocnění, jehož incidence roste právě s věkem, a proto stále narůstá i počet ošetřených pacientů.

K hrozbám patří možnost vzniku dalšího ZZ v oboru, což je málo pravděpodobné, díky současné politice zdravotních pojišťoven, které s novými zařízeními jak v oboru ortopedie, tak

v oboru fyzioterapie odmítají uzavírat nové smlouvy z důvodu dostatečného pokrytí v regionu. Velkou hrozbou je omezení plateb od pojišťoven, které mají své limity a jejich překročení řeší poměrně přísnými sankcemi. Další značnou hrozbou jsou prodlevy v platbách pojišťoven, které jsou někdy i tříměsíční. Některé doplátky pak pojišťovny zasílají ZZ až po patnácti měsících. Hrozbami jsou pro ZZ také růst cen energií a zdravotnického materiálu a špatná dostupnost MHD. Hrozbou jsou i trendy v ekologii. Náklady na zpracování odpadu a přísné hygienické normy vedou ke stále se zvyšujícím nákladům na jednorázový materiál, třídění, odvoz a zpracování biologického a nebezpečného odpadu.

11 PROJEKT ZAVEDENÍ ŠKOLY ARTRÓZY VPRIVÁTNÍ ORTOPEDICKÉ AMBULANCI

V měnícím se prostředí zdravotní péče je role pacientů stále důležitější. Stále častěji se setkáváme s pacienty, kteří odmítají brát lékaře v roli otce nebo učitele, a naopak vyžadují, aby s nimi lékař komunikoval jako se sobě rovným partnerem. Vhodná a dobře vedená edukace pacienta je hlavním prostředkem k tomu, aby byla jeho léčba úspěšná. Cílem takové edukace není pouze poskytovat informace, ale také změna postoje, životního stylu a chování pacienta, která vede k dobrým výsledkům v jeho léčbě.

11.1 Cíle projektu

Cílem projektu je zavést do praxe edukační program pro pacienty s artrózou, který by zvýšil informovanost pacientů a zlepšil tak kvalitu jejich života. Inspirací projektu byla existence podobných programů v zahraničí jako například program SMART (Self-Management Arthritis), který je projektem Stanfordské University nebo Arthritis school, který pochází ze Švédska. Cílovou skupinu tvoří pacienti s artrózou, kteří se dělí na dvě podskupiny. První tvoří nově diagnostikovaní pacienti, kteří se chtějí dozvědět více informací o klasických i nových způsobech léčby onemocnění, o vhodných formách tělesné aktivity a úpravě životního stylu, včetně redukce hmotnosti. Druhá podskupina jsou pacienti, kteří čekají na totální endoprotézu kloubu. Tito pacienti se mohou dozvědět více informací o předoperační přípravě, o samotném průběhu operace a pooperační péči. Další informace, které mohou získat, se týkají používání kompenzačních pomůcek a následné rehabilitační a lázeňské péče.

11.2 Současná situace

Současná situace byla podrobně analyzována v kapitole 10. V analytické části práce bylo zjištěno, že soukromá ortopedická ambulance má velké rezervy především v oblasti edukace pacientů. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že pacienti vnímají, že jsou nedostatečně informováni o své diagnóze a dalších možnostech léčby a že by uvítali vznik edukačního projektu Škola artrózy. Dále bylo analýzou zjištěno, že pacienti vnímají, že jim lékař k objasnění jejich diagnózy nebo dalšího postupu v jejich léčbě věnuje méně než 10 minut, zatímco oni by za dostatečný čas označili 15 – 20 minut. Téměř 90 % respondentů by uvítalo vznik informačního centra pro pacienty s artrózou, ovšem více než 71 % těchto respondentů uvedlo, že by jeho služeb využilo pouze v případě, že budou hrazeny ze zdravotního pojištění.

11.3 Projektové řešení

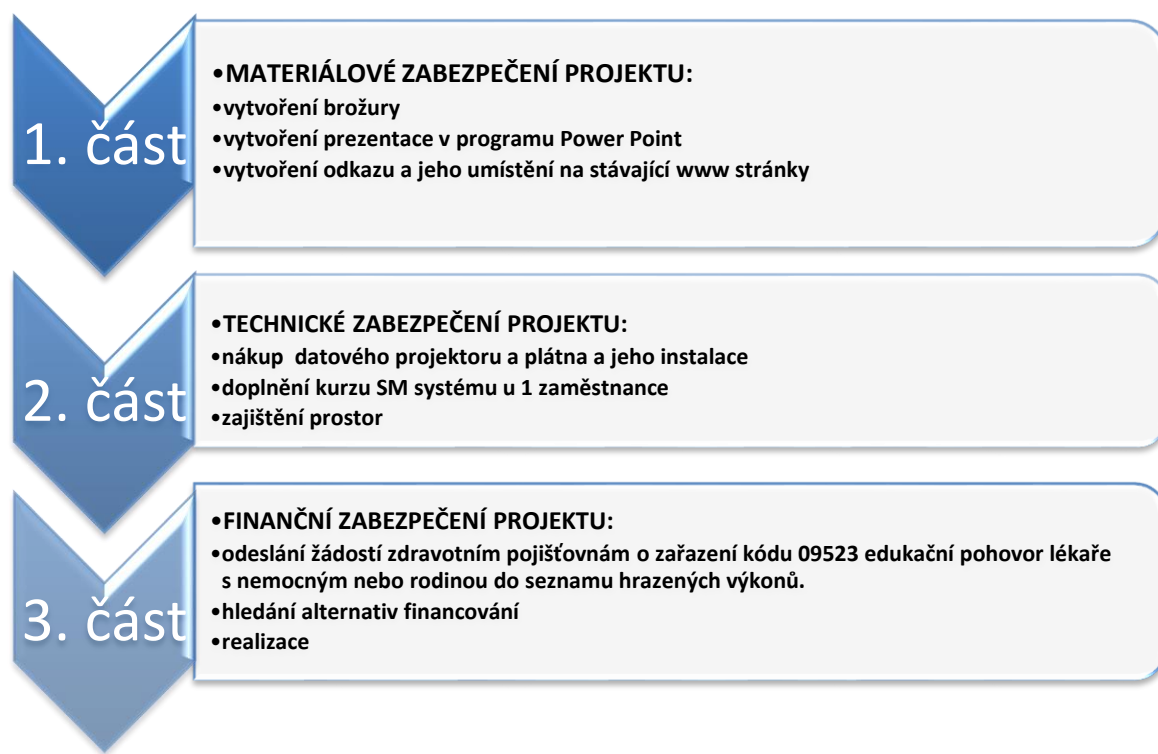
Podstatou projektu je vytvořit pacientům s artrózou možnost získat více informací o svém onemocnění, tak aby jejich kvalita života s tímto onemocněním byla co nejlepší. Převážná většina respondentů vnímá, že čas, který jim lékař věnuje k objasnění jejich diagnózy, možností léčby, vhodné tělesné aktivity nebo dalšího postupu při léčbě je nedostatečný, jak vyplynulo z dotazníkového šetření. Proto byl navržen edukační projekt, který by pacientům věnoval dostatek času a informací a poskytl jim odpovědi na jejich otázky.

Projekt je složen ze tří částí. V první části je řešeno materiálové zabezpečení projektu. Pro edukační projekt je důležité vytvořit brožuru, prezentaci v programu Power point a odkaz Škola artrózy, který bude umístěn na stávajících webových stránkách.

Druhá část projektu je věnována technickému zabezpečení projektu. Prezentace budou pacientům promítány prostřednictvím datového projektoru a plátna, které je nutné zajistit. Jedním z nejvhodnějších pohybových aktivit je SM systém, který je pacientům v rámci projektu doporučován. Je nutné zajistit absolvování certifikovaného kurzu u zaměstnanců, kteří budou do projektu zapojeni. Poslední položkou technického zabezpečení je zajištění prostor pro projekt.

Třetí část projektu řeší finanční zabezpečení. Projekt navrhuje několik variant financování. První dvě varianty navrhují způsob financování ze zdravotního pojištění. Aby mohl být projekt hrazen ze zdravotního pojištění, je nutné odeslání žádostí zdravotním pojišťovnám o zařazení kódu 09523 edukační pohovor lékaře s nemocným nebo rodinou do seznamu hrazených výkonů. V případě jeho neschválení projekt navrhuje několik alternativ financování projektu a jeho realizace. Schéma projektu je na následujícím obrázku

Obr. 4 Projektové řešení (vlastní zpracování)



11.3.1 Materiálové zabezpečení projektu

První část projektu řeší její materiálové zabezpečení. Je rozdělen do tří částí A, B, C. Jde o zajištění vhodného edukačního materiálu a pomůcek, tzn. vytvoření brožury, prezentace v programu Power point, doplnění stávajících webových stránek.

A. Vytvoření brožury

Základem materiálového zabezpečení je vytvoření brožury, která bude obsahovat všechny potřebné informace o onemocnění včetně možností léčby a úpravy životního stylu, která bude základním materiálem pro pacienty edukačního programu Školy artrózy. V praxi by se jednalo o tisk 200 kusů brožur. 100 kusů brožur by bylo určeno pro nově diagnostikované pacienty a dalších 100 kusů pro pacienty před plánovanou operací TEP kloubu. Základem brožury, bude seznámení s diagnózou, rozdělení artrózy, její klinický obraz a rizikové faktory. Tato část bude společná pro obě skupiny pacientů. V dalších částech se již budou informace pro pacienty lišit. Pro nově diagnostikované pacienty budou v další části brožury popsány všechny možnosti léčby a zdůrazněna vhodnost změny životního stylu s důrazem

na kvalitu výživy, vhodný pohyb a s tím spojenou redukcí hmotnosti. Pro pacienty před plánovanou operací TEP kloubu bude brožura obsahovat informace o vhodné předoperační přípravě, včetně rehabilitace k posílení svalstva. Dále informace o nejnovějších operačních postupech a na závěr informace o dalších možnostech pooperační terapie. Návrh struktury brožur je na následující tabulce.

Tab. 16 Návrh struktury brožur (vlastní zpracování)

Nově diagnostikovaný pacient	Čekatel na TEP
Artróza <ul style="list-style-type: none"> ▪ Úvod ▪ Klinický obraz ▪ Rozdělení artrózy ▪ Symptomy artrózy ▪ Rizikové faktory ▪ Odkaz na www stránky 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Možnosti léčby 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informace o možných operačních postupech
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Novinky v léčbě 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Předoperační příprava
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Změna životního stylu 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pooperační terapie

Brožura bude ve formátu A5 (148 x 210 mm), papír lesklá křída, vazba šití drátem, v rozsahu 16 stránek, tedy 8 listů. Brožury budou distribuovány prostřednictvím zdravotnického pracovníka, který brožuru předá pacientovi při jeho první návštěvě edukačního programu Škola artrózy. Součástí brožury bude i odkaz na Školu artrózy na webových stránkách ordinace.

B. Vytvoření prezentace v programu Power Point

Dalším edukačním materiálem je vytvoření prezentace v programu Power Point, který může pacient shlédnout prostřednictvím projektoru a plátna, které bude umístěno v tělocvičně.

Bylo by vhodné vytvořit opět dvě verze prezentace, jedna verze by byla určená pro nově diagnostikované pacienty a druhá pro čekatele na TEP kloubu. Prezentace bude obsahovat několik snímků s obecnými informacemi o artróze, které budou společné pro obě skupiny pacientů. Další část prezentace bude pro obě skupiny rozdílná. U pacientů, kteří byli nově diagnostikováni, bude prezentace zaměřená na možnosti další léčby, včetně popisu novinek v léčbě. Důležitou součástí prezentace budou informace o vhodnosti změny životního stylu a doporučení vhodné pohybové aktivity. Do prezentace pro nově diagnostikované pacienty by bylo vhodné zahrnout i několik krátkých videí s ukázkami vhodného cvičení při osteoartróze nebo některých možnostech léčby. Prezentace pro pacienty, kteří čekají na TEP kloubu, bude obsahovat obecné informace o artróze, informace o možných operačních postupech, informace o předoperační přípravě, včetně vhodných způsobů fyzické aktivity a dále informace o průběhu pooperační péče a následné rehabilitační péči. Také pro tuto skupinu pacientů bude do prezentace umístěno několik krátkých videí, zaměřených cíleně na jejich diagnózu. Vhodná videa byla vybrána z internetového serveru YouTube. Jde o největší internetový server pro sdílení videosouborů. YouTube povoluje svým uživatelům nahrát videa, zhlédnout je, hodnotit, sdílet a komentovat. Na YouTube jsou dostupné různé videoklipy, hudební videa, krátká originální videa nebo vzdělávací videa. Pro účely tohoto projektu bylo vybráno několik videí s tematikou cvičení při osteoartróze, léčba bolestí kyčlí, léčba bolestí kolene, Hilterapie, totální náhrada kyčelního a kolenního kloubu, akutní rehabilitace kolene po operaci a špatné pohybové návyky po endoprotéze kyčle. V následující tabulce je znázorněn návrh struktury prezentace v programu Power Point pro nově diagnostikované pacienty.

Tab. 17 Návrh prezentace Power Point (vlastní zpracování)

Návrh prezentace Power Point – nově diagnostikovaný pacient	
Snímky	Video
Artróza obecné informace	Cvičení při osteoartróze (orlingCZ) 9 : 10 min.
Možnosti další léčby	Léčba bolesti kyčlí (inpharm) 7 : 21 min.
Novinky v léčbě	Léčba bolesti kolene (inpharm) 6 : 39 min.
Změna životního stylu	Hilterapie (kardioline) 7 : 42 min.
Doporučená pohybová aktivita	

V tabulce 18 je návrh struktury prezentace v programu Power point pro čekatele na TEP kloubu.

Tab. 18 Návrh prezentace Power Point (vlastní zpracování)

Návrh prezentace Power Point – čekatel na TEP kloubu	
Snímky	Video
Artróza obecné informace	Totální náhrada kolenního kloubu (Hospital - TV. cz) 9: 13 min.
Možnosti operačních postupů	Akutní rehabilitace kolene po operaci (rehabilitacnicentrum) 9: 30 min
Předoperační příprava	Totální náhrada kyčelního kloubu (Hospital – TV. cz) 10: 52 min.
Vhodné způsoby fyzioterapie	Špatné pohybové návyky po endoprotéze kyčle (ortopedicka – ambulance. cz) 3: 10
Pooperační péče	
Následná rehabilitační péče	

Prezentace v programu Power Point je osnovou pro edukaci pacientů. Bude využívána zdravotníky pro předání teoretických informací pacientům a zároveň pro ukázky cviků, správných a nesprávných pohybových návyků, pro přiblížení průběhu operace nebo pro ukázky některých rehabilitačních technik. Informace z Power Pointové prezentace budou pacientům předávány prostřednictvím promítacího zařízení při návštěvě edukačního programu.

C. Vytvoření odkazu Škola artrózy a jeho umístění do stávajících www stránek

Posledním edukačním materiálem je vytvoření nového odkazu, do stávajících webových stránek. Současné stránky ordinace jsou součástí webových stránek HARMONY Medical & Wellness. Po otevření stránek se v horizontálním menu otevře nabídka odkazů a po výběru odkazu Medical lze v současné době otevřít položky:

- ortopedie
- kryoterapie
- hilterapie

- plazmaterapie
- ozónová terapie
- fyzikální terapie
- rehabilitace
- ceník

Součástí materiálového zabezpečení projektu je rozšířit současnou nabídku o položku:

- Škola artrózy

Odkaz Škola artrózy by měl obsahovat úvod se všeobecnými informacemi o artróze, rozdělení artrózy, příčiny onemocnění a jeho příznaky s důrazem na jednotlivé stupně, dále metody, kterými se onemocnění diagnostikuje, metody léčby s hypertextovými odkazy na možnosti, které poskytuje naše ambulance (kryoterapie, hilterapie, plazmaterapie, fyzikální terapie a rehabilitace). Dále informace o prevenci, změně životního stylu, úpravy jídelníčku a vhodné pohybové aktivity. Pro pacienty s 3. a 4. stupněm artrózy informace o TEP kloubů, nejčastější indikace, kontraindikace, informace o předoperačním vyšetření, informace o operačním průběhu. Pooperační fáze by měla obsahovat informace o průběhu hospitalizace po TEP kloubu, možné pooperační komplikace a jejich prevence, fyzioterapie a balneoterapie po TEP včetně vhodné pohybové aktivity. Tabulka 19 znázorňuje strukturu navrhovaného odkazu Škola artrózy, který bude umístěn na stávajících webových stránkách.

Tab. 19 Struktura webové stránky (vlastní zpracování)

Základní informace	Hypertextové odkazy	Pro pacienty před TEP
Úvod		Indikace TEP
Příčiny onemocnění		Kontraindikace
Příznaky onemocnění		Předoperační vyšetření
Diagnostika		Průběh operace
Léčba →	Hilterapie	Průběh hospitalizace
	Kryoterapie	Fyzioterapie
	Plazmaterapie	Balneoterapie
	Fyzikální terapie	
	Rehabilitace	

Odkaz Škola artrózy je určen pro nově diagnostikované pacienty i pro pacienty před TEP kloubu. Tento odkaz si mohou pacienti vyhledat sami, nebo mohou být upozorněni ošetřujícím lékařem nebo sestrou při vyšetření v ambulanci, nebo zdravotnickým pracovníkem při návštěvě edukačního programu Škola artrózy.

11.3.2 Technické zabezpečení projektu

Druhá část projektu je zajištění místa, času a způsobu pro edukační program Škola artrózy. Projekt počítá s využitím stávajících prostor i personálu ambulance. Je nutné pořídit datový projektor a plátно. Odpovědnost za projekt bude mít vedoucí lékař. Samotný projekt bude zajišťovat všeobecná sestra nebo fyzioterapeut. Pro zajištění části projektu, ve které se pacient seznamuje s vhodnou fyzickou aktivitou, je třeba u jednoho ze zaměstnanců doplnit kurz SM systém, který je velmi vhodný pro pacienty s artrózou. Projekt bude probíhat pravidelně dvakrát týdně. V pondělí od 17 do 18 hodin a v pátek od 9 do 10 hodin jsou volné prostory v pracovně fyzioterapeuta i v tělocvičně, která na tuto pracovnu navazuje. Po konzultaci s firmou NWT byl pro technické zabezpečení projektu doporučen datový projektor **ACER P1276**. Projektor DLP má výborné obrazové parametry a dlouhý servisní interval lampy za

poměrně dostupnou cenu. Dále má kvalitní reprodukci obrazu i ve 3D technologii. DLP technologie zobrazuje video s jemnou precizností a realismem. Díky své kompaktnosti je také velice vhodný pro využití na obchodních cestách nebo ve školství. Pro tyto účely je dodávaná přepravní brašna. Jeho hlavní výhodou oproti předchozím verzím je vylepšený kontrastní poměr 13000:1 a vysoká svítivost až 3500 ANSI lumenů. Díky tomu lze využít 3D projekci i v nezatemněné místnosti. Projektor poskytuje nativní rozlišení 1024 x 768 bodů. Maximální rozlišení však dosahuje více než Full HD rozlišení. Korekce lichoběžníkového zkreslení zaručuje projekci snímků bez deformace, i když je projektor umístěn na stropě, pod plátnem anebo nad plátnem. Výhodou je dlouhá životnost lampy, která dosahuje normálně až 3500 hodin, avšak v režimu Extreme Eco poslouží až na 10000 hodin. Možnosti připojení jsou bohaté a zahrnují standardní D-Sub, S-Video, kompozitní vstup i digitální HDMI. Pro dálkové ovládání projektoru je k dispozici USB nebo RS-232. Pro kvalitní projekci bylo firmou NWT dále navrženo projekční plátno Acer M90-W01MG, což je nástěnné promítací plátno velikosti 90". Jedná se o plátno roletového typu, které se stahuje manuálním způsobem. Rozměry plochy činí 1960 x 1100 mm při tloušťce 0,38 mm s poměrem stran 16:9.

Parametry projektového plátna:

- Typ projekce: přední
- Typ projekční plochy: roletová
- Typ pohonu: manuální
- Povrch projekční plochy: cine grey
- Rozměr obrazové plochy: 2000x1590
- Formát projekční plochy: video (16:9)
- Okraje: černé

Datový projektor i plátno je ve střední cenové hladině a je plně dostačující pro účely edukačního programu. Plátno i datový projektor budou umístěny pod stropem tělocvičny, tak

aby při běžném provozu nebránily pacientům v rehabilitaci a aby nedošlo k jejich případnému zranění.

Doplnění kurzu SM systém:

Vlastníkem ochranné známky "**SM**" a "**SM Systém**" je MUDr. Richard Smíšek. Jde o metodu **stabilizace** a **mobilizace** nebo také spirální stabilizace páteře. Před TEP kyčelního a kolenního kloubu je důležité naučit se sestavu 11 cviků. Sestava těchto cviků vyrovná postavu do osy, relaxuje a protahuje zkrácené svaly především na dolních končetinách. Dále je důležité zvládnout koordinaci chůze s francouzskými holemi. Po operaci pak může pacient zahájit cvičení již pátý den vsedě a patnáctý den ve stoje s plnou zátěží dolních končetin. Spirálně stabilizované cvičení umožňuje rychlý návrat do plné kondice. Kurz SM systém mají 2 zaměstnanci ambulance (1 všeobecná sestra a 1 fyzioterapeut) a je nutné doplnit kurz u 1 fyzioterapeuta. Jedná se o základní kurz:

■ Kurz - 4 dny (2x2 dny nebo 1x4 dny 1A + 1B + 1C + 1D) - 32 *výukových hodin*

1A = 12 základních cviků, **1B** = 40 cviků, **1C** = manuální techniky, **1D** = manuální techniky

Úvod do metody SPS - prevence, regenerace, principy metody, základní cviky, základní masáže a manuální techniky, příčiny vedoucí k přetížení páteře, prevence, regenerace, kondice.

1 den = 8 výukových hodin.

Kurzy lze absolvovat každý den zvlášť, nebo 2 dny a pak 2 dny nebo všechny 4 části za sebou. U těchto 4 kurzů je možné využít zvýhodněnou cenu 5200 Kč za všechny 4 části. Nejbližší termín kurzu ve Zlíně je 17. – 18. 9 2016.

Součástí technického zabezpečení je pořízení 10 ks elastických lan pro sestavu cviků SM systém. Tato metoda obsahuje sestavy cviků, při kterých je potřeba elastické lano a které adekvátně aktivují ty svalové partie, jež jsou díky sedavému způsobu života oslabeny, a protahují ty svalové partie, jež jsou zkráceny. Autorem této metody je MUDr. Smíšek, který se poruchám pohybového aparátu věnuje více než dvacet pět let a který tvrdí, že aktivací jedné skupiny svalů zároveň ovlivňujeme další svalové skupiny.

- SM systém je komplexní systém péče o pohybový aparát, zpevňuje a protahuje svalové partie, které mají na jedné straně tendenci ochabovat a na straně druhé se zkracovat. Dochází tak k symetrizaci pohybového aparátu a následně i ke zlepšení funkcí orgánů lidského těla.
- SM systém je velmi vhodný pro pacienty s nově diagnostikovanou artrózou
- SM systém je také vhodný pro pacienty před TEP kloubu k posílení svalstva
- SM systém se využívá k léčbě, prevenci, regeneraci a jako kondiční trénink pro sportovce.
- SM systém je určen pro ty, kteří si uvědomují, že jsou zodpovědní za své zdraví, a obětují tomu pouhých 10 minut denně.

K technickému zabezpečení patří také zajištění prostor pro edukaci pacientů. K tomuto účelu byly vybrány prostory tělocvičny z následujících důvodů:

- prostorově vyhovující možnost instalace projektoru a plátna
- možnost ukázek vhodných cviků
- nácvik chůze o berlích
- nácvik správného použití kompenzačních pomůcek

Tělocvična je poměrně vytížená a pro edukaci mohou být v současnosti vyhrazeny dvě hodiny týdně, a to v pondělí od 17 do 18 hodin a v pátek od 9 –10 hodin. Pacientům je tedy k dispozici jeden dopolední a jeden odpolední termín. V tabulce 20 je rozpis využití tělocvičny.

FT – fyzioterapie

SM - Stabilizace a mobilizace páteře - SM Systém

JG – jóga

X – neobsazeno

Tab. 20 Využití tělocvičny (vlastní zpracování)

	Tělocvična rozpis									
	8 - 9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18
Pondělí	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	SM	X
Úterý	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	JG	JG
Středa	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT
Čtvrtek	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT	FT
Pátek	SM	X	FT	FT	FT	FT	SM	SM	JG	JG

11.3.3 Finanční zabezpečení projektu

Ve třetí části jsou řešeny náklady na projekt a způsob získání finančních prostředků pro zajištění financování lidských zdrojů, které budou projekt realizovat. Protože se 70 % respondentů vyjádřilo, že by využilo služeb edukačního centra pouze v případě, že bude hrazeno ze služeb zdravotní pojišťovny, je vhodné zjistit možnosti financování z těchto zdrojů. Nejvhodnějším způsobem se jeví zařazení kódu 09523 do seznamu hrazených výkonů. Protože ortopedická ambulance nemá tento kód schválen u žádné pojišťovny, je nutné požádat pojišťovny o jeho schválení. Prakticky se jedná o sestavení a odeslání žádosti jednotlivým smluvním pojišťovnám o zařazení kódu 09523 - edukační pohovor lékaře s nemocným nebo rodinou do seznamu hrazených výkonů. Jde o kód, který je dotován hodnotou 222 bodů a časovou hodnotou 30 minut. Pro účely našeho projektu by to byl plně vyhovující kód. O zařazení kódu do seznamu hrazených výkonů žádá ZZ, každou pojišťovnu zvlášť. Zařazení kódu do seznamu hrazených výkonů projednává komise zdravotní pojišťovny, která se schází nepravidelně, takže nelze odhadnout jeho časovou dostupnost. Následně ho schvaluje

revizní lékař příslušné pojišťovny. V případě, že nedojde ke schválení kódu 09543, má ambulance možnost vykazovat kód 66023 – kontrolní vyšetření, který má ambulance zařazen v seznamu hrazených výkonů. Tento kód je ovšem dotován hodnotou 126 bodů za 30 minut. Pro případ nesouhlasu zdravotní pojišťovny s úhradou projektu z veřejného zdravotního pojištění je navržena třetí varianta financování edukačního projektu přímými platbami., to by v praxi znamenalo, že by si 30 minutovou edukaci pacient hradil sám.

11.4 Časová analýza

V časové analýze je ke každé položce projektu přiřazen termín do kdy by měla být položka splněna a osoba, která je za položku zodpovědná. Prvním krokem je zaslání žádosti všem pojišťovnám o zařazení kódu 09523 - edukace pacienta nebo jeho rodinného příslušníka do seznamu hrazených výkonů, za který je zodpovědný vedoucí lékař. Termín odeslání žádosti je stanoven do 1. 9. 2016. Žádost schvaluje komise, která se schází nepravidelně, proto nelze stanovit datum schválení, ale pouze datum odeslání žádosti. Dalšími kroky je zajištění kurzu SM systém pro 1 fyzioterapeuta. Za splnění a odeslání přihlášky je zodpovědná vrchní sestra a termín splnění je stanoven do 1. 09. 2016. Nejbližší termín kurzu je 17. – 18. 9. 2016 ve Zlíně. Termín splnění do 1. 10. 2016 má položka zakoupení projektoru a plátna, za který je zodpovědný vedoucí lékař. Do 15. 10. 2016 by měly být splněny položky vytvoření brožury, vytvoření prezentace v programu Power Point a vytvoření odkazu Škola artrózy do stávajících webových stránek, za které zodpovídá vrchní sestra. 20. 10. 2016 je termín pro splnění položky zajištění kompenzačních pomůcek, za které zodpovídá fyzioterapeut a instalace projektoru a plátna, které zajistí vrchní sestra. Plán je sestaven tak, aby bylo projekt možné zahájit k 01. 11. 2016. V tabulce 21 je ke každé položce časové analýzy přiřazen termín jejího splnění a osoba, která je za splnění zodpovědná.

Tab. 21 Časová analýza (vlastní zpracování)

Položka projektu	Termín splnění	Zodpovědná osoba
Žádost o zařazení kódu	do 1. 9. 2016	Vedoucí lékař
Vytvoření brožury	do 15. 10. 2016	Vrchní sestra
Vytvoření prezentace	do 15. 10. 2016	Vrchní sestra
Vytvoření www stránky	do 15. 10. 2016	Vrchní sestra
Zajištění kompenzačních pomůcek	do 20. 10. 2016	Fyzioterapeut
Zajištění kurzu SM systém pro fyzioterapeuta	do 01. 09. 2016	Vrchní sestra
Zakoupení projektoru a plátna	do 01. 10. 2016	Vedoucí lékař
Instalace projektoru a plátna	do 20. 10. 2016	Vrchní sestra

11.5 Nákladová analýza

Projekt Škola artrózy bude financován z vlastních zdrojů, případně částečně ze sponzorských darů, proto je potřeba zvážit nutnost každé investice. Projekt je navržen tak, aby bylo zatížení ZZ minimální. Tento projekt je postaven spíše na myšlence a její realizaci, náklady na jeho uvedení do praxe nejsou příliš vysoké, tak aby měl projekt šanci reálného využití v praxi. Pro realizaci projektu bude potřeba zakoupit datový projektor, plátno, doplnit kurz spirální stabilizace páteře u jednoho fyzioterapeuta, doplnit 10 ks elastických lan a vytisknout 200 ks informačních brožur. Vstupní náklady potřebné k realizaci projektu jsou vyčísleny v následující tabulce.

Tab. 22 Finanční náklady (vlastní zpracování)

Položka	Cena
Projektor ACER P1276	11890 Kč
Plátno pro projektor ACER M90 – W01MG	2390 Kč
Kurz SM systém	5 200 Kč
Cvičební pomůcky	5 500Kč
Informační brožura 200 ks	5 400 Kč
Celkem	30 380 Kč

11.5.1 Alternativy financování

Projekt Škola artrózy bude probíhat 2x týdně 1hodinu. Ideální čas, který by měl zdravotník pacientovi věnovat, aby byla edukace dostatečná a smysluplná, by bylo 30 minut. Jednalo by se tedy o 2 pacienty denně, 4 pacienty týdně, což je 16 pacientů za měsíc.

Projekt navrhuje tři varianty financování edukačního programu.

1. Optimistická varianta:

Jde o variantu, která by nejvíce vyhovovala pacientům i ZZ. Protože se v průzkumu více než 75 % respondentů vyjádřilo, že by edukační projekt využilo pouze v případě, že bude hrazen z veřejného zdravotního pojištění, bylo by vhodné požádat zdravotní pojišťovny o schválení kódu 09523 a jeho zařazení do seznamu hrazených výkonů. Tento kód je dotován 222 body.

■ **Kód 09523** – edukace pacienta nebo jeho rodinného příslušníka. Poučení a nácvik dovedností v rozsahu nezbytném k získání racionální spolupráce na léčbě. Hrazeno pouze při zdravotní indikaci zdůvodněné písemně v dokumentaci a stvrzené podpisem edukovaného nebo jeho zákonného zástupce.

■ **V bodové hodnotě u kódu 09523** se jedná o 444 bodů za den, 888 bodů za týden a 3552 bodů za měsíc.

V tabulce 23 jsou rozpracovány bodové hodnoty u kódu 09523.

Tab. 23 Hodnoty u kódu 09523 (vlastní zpracování)

Kód 09523 (222 bodů)		
Čas	Body	Počet pacientů
30 minut	222	1
1 hodina	444	2
2 hodiny	888	4
8 hodin	3552	16

Hodnota bodu pro rok 2016 pro odbornost 606 je 1, 03Kč. V následující tabulce je přepočtena hodnota bodu na finanční částku, která bude vykazována zdravotní pojišťovně v měsíčním vyúčtování v případě vykazování kódu 09523.

Tab. 24 Přepočtená hodnota bodu 09523 (vlastní zpracování)

Kód	Body/měsíc	Kč
09523	3552	3658,56

Škola artrózy bude v prvních měsících probíhat pouze 2 hodiny týdně, jedná se o rozšíření nabídky služeb pro pacienty privátní ortopedické ordinace, fixních nákladů se tato služba v tomto objemu netýká. Nákladem pro majitele bude pouze mzda pro zdravotníka, který bude službu poskytovat. V následující tabulce je znázorněn případný zisk v případě vykazování kódu 09523 by se jednalo o 2058, 56 Kč měsíčně.

Tab. 25 Zisk z kódu 09523 (vlastní zpracování)

čas	Kč/bod 09523	Mzda za- městnance	Čistý zisk
1 hodina	457,32	200	257,32
8 hodin	3658,56	1600	2058,56

2. Realistická varianta:

V případě neschválení kódu 09523 má ZZ možnost vykazovat edukační pohovor na stávající kód 66023, který má ZZ zařazeno na seznamu hrazených výkonů. Tento kód je dotován 126 body, není tedy pro ZZ tak výhodný, jako kód 09523, ale pacienti by nemuseli edukační projekt hradit v hotovosti.

■ **Kód 66023** – kontrolní vyšetření - je vyšetření nemocného, který je již v péči příslušné ordinace. Jde o vyšetření v minimálním rozsahu. Výkon se použije tam, kde nedochází v průběhu léčby k výrazným změnám subjektivních obtíží pojištěnce, fyzikálního nálezu ani výsledků laboratorních vyšetření, tedy ani k výrazným změnám v terapeutickém postupu.

■ **V bodové hodnotě u kódu 66023** se jedná o 252 bodů za den, 504 bodů za týden a 2016 bodů za měsíc.

V tabulce 26 jsou znázorněny bodové hodnoty pro kód 66023.

Tab. 26 Hodnoty u kódu 66023 (vlastní zpracování)

Kód 66023 (126 bodů)		
Čas	Body	Počet pacientů
30 minut	126	1
1 hodina	252	2
2 hodiny	504	4
8 hodin	2016	16

Hodnota bodu pro rok 2016 pro odbornost 606 je 1, 03Kč. V následující tabulce je přepočtena hodnota bodu na finanční částku, která bude vykazována zdravotní pojišťovně v měsíčním vyúčtování v případě vykazování kódu 66023.

Tab. 27 Přepočtená hodnota bodu (vlastní zpracování)

Kód	Body/měsíc	Kč
66023	2016	2076,48

V tabulce 28 je znázorněn případný zisk po odečtení nákladů na mzdu zaměstnance. V případě vykazování kódu 66023 by částka byla pouze 476,48 Kč za měsíc.

Tab. 28 Zisk z kódu 66023 (vlastní zpracování)

Čas	Kč/bod 66023	Mzda zaměstnance	Čistý zisk
1 hodina	252, 01	200	52,01
8 hodin	2076,48	1600	476,48

3. Pesimistická varianta:

Jedná se o přímou platbu pacienta, edukační pohovor by si pacient hradil sám. Tato varianta je nejméně pravděpodobná, protože z výsledků výzkumu vyplynulo, že více než 70 % respondentů by službu využívalo pouze v případě, že bude hrazená ze zdravotního pojištění. Přesto byla tato varianta navržena v případě, že by zdravotní pojišťovny nesouhlasily s úhradou edukačního programu ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění. V případě, že by se ZZ rozhodlo pro tuto variantu, výše ceny by se měla pohybovat v rozmezí 150 – 300 Kč za 30 minut. U přímé platby pacienta jsou navrženy tři možnosti výše úhrady.

Varianty jsou rozpracovány tak, aby zohledňovaly některé nebo všechny náklady, případně také zisk.

Varianta 1: 150 Kč/ 30 minut. Tato částka je nejnižší možnou částkou, která pokrývá pouze mzdu zaměstnance, náklady na brožuru, která je součástí edukačního projektu a minimální zisk.

- mzda zaměstnance 200 Kč/ hod. → 100 Kč/ 30 min.
- náklady na brožuru 27 Kč/ 1 ks
- zisk 23 Kč/ 30 min

V následující tabulce jsou uvedeny částky, které by pacienti ZZ uhradily v případě výběru této varianty úhrad.

Tab. 29 Přímá platba pacienta – varianta 1 (vlastní zpracování)

Přímá platba pacienta: Varianta 1		
Čas	Kč	Počet pacientů
30 minut	150	1
1 hodina	300	2
2 hodiny	600	4
8 hodin	2400	16

V následující tabulce je znázorněn zisk v případě výběru varianty 1 případné přímé platby pacienta.

Tab. 30 Zisk z přímé platby pacienta – varianta 1 (vlastní zpracování)

Čas	Kč	Mzda za zaměstnance	Čistý zisk
1 hodina	300	200	100
8 hodin	2400	1600	800

Varianta 2: 200 Kč/ 30 minut. Tato částka pokrývá mzdu zaměstnance a hodinové náklady na provoz ordinace

- mzda zaměstnance 200 Kč/ hod. →100 Kč/ 30 min.
- náklady na provoz ordinace 200 Kč/ hod. →100 Kč/ 30 min.

V následující tabulce jsou uvedeny částky, které by pacienti ZZ uhradili v případě výběru této varianty úhrad.

Tab. 31 Přímá platba pacienta – varianta 2 (vlastní zpracování)

Přímá platba pacienta: Varianta 2		
Čas	Kč	Počet pacientů
30 minut	200	1
1 hodina	400	2
2 hodiny	800	4
8 hodin	3200	16

V následující tabulce je uveden zisk v případě výběru varianty 2 přímé platby pacienta, která pokrývá náklady na mzdu zaměstnance i fixní náklady na provoz ambulance.

Tab. 32 Zisk z přímé platby pacienta – varianta 2 (vlastní zpracování)

Čas	Kč	Mzda za zaměstnance	Čistý zisk
1 hodina	400	200	200
8 hodin	3200	1600	1600

Varianta 3: 300 Kč/ 30 minut. Tato částka pokrývá mzdu zaměstnance, hodinové náklady na provoz ordinace, náklady na brožuru a přinesla by soukromé ambulanci i zisk.

- mzda zaměstnance 200 Kč/ hod. →100 Kč/ 30 min.
- náklady na provoz ordinace 200 Kč/ hod. →100 Kč/ 30 min.
- náklady na brožuru 27 Kč/ 1 ks
- zisk 73 Kč/ 30 min.

V následující tabulce jsou uvedeny částky, které by pacienti ZZ uhradily v případě výběru této varianty úhrad.

Tab. 33 Přímá platba pacienta – varianta 3 (vlastní zpracování)

Přímá platba pacienta: Varianta 3		
Čas	Kč	Počet pacientů
30 minut	300	1
1 hodina	600	2
2 hodiny	1200	4
8 hodin	4800	16

V tabulce č. je uveden zisk z varianty 3 přímé platby pacienta, která kromě nákladů na mzdu zaměstnance a fixních nákladů, počítá i se ziskem z projektu Škola artrózy.

Tab. 34 Zisk z přímé platby pacienta – varianta 3 (vlastní zpracování)

Čas	Kč	Mzda za zaměstnance	Čistý zisk
1 hodina	600	200	400
8 hodin	4800	1600	3200

Pokud bude investice do projektu ve výši 30380 Kč, bude její návratnost v případě schválení kódu 09523 necelých 15 měsíců, zatímco při jeho neschválení a vykazování na stávající kód 66023 bude návratnost více než 63 měsíců, jak je zobrazeno v následující tabulce.

Tab. 35 Návratnost investice - kódy (vlastní zpracování)

Kód	Zisk/měsíc	Návratnost (v měsících)
09523	2058, 56	14, 75
66023	476, 48	63, 75

V případě přímé platby pacienta by návratnost investice do projektu byla u varianty 1 byla necelých 38 měsíců, u varianty č. 2 necelých 19 měsíců a nejkratší návratnost by byla u varianty č. 3 necelých 10 měsíců. Poslední varianta přímé platby pacienta je zároveň nejkratší variantou návratnosti ze všech navrhovaných. Návratnost u všech tří variant přímé platby pacienta je zpracována v následující tabulce.

Tab. 36 Návrhovatost investic přímá platba pacienta (vlastní zpracování)

Pesimistická varianta	Zisk/měsíc	Návrhovatost (v měsících)
Varianta 1	800	37,98
Varianta 2	1600	18,99
Varianta 3	3200	9,5

Pro edukační projekt byly navrženy tři možné způsoby jejího financování. Optimistická a realistická varianta, jsou navrženy s ohledem na výsledek dotazníkového šetření tak, že budou financovány z veřejného zdravotního pojištění. Pesimistická varianta je navržena jako přímá platba pacienta. Je navržena ve třech variantách ve výši 150, 200 a 300Kč. S ohledem na získaná data z analytické části, kde je v kapitole sociální prostředí ortopedické ambulance uvedeno, že ve Zlínském kraji je druhá nejvyšší průměrná mzda v ČR, by bylo nejvhodnější, aby byl projekt financován z veřejného zdravotního pojištění. V tabulce 37 je srovnání všech navrhovaných variant z hlediska návratnosti investice a měsíčního a ročního zisku.

Tab. 37 Srovnání navrhovaných variant (vlastní zpracování)

Varianta	Návrhovatost investice/ měsíc	Zisk/ měsíc	Zisk/ rok
Kód 09523 (optimistická varianta)	14,75	2059	24708
Kód 66023 (realistická varianta)	63,75	476	5712
PPP varianta 1 (pesimistická varianta)	37,98	800	9600
PPP varianta 2 (pesimistická varianta)	18,99	1600	19200
PPP varianta 3 (pesimistická varianta)	9,5	3200	38400

Ze srovnání návratnosti vyplývá, že nejkratší doba návratnosti necelých 10 měsíců, je u pesimistické varianty 3, přičemž měsíční zisk z projektu by byl 3200 Kč, tedy 38400 Kč za rok. Je ovšem diskutabilní, zda by částka 300 Kč za 30 minut byla přijatelná pro pacienty ambulance. U optimistické varianty je návratnost počáteční investice do projektu necelých 15 měsíců, zisk za měsíc je 2059 Kč a roční zisk je 24708 Kč. Tato varianta by byla pro ZZ i pro pacienty pravděpodobně nejpříjemnějším řešením, protože jde o variantu financování projektu z veřejného zdravotního pojištění, přičemž doba návratnosti investice není dlouhá a zisk je pro ambulanci stále poměrně zajímavý. Realistická varianta, která by byla pro pacienty stejně přijatelná jako varianta optimistická, je pro ambulanci problematická. Doba návratnosti počáteční investice téměř 64 měsíců, je velmi dlouhá a roční zisk 5712 není velký. Pesimistické varianta 1 by byla pravděpodobně pro pacienty nejpříjemnější variantou ze tří variant přímé platby pacienta, protože 150 Kč za 30 minut je nejnižší navrhou částkou. Pro ambulanci by byla samozřejmě zajímavější varianta 2, jejíž návratnost je necelých 19 měsíců (na rozdíl od téměř 38 měsíců u varianty 1) a roční zisk 19200 Kč u varianty 2 je také vyšší než zisk 9600Kč u varianty 1, přičemž rozdíl v platbě u pacienta je 50 Kč za 30 minut.

11.6 Analýza rizik a jejich eliminace

Každý projekt je potřeba posoudit z pohledu jeho možné realizace v praxi. Při realizaci projektu je důležité analyzovat možná rizika, která by mohla realizaci projektu zkomplikovat nebo zabránit. Proto je vhodné tato rizika identifikovat a pokud možno eliminovat. Rizika byla označena jako R1 – R5.

Možnými riziky realizace tohoto projektu jsou:

- **R1: Nedostatek financí na realizaci projektu.** Největším nákladem tohoto projektu je pořízení datového projektoru. Nejde ovšem o investici, která by byla pro ambulanci nepřijatelná. Tento náklad by bylo možné hradit z vlastních zdrojů, případně řešit formou sponzorského daru. Nelze samozřejmě vyloučit případné riziko vzniku nepředvídatelné skutečnosti, při které bude muset majitel investovat finanční prostředky jiným směrem.

Riziko R1 může být hodnoceno stupněm nízká rizikovost

■ **R2: Nezáměr ze strany majitele ZZ.** Tento projekt vzniká se souhlasem majitele a v jeho spolupráci.

Riziko R2 je hodnoceno stupněm nízká rizikovitost.

■ **R3: Nezáměr ze strany pacientů.** Z dotazníkového šetření vyplynulo, že pacienti by o tuto službu měli zájem v případě, pokud bude plně hrazená z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Riziko R3 je hodnoceno stupněm nízká rizikovitost.

■ **R4: Odmítnutí zařazení kódu edukace do seznamu hrazených výkonů ze strany zdravotních pojišťoven.** Pokud by pojišťovna kód 09523, edukační pohovor lékaře s nemocným nebo rodinou odmítla, je možné tuto službu vykazovat na některý ze stávajících kódů, například na kód 66023, který je ovšem dotován pouze 126 body. Pravděpodobnost, že pojišťovna kód 09523 schválí, můžeme pouze odhadovat.

Riziko R4 je hodnoceno stupněm střední rizikovitost

■ **R5: Zavedení projektu u konkurenčních ZZ.** Toto riziko nelze zcela vyloučit. Je ovšem nepravděpodobné u privátních ambulancí, protože je poměrně náročné časově, prostorově i personálně. Zavedení tohoto projektu ale nelze vyloučit u ambulancí, které jsou součástí nemocnice. Zde je ještě výhodou, že pacienti čekající na TEP se mohou seznámit s prostředím, ve kterém jim bude zákrok proveden, což jim naše ZZ zatím nemůže poskytnout.

R5 je na horní hranici střední rizikovitosti.

Pravděpodobnost výskytu rizika je podle Váchala (2013, s. 536) hodnocena jako nízká (0,2), střední (0,4), vysoká (0,6), Významnost výskytu rizika je hodnocena jako nevýznamná (0,3), střední (0,6), významná (0,9).

Celková rizikovitost (násobek pravděpodobnosti a významnosti výskytu rizika) je určena na škále:

■ 0,0 – 0,18 nízká rizikovitost

■ 0,19 – 0,36 střední rizikovitost

■ 0,37 – 0,54 vysoká rizikovitost

Hrozba případných rizik je zhodnocena v následující tabulce, kde je vyčíslena pravděpodobnost výskytu a významnost vlivu, tedy dopad rizika na projekt.

Tab. 38 Matice rizika (vlastní zpracování dle Váchala, 2013, s. 536).

Riziko	Pravděpodobnost výskytu			Významnost výskytu			Celková rizikovitost
	0,2	0,4	0,6	0,3	0,6	0,9	
R1	X					X	0,18
R2	X					X	0,18
R3	X					X	0,36
R4		X			X		0,24
R5		X				X	0,36

Nejvyšší rizikovitost vykazují rizika R3 a R5, tedy riziko nezáměr pacientů o službu a riziko zavedení projektu jinými ZZ. Tyto rizika jsou na horní hranici bodového hodnocení pro střední rizikovitost. Především významnost výskytu je u obou rizik vysoká.

11.7 Zhodnocení projektu

Cílem projektu bylo zavedení edukačního projektu pro pacienty s artrózou do nabídky služeb soukromé ortopedické ambulance. Projekt byl navržen s ohledem na stávající počet zaměstnanců a celkové kapacity ambulance na 2 hodiny týdně. V první části projektu je řešeno materiálové zabezpečení projektu, především zabezpečení edukačních materiálů. Pro edukační projekt byly navrženy 3 druhy edukačních materiálů, brožura, prezentace v programu Power Point a nový odkaz na stávající webové stránky. Pro jednotlivé edukační materiály byly navrženy struktury jejich obsahu a způsob jejich distribuce.

Druhá část řeší technické zabezpečení projektu. Jedná se o především o pořízení datového projektoru a plátna, zabezpečení vhodných prostor pro edukační projekt a doplnění certifikovaného kurzu vhodné pohybové aktivity u zaměstnanců, kteří se do projektu zapojí.

Ve třetí části jsou vyčísleny vstupní náklady na projekt a způsoby možného financování projektu. Byly navrženy tři varianty financování. Optimistická a realistická varianta jsou navrženy s ohledem na výsledky dotazníkového šetření, jako výkony hrazené z veřejného

zdravotního pojištění. Pesimistická varianta je navržena jako výkon plně hrazený pacientem v případě, že by nebylo možné hradit projekt z veřejného zdravotního pojištění. Jednotlivé varianty byly vzájemně porovnány z hlediska doby návratnosti vstupní investice a případného zisku pro ambulanci. Součástí projektu je časová a riziková analýza.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce je zlepšit kvalitu života pacientů s artrózou, prostřednictvím zřízení informačního centra, nazvaného Škola artrózy. Tento projekt vznikl na základě několika hypotéz, které předpokládaly, že pacienti s artrózou nejsou svým lékařem dostatečně informováni, což potvrdil i výzkum, který je součástí této práce. Výzkum dále potvrdil hypotézu, že většina pacientů hledá další informace o své diagnóze mimo ordinaci lékaře. Současná nadvláda ekonomů ve zdravotnictví stále více nutí zdravotníky narušovat etické principy, jimiž se mají řídit při výkonu svého povolání. Zdravotníci jsou čím dál častěji nuceni sledovat především ekonomické zájmy. Nicméně pro lékaře, ale i ostatní zdravotníky stále platí dva základní principy, kterými jsou: **Primum non nocere**, především neškodit, a **Salus aegroti suprema lex**, zdraví pacienta je nejvyšším zákonem. Dodržování těchto etických pravidel zůstává základním předpokladem pro existenci vztahu důvěry mezi pacientem a jeho lékařem. Vztahu, který se snad nikdy nedostane na pouhý obchodní vztah někoho, kdo nějakou službu potřebuje, a druhého, který ji prodává. Projekt zavedení Školy artrózy chce vybudovat důvěryhodný vztah mezi pacienty a zdravotníky. Jak bylo v této práci zmíněno, stále více pacientů chce být lékařem dostatečně informováno. Pacienti si přejí, aby s nimi lékař komunikoval jako s rovnocenným partnerem a chtějí mít možnost volby. Bohužel většina pacientů informace hledá nejčastěji na internetu nebo v okruhu svých blízkých. Otázkou je, jakou validitu tyto informace mají a zda pacientům takové informace poslouží nebo jim naopak neprospějí. Každý rok narůstá počet pacientů, kteří podstupují implantaci kloubní náhrady a narůstá i počet pacientů ošetřených v ortopedické ambulanci. Díky stávajícímu systému financování zdravotní péče dochází k upřednostňování kvantity před kvalitou péče a prostor pro edukaci pacientů je proto velmi omezený, tak jako čas lékaře. Proto si tento projekt klade za cíl, zlepšení informovanosti pacientů erudovaným zdravotníkem, nelékařem v prostředí zdravotnického zařízení, kde získají kvalitní informace a dostanou odpovědi na své otázky. Projekt Škola artrózy, je finančně nenáročný projekt, který je rozšířením současné nabídky služeb privátní ortopedické ambulance. Tento projekt nabízí pacientům s artrózou možnost získat podrobné informace o svém onemocnění, o možnostech jeho léčby, o jeho rizicích a především o možnostech pacienta podílet se aktivně na svém zdravotním stavu. Tento projekt dává pacientovi možnost volby a zároveň možnost převzít částečnou odpovědnost za své zdraví, které je pro nás všechny tím nejcennějším statkem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTÁK, Miroslav. 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8.
- BÁRTLOVÁ, Sylva. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
- BOROVSKÝ, Juraj a SMOLKOVÁ, Eva. 2013. *Marketing ve zdravotnictví*. 2. přeprac. vyd. V Praze: České vysoké učení technické, 112 s. ISBN 978-80-01-05413-0
- BUCHBINDER, S. B. and SHANKS, N. H. 2012. *Introduction to health care management*. 2nd ed. Burlington, Mass.: Jones and Bartlett Learning, 494 s. ISBN 978-0-7637-9086-8.
- DOLANSKÝ, Hynek. 2008. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, Ústav ošetrovatelství, 223 s. ISBN 978-80-7248-494-2.
- DUNCAN, J. W., GINTER, P. M. and SWAYNE, L. E. 2008. *Strategic management of health care organizations*. 6th ed. Chichester: John Wiley and Sons, 869 s. ISBN 978-1-4051-7918-8
- DUNGL, Pavel a kol. 2014. *Ortopedie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 1168 s. ISBN 978-80-247-4357-8.
- EXNER, Lubomír, RAITER, Tomáš a STEJSKALOVÁ, Dita. 2005. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 188 s. ISBN 80-86419-73-8.
- FORET, Miroslav. 2003. *Marketingová komunikace*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 275 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-811-2.
- GALLO, Jiří a kol. 2007. *Artróza váhonosných kloubů ve světle medicíny založené na důkazu*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 87 s. Učební texty. ISBN 978-80-244-1741-7.
- GLADKIJ, Ivan a kol. 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 380 s. Praxe manažera. ISBN 80-7226-996-8.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2015. *Lékařská etika*. 4. aktual. a rozšíř. vyd. Praha: Galén, 225 stran. ISBN 978-80-7492-204-6.
- HNÍZDIL, Jan a kol. 2007. *Artróza v psychosomatickém přístupu: artróza kyčelního kloubu: informace pro pacienty, lékaře a fyzioterapeuty*. 1. vyd. Praha: Triton, 47 s. ISBN 978-80-7254-913-9.

HOLČÍK, Jan. 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 149 s. ISBN 978-80-7392-089-0.

HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína a PRUDIL, Lukáš. 2015. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 2. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 115 stran. ISBN 978-80-7013-575-4.

IVANOVÁ, Kateřina. 2006. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 240 s. ISBN 80-7013-442-9.

IVANOVÁ Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica a GLADKIJ, Ivan. 2013. *Medicína a společnost*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 90 s. ISBN 978-80-244-3446-9.

JANDOUREK, Jan. 2001. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 285 s. ISBN 80-7178-535-0.

JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Vysoká škola báňská - Technická univerzita. 77 s. ISBN 978-80-248-1285-4.

KARLÍČEK, Miroslav a kol. 2013. *Základy marketingu*. 1. vyd. Praha: Grada, 255 s. ISBN 978-80-247-4208-3.

KOTLER, Philip a ARMSTRONG, Gary. 2004. *Marketing*. 1. vyd. Praha: Grada, 855 s. Expert. ISBN 80-247-0513-3.

LINHARTOVÁ, Věra. 2007. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetroující personál*. 1. vyd. Praha: Grada, 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.

MAAYTOVÁ, Alena. 2012. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

MATOCHOVÁ, Soňa. 2009. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 206 s. Disertační práce. ISBN 978-80-210-4757-0.

MOLEK, Jan. 2011. *Řízení organizací sociálních služeb: vybrané problémy*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 254 s. ISBN 978-807-4160-837.

PAULOVČÁKOVÁ, Lucie. 2015. *Marketing: přístup k marketingovému řízení*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 288 stran. ISBN 978-80-7452-117-1.

PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr a kol. 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-5788-9

SOSNA, Antonín a kol. 2001. *Základy ortopedie*. 1. vyd. Praha: Triton, 175 s. ISBN 80-7254-202-8.

STAŇKOVÁ, Pavla. 2013. *Marketingové řízení nemocnic*. 1. vyd. Žilina: Georg, 208 s. ISBN 978-80-89401-64-2.

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

ŠKRLA, Petr a ŠKRLOVÁ, Magda. 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 199 s. ISBN 978-80-247-2616-8.

VÁCHAL, Jan a Marek VOCHOZKA. 2013. *Podnikové řízení*. 1. vyd. Praha: Grada, 685 s. ISBN 978-80-247-4642-5.

VURM, Vladimír a kol. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

WEIGL, Jiří a kol. 2015. *Otto von Bismarck: 200 let od narození*. Vydání první. Praha: Institut Václava Klause, 157 stran. Publikace; č. 20/2015. ISBN 978-80-7542-001-5.

ZLÁMAL, Jaroslav. 2006. *Marketing ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 150 s. ISBN 80-7013-441-0.

ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

SEZNAM INTERNETOVÝCH ZDROJŮ

ACTA CHIRURGIAE ORTOPAEDICAE ET TRAUMATOLOGIAE ČECHOSLOVACA

Praha: SZdN, 1950- . ISSN 0001-5415. Dostupné z:
http://www.achot.cz/dwnld/achot_2014_supp.pdf

ARTROZA.COM©2016. [online]. [cit. 2016-04-04]. *Artróza*. Dostupné z: <http://www.artroza.com/index.html>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ©2015a. [online]. [cit. 2016-06-20]. Dostupné z:
<http://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2015>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ©2015b. [online]. [cit. 2016-06-20]. Dostupné z:
https://www.czso.cz/documents/11284/17867661/Infolist_1_2016.pdf/92730d7b-0a83-4579-bb24-9ecf22ce6dd8?version=1.1

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ©2015c. [online]. [cit. 2016-07-20]. Dostupné z:
<http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-spolecnych-vysetrovacich-lecebnych-slozek>

EPRAVO.CZ© 1999-2016. [online]. [cit. 2016-03-10]. *Sbírka zákonů, judikatura, právo*
Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/novela-zakona-c-3722011-sb-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-90640.html>

HASIM©2013 - 2014. [online]. *Ambulantní specialisté dostanou přidáno*. [cit. 2016-03-07]
Dostupné z: <http://www.hasim.cz/content/ambulantni-specialiste-dostanou-pridano>

MEDICAL TRIBUNE ©2000 - 2016. [online] *Na etické otázky medicíny zítřka je třeba hledat odpovědi už dnes*[cit. 2016-04-03]. Dostupné z <http://www.tribune.cz/clanek/35848>

MEDICAL TRIBUNE ©2000 - 2016. [online] *Lékařská praxe provozovaná fyzickou osobou*
[cit. 2016-04-04]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/14636-lekarska-praxe-provozovana-fyzickou-osobou>

MZČR©2010. [online]. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: *Zdravotní pojišťovny*
http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

MZČR©2010. [online]. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c273/2015-sb-o-stanoveni-hodnot-boduvyse-uhrad-hrazenych-sluzeb-a_10912_2439_1

ÚZIS ČR ©2010 - 2016. [online]. *Činnost zdravotnických zařízení ve vybraných oborech zdravotní péče 2013*[cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/cinnost-zdravotnickych-zarizeni-ve-vybranych-oborech>

ÚZIS ČR ©2010 - 2016. [online]. *Lůžková péče*. [cit. 2016-03-03]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece>

ÚZIS ČR ©2010 - 2016. [online]. *Sít' zdravotnických zařízení 2013*. [cit. 2016-03-07] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/sit-zdravotnickych-zarizeni>

WHO©2015. [online]. *Data and evidence* [cit. 2015-10-03]. Dostupné z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf

RONNIE.cz©1999 – 2016 [online]. *Jak vypadá léčby artrózy?* [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://medicina.ronnie.cz/c-4248-jak-vypada-lecba-artrozy.html>

SZÚ ČR ©2015. [online]. *Odpady ze zdravotnických zařízení* [cit. 2016-03-23]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/odpady-ze-zdravotnickych-zarizeni>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACP	Autologní kondiciovaná plasma (Autologous Conditioned Plasma)
ČR	Česká republika
DD	Diadynamické proudy
DZP	Domácí zdravotní péče
EDS	Evropský soudní dvůr
EHS	Evropské hospodářské společenství
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
KJ	Kapitační jednotka
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OA	Osteoartróza
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PL	Praktický lékař
PC	Osobní počítač (personal computer)
PPP	Přímá platba pacienta
RTG	Rentgen
TENS	Transkutánní elektrická nervová stimulace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZÚM	Zúčtovatelný materiál
ZÚLP	Zúčtovatelný léčebný prostředek
ZZ	Zdravotnické zařízení

SEZNAM OBRÁZKŮ

<i>Obr. 1 Zdravotnické účty ČR 2010 – 2014 (Zdroj: ČSÚ 2016)</i>	52
<i>Obr. 2 Cíle a hypotézy výzkumu (vlastní zpracování)</i>	66
<i>Obr. 3 SWOT analýza (vlastní zpracování)</i>	85
<i>Obr. 4 Projektové řešení (vlastní zpracování)</i>	90

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1</i> Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)	68
<i>Tab. 2</i> Rozdělení respondentů podle pohlaví (vlastní zpracování)	69
<i>Tab. 3</i> Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)	70
<i>Tab. 4</i> Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)	71
<i>Tab. 5</i> Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)	72
<i>Tab. 6</i> Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)	73
<i>Tab. 7</i> Úplnost informací (vlastní zpracování)	74
<i>Tab. 8</i> Hledání dalších informací (vlastní zpracování)	75
<i>Tab. 9</i> Způsob získávání informací (vlastní zpracování)	76
<i>Tab. 10</i> Možnost další konzultace (vlastní zpracování)	77
<i>Tab. 11</i> Forma konzultace (vlastní zpracování)	78
<i>Tab. 12</i> Čas konzultace (vlastní zpracování)	79
<i>Tab. 13</i> Počet konzultací (vlastní zpracování)	80
<i>Tab. 14</i> Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)	81
<i>Tab. 15</i> Způsob úhrady (vlastní zpracování)	82
<i>Tab. 16</i> Návrh struktury brožur (vlastní zpracování)	91
<i>Tab. 17</i> Návrh prezentace Power Point (vlastní zpracování)	92
<i>Tab. 18</i> Návrh prezentace Power Point (vlastní zpracování)	93
<i>Tab. 19</i> Struktura webové stránky (vlastní zpracování)	95
<i>Tab. 20</i> Využití tělocvičny (vlastní zpracování)	99
<i>Tab. 21</i> Časová analýza (vlastní zpracování)	101
<i>Tab. 22</i> Finanční náklady (vlastní zpracování)	102
<i>Tab. 23</i> Hodnoty u kódu 09523 (vlastní zpracování)	103
<i>Tab. 24</i> Přepočtená hodnota bodu 09523 (vlastní zpracování)	103
<i>Tab. 25</i> Zisk z kódu 09523 (vlastní zpracování)	104
<i>Tab. 26</i> Hodnoty u kódu 66023 (vlastní zpracování)	105
<i>Tab. 27</i> Přepočtená hodnota bodu (vlastní zpracování)	105
<i>Tab. 28</i> Zisk z kódu 66023 (vlastní zpracování)	105
<i>Tab. 29</i> Přímá platba pacienta – varianta 1 (vlastní zpracování)	106
<i>Tab. 30</i> Zisk z přímé platby pacienta – varianta 1 (vlastní zpracování)	107
<i>Tab. 31</i> Přímá platba pacienta – varianta 2 (vlastní zpracování)	107
<i>Tab. 32</i> Zisk z přímé platby pacienta – varianta 2 (vlastní zpracování)	108

<i>Tab. 33 Přímá platba pacienta – varianta 3 (vlastní zpracování)</i>	108
<i>Tab. 34 Zisk z přímé platby pacienta – varianta 3 (vlastní zpracování)</i>	109
<i>Tab. 35 Návratnost investice - kódy (vlastní zpracování)</i>	109
<i>Tab. 36 Návratnost investic přímá platba pacienta (vlastní zpracování)</i>	110
<i>Tab. 37 Srovnání navrhovaných variant (vlastní zpracování)</i>	110
<i>Tab. 38 Matice rizika (vlastní zpracování dle Váchala, 2013, s. 536).</i>	113

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Podíl pojišťoven (vlastní zpracování)</i>	60
<i>Graf 3 Struktura respondentů podle diagnózy (vlastní zpracování)</i>	68
<i>Graf 4 Rozdělení respondentů do skupin podle pohlaví (vlastní zpracování)</i>	69
<i>Graf 5 Rozdělení respondentů podle věku (vlastní zpracování)</i>	70
<i>Graf 6 Struktura respondentů podle dosaženého vzdělání (vlastní zpracování)</i>	71
<i>Graf 7 Rozhodnutí o operaci/ sdělení diagnózy (vlastní zpracování)</i>	72
<i>Graf 8 Kolik času lékař pacientovi věnoval (vlastní zpracování)</i>	73
<i>Graf 9 Úplnost informací (vlastní zpracování)</i>	74
<i>Graf 10 Hledání dalších informací (vlastní zpracování)</i>	75
<i>Graf 11 Způsob získávání informací (vlastní zpracování)</i>	76
<i>Graf 12 Možnost další konzultace (vlastní zpracování)</i>	77
<i>Graf 13 Forma konzultace (vlastní zpracování)</i>	78
<i>Graf 14 Čas konzultace (vlastní zpracování)</i>	79
<i>Graf 15 Počet konzultací (vlastní zpracování)</i>	80
<i>Graf 16 Možnost vzniku informačního centra (vlastní zpracování)</i>	81
<i>Graf 17 Způsob úhrady (vlastní zpracování)</i>	82

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI Dotazník k diplomové práci

Příloha PII Počet operací TEP v Kroměřížské nemocnici a.s 2013 – 2015

Příloha III Počet operací TEP v ČR 2003 – 2012

PŘÍLOHA I: DOTAZNÍK K DIPLOMOVÉ PRÁCI

Dobrý den, jmenuji se Andrea Slováčková, jsem studentka UTB ve Zlíně, obor Management ve zdravotnictví. Pokud čekáte na totální endoprotézu (TEP) kloubu nebo Vám byla v nedávné době nově diagnostikována artróza kloubu, ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který je anonymní a bude součástí mé diplomové práce. Děkuji za Vaši ochotu i Váš čas.

1. Jste
 - čekatel na TEP kloubu
 - nově diagnostikovaný pacient

2. Jste
 - muž
 - žena

3. Kolik je Vám let
 - 18 – 35
 - 36 – 45
 - 46 – 55
 - 56 – 65
 - 66 – 75
 - 76 a více

4. Vaše dokončené vzdělání je
 - základní
 - střední odborné (s výučním listem)
 - středoškolské (s maturitou)
 - vysokoškolské

5. Kdo rozhodl o TEP nebo Vám sdělil diagnózu (artróza kloubu)
 - praktický (obvodní) lékař
 - ortoped nebo jiný specialista
 - o operaci bylo rozhodnuto jiným způsobem (můžete prosím krátce napsat jakým způsobem)
 - diagnózu jste se dozvěděl jiným způsobem (můžete prosím krátce napsat jakým způsobem)

6. Kolik času Vám lékař k objasnění postupu operace TEP nebo diagnózy věnoval
 - 5 a méně minut
 - 10 a méně minut
 - 10 - 15 minut
 - více než 15 minut

7. Jak hodnotíte informace, které Vám lékař sdělil
 - zcela dostatečné
 - dostatečné
 - neúplné

- nedostatečné
- zcela nedostatečné

8. Hledal (a) jste další informace mimo ordinaci lékaře

- ano
- ne

9. Pokud jste v otázce č. 8 zvolil (a) odpověď ano, odpovězte prosím, kde jste informace hledal

- na internetu
- v odborné literatuře
- u rodinných příslušníků a přátel
- u jiného odborníka
- z jiných zdrojů (napište prosím krátce, o jaký zdroj se jednalo)

10. Uvítal (a) byste možnost další konzultace Vašeho zdravotního stavu

- ano
- ne

11. Pokud jste v otázce č. 10 odpověděl (a) ano, uveďte prosím, jaký způsob konzultace byste preferoval (a)

- osobní konzultace s lékařem
- osobní konzultace s jiným zdravotníkem (všeobecná sestra, fyzioterapeut)
- konzultace s lékařem ve skupině pacientů se stejnou diagnózou
- konzultace s jiným zdravotníkem (všeobecná sestra, fyzioterapeut) ve skupině pacientů se stejnou diagnózou

12. Jak dlouhá konzultace by Vám vyhovovala

- 10 minut
- 15 minut
- 20 minut
- 30 minut
- více než 30 minut

13. Kolik konzultací by Vám vyhovovalo

- 1 konzultace
- 2 konzultace
- 3 a více konzultací

14. Uvítal (a) byste možnost vzniku informačního centra pro pacienty s artrózou

- ano, využil (a) bych ho
- ne, nevyužil (a) bych ho

- 15. Pokud jste v otázce č. 14 odpověděl (a) ano, uveďte prosím, zda byste byl (a) ochotný (á) za tuto službu platit**
- **ano, nevadilo by mi to**
 - **využil bych ji jen v případě, že by byla hrazená zdravotní pojišťovnou**

**PŘÍLOHA PII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ TEP
V KROMĚŘÍŽSKÉ NEMOCNICI A. S. 20013 - 2015**

Počet operací TEP provedených na ortopedickém oddělení Kroměřížské nemocnice a. s.

1. 1. – 31. 12. 2013

Poj.:	TEP kyčle	REVIZE kyčle	EXT. TEP kyčle	TEP kolena	REVIZE kolena	EXT. TEP kolena	Celkem
111	128	14	1	75	7	-	225
213	51	-	-	29	3	-	83
201	10	1	-	4	-	-	15
211	14	1	-	12	1	-	28
207	4	-	-	3	-	-	7
205	14	-	-	10	-	-	24
209	1	-	-	-	-	-	1
Celkem	222	16	1	133	11	-	383

Počet operací TEP provedených na ortopedickém oddělení Kroměřížské nemocnice a.
s

1. 1. – 31. 12. 2014

Poj.:	TEP kyčle	REVIZE kyčle	EXT. TEP kyčle	TEP kolena	REVIZE kolena	EXT. TEP kolena	Celkem
111	127	15	1	73	11	1	228
213	50	2	-	28	6	-	86
201	5	-	-	8	1	-	14
211	19	1	-	10	3	-	33
207	4	1	-	1	-	-	6
205	18	-	1	15	1	-	35
Celkem	223	19	2	135	22	1	402

Počet operací TEP provedených na ortopedickém oddělení Kroměřížské nemocnice a.
s

1. 1. – 31. 12. 2015

Poj.:	TEP kyčle	REVIZE kyčle	EXT. TEP kyčle	TEP kolena	REVIZE kolena	EXT. TEP kolena	Celkem
111	128	9	3	87	4	-	231
213	50	1	-	34	4	-	89
201	10	-	-	7	-	1	18
211	23	2	-	10	1	-	36
207	7	-	-	4	1	-	12
205	15	2	-	14	1	-	32
998	-	-	-	1	0	-	1
Celkem	233	14	3	157	11	1	419

PŘÍLOHA PIII: POČET OPERACÍ A REOPERACÍ V ČR 2003 - 2012

Rok	Primární implantace	Reimplantace
2003	5640	1025
2004	6902	1090
2005	9570	1289
2006	9458	1416
2007	9495	1452
2008	11558	1428
2009	11681	1354
2010	11867	1360
2011	12433	1488
2012	13130	1557
Celkem	101734	13459

PŘÍLOHA IV: HARMONY MEDICAL & WELLNESS



HARMONY Medical & Wellness: čekárna (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)



HARMONY Medical & Wellness: pracovna sestry (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)



HARMONY Medical & Wellness: pracovna fyzioterapeuta (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)



HARMONY Medical & Wellness: tělocvična (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)



HARMONY Medical & Wellness: whirlpool (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)



HARMONY Medical & Wellness: veranda (zdroj: Medical & Wellness © 2014 – 2015)



*Logo HARMONY Medical & Wellness (zdroj: Medical & Wellness Centrum Harmony ©
2014 – 2015)*