

# Projekt zkvalitnění zdravotní péče ve vybraném regionu

Jitka Mokrášová

---

Bakalářská práce  
2019

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta managementu a ekonomiky  
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva  
akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jitka Mokrášová**  
Osobní číslo: **M16287**  
Studijní program: **B6202 Hospodářská politika a správa**  
Studijní obor: **Veřejná správa a regionální rozvoj**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Projekt zkvalitnění zdravotní péče ve vybraném regionu**

Zásady pro vypracování:

### Úvod

Definujte cíle práce a použité metody zpracování práce.

#### I. Teoretická část

- Na základě dostupných literárních zdrojů popište teoretické poznatky o českém zdravotnictví a integrovaném regionálním operačním programu.

#### II. Praktická část

- Analyzujte demografický vývoj obyvatelstva na úrovni ČR a ve vybraném regionu.
- Analyzujte makroprostředí Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace.
- Vypracujte SWOT analýzu projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov.
- Popište dosavadní průběh projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov.
- Na základě provedených analýz a aktuálního stavu projektu navrhnete řešení pro další realizaci projektu a její dopady na kvalitu poskytované zdravotní péče v regionu.

### Závěr

Rozsah bakalářské práce: **cca 40 stran**  
Rozsah příloh:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2017. ISBN 978-80-246-3809-6.**  
**DOLEŽAL, Jan a Jiří KRÁTKÝ. Projektový management v praxi: naučte se řídit projekty!. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5693-6.**  
**FEUCHTWANGER, E. J. Bismarck: a political history. 2nd edition. New York: Routledge, 2014. ISBN 978-0415724784.**  
**FOLLAND, Sherman, Allen C GOODMAN a Miron STANO. The economics of health and health care. 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson, 2007. ISBN 978-0-13-277369-0.**  
**POREMSKÁ, Michaela. Veřejné zakázky stručně a prakticky. Praha: Wolters Kluwer, 2017. ISBN 978-80-7552-697-7.**

Vedoucí bakalářské práce: **JUDr. Libor Šnědar, Ph.D.**  
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva  
Datum zadání bakalářské práce: **14. prosince 2018**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2019**

Ve Zlíně dne 14. prosince 2018

L.S.

doc. Ing. David Tuček, Ph.D.  
*děkan*

RNDr. Pavel Bednář, Ph.D.  
*ředitel 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 dne 14. května 2019

Jméno a příjmení: Jitka Mokrášová

.....  
podpis diplomanta

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce je zaměřena na zkvalitnění poskytované zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, příspěvkové organizaci prostřednictvím projektu „Návazná péče v Nemocnici Kyjov“.

Práce je rozdělena do dvou částí, na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou vysvětleny a definovány pojmy jako zdraví a zdravotní politika. Je zde také popsán historický vývoj zdravotnictví v České republice, systémy financování zdravotní péče, organizace českého zdravotnictví a teorie integrovaného operačního programu se zaměřením právě na zdravotnictví.

V praktické části je provedena analýza demografického vývoje obyvatel v Jihomoravském kraji a v České republice. Je zde představena Nemocnice v Kyjově, a především je popsán projekt „Návazné péče“, s jehož využitím dochází k postupnému zkvalitnění poskytovaných zdravotních služeb v regionu.

Klíčová slova:

Zdraví, zdravotní péče, projekt, kvalita, financování

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis is focused on the improvement of the provided health care in the Kyjov hospital, the contributory organization through the project „Follow-up Care in the Kyjov Hospital“.

The thesis is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part, concepts such as health and health policy are explained and defined. There is also described the historical development of health care in the Czech Republic, health care financing systems, the Czech health care organization and the theory of the integrated operational program focused on Healthcare.

The practical part analyses the demographic development of the population in the South Moravian Region and in the Czech Republic. The Kyjov Hospital is a presented here, and a „Follow-up Care“ project is described, with the use of which gradually improves the quality of health services provided in the region.

Keywords:

Health, health care, project, quality, financing

Tímto děkuji vedoucímu mé bakalářské práce, JUDr. et Mgr. Liboru Šnédarovi, Ph.D., za spolupráci a vedení mé bakalářské práce a také za cenné rady a připomínky, které přispěly ke zpracování této práce.

Velké díky patří také mému příteli a synovi, kteří mi po celou dobu studia byli velkou oporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Motto:

*„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím“*

Halldan Mahler

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE</b> .....	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ POLITIKA</b> .....	<b>11</b>
1.1    DEFINICE ZDRAVÍ.....	11
1.2    ZDRAVOTNÍ POLITIKA.....	12
1.2.1    Úrovně zdravotní politiky.....	13
<b>2 VÝVOJ ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE</b> .....	<b>17</b>
2.1    STÁTNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.....	18
2.2    BISMARCKŮV MODEL SOCIÁLNÍHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	18
2.3    LIBERÁLNÍ MODEL ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	19
2.4    SOUČASNÝ MODEL VŠEOBECNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR.....	20
<b>3 ORGANIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>22</b>
3.1    POSKYTOVATELÉ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.....	22
3.2    SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	23
3.3    KVALITA ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ.....	24
3.4    ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH.....	28
3.5    NÁKLADOVOST A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	29
3.6    FINANČNÍ PLÁNOVÁNÍ.....	32
<b>4 INTEGROVANÝ REGIONÁLNÍ OPERAČNÍ PROGRAM</b> .....	<b>33</b>
4.1    KONCEPCE NÁVAZNÉ PÉČE.....	33
<b>5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI</b> .....	<b>36</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>37</b>
<b>6 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL</b> .....	<b>38</b>
6.1    ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL V ČR.....	38
6.2    ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL JMK.....	39
<b>7 NEMOCNICE KYJOV</b> .....	<b>40</b>
7.1    PRÁVNÍ FORMA ZŘÍZENÍ NEMOCNICE KYJOV.....	40
7.2    HISTORIE NEMOCNICE.....	40
7.3    SEZNAM ODBORNOSTÍ V NEMOCNICI KYJOV.....	42
7.4    NEMOCNICE KYJOV V ČÍSLECH.....	42
<b>8 ANALÝZA NEMOCNICE KYJOV, PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE</b> .....	<b>43</b>

8.1	ANALÝZA MAKROPROSTŘEDÍ NEMOCNICE KYJOV – PESTE ANALÝZA.....	43
8.1.1	Politické vlivy: .....	43
8.1.2	Ekonomické vlivy: .....	44
8.1.3	Sociální vlivy .....	45
8.1.4	Technologické vlivy.....	45
8.1.5	Ekologické vlivy .....	46
8.1.6	Shrnutí PESTE analýzy.....	46
8.2	ANALÝZA MIKROPROSTŘEDÍ .....	46
8.2.1	Společnost .....	47
8.2.2	Konkurence .....	47
8.2.3	Dodavatelé.....	48
8.2.4	Zákazníci .....	48
8.3	LŮŽKOVÝ FOND NEMOCNICE KYJOV.....	49
<b>9</b>	<b>IROP V NEMOCNICI KYJOV .....</b>	<b>50</b>
9.1	PROJEKT.....	51
9.2	SWOT ANALÝZA PROJEKTU .....	54
9.3	PROJEKT NÁVAZNÉ PÉČE V NEMOCNICI KYJOV.....	56
9.3.1	Výzva č. 31 Zvýšení kvality návazné péče .....	56
9.3.2	Důvody účasti na projektu .....	57
9.3.3	Příprava projektu před podáním žádosti .....	57
9.3.4	Seznam spolupracujících center specializované péče: .....	57
9.3.5	Žádost.....	58
9.3.6	Průběh .....	58
9.3.7	Etapizace projektu .....	59
9.3.8	Podmínky Ministerstva pro místní rozvoj ČR .....	60
9.3.9	Podklady pro hodnocení projektu .....	61
9.3.10	Cenová analýza trhu .....	64
9.3.11	Plán zdrojů financování.....	64
9.3.12	Povinnosti v době udržitelnosti projektu: .....	65
9.3.13	Významné změny v projektu .....	65
9.3.14	Aktuální stav .....	69
9.3.15	Návrh na dokončení projektu.....	71
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>72</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>75</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>80</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>82</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>84</b>



## ÚVOD

Zdravotnictví je jednou z nejdůležitějších vědních disciplín, která se velmi rychle rozvíjí a poskytovatelé zdravotnických služeb na tuto skutečnost musí pružně reagovat. Samotní pacienti mají v dnešní době moderních technologií dostatek informací o možnostech a způsobech poskytování zdravotnické péče, proto automaticky očekávají technologický pokrok a lepší péči i v menších zdravotnických zařízeních.

V bakalářské práci se věnuji projektu s názvem: „Návazná péče v Nemocnici Kyjov“. Ten probíhá pod záštitou operačního programu IROP, jenž si za hlavní cíl Průběžné výzvy č. 31: „Zvýšení kvality návazné péče“ klade rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotních služeb a péče o zdraví.

Projekt zkvalitnění zdravotní péče ve vybraném regionu jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem pracovala v nemocnici v Kyjově, kde právě takový projekt probíhá a měla jsem tu možnost být aktivním členem projektového týmu. Proto je mi téma velmi blízké a věřím, že právě tento projekt povede ke zkvalitnění zdravotní péče, která je 150 000 pacientům ve spádové oblasti Kyjovska poskytována.

V práci se budu zabývat procesem dotačního řízení a technologickou modernizací v tomto zdravotnickém zařízení, jež povedou ke zvýšení kvality poskytovaných zdravotních služeb v podporovaných oborech a metodách návazné péče dle Koncepce Ministerstva zdravotnictví ČR. Součástí tohoto projektu byly i nutné stavebně dispoziční úpravy spojené s instalací nové technologie.

Jelikož doposud neexistuje jednoznačná koncepční strategie Jihomoravského kraje v oblasti rozvoje zdravotnictví, která by řešila postupy a metody modernizace technologického vybavení ve svých zdravotnických zařízeních, je projekt Návazné péče pro Nemocnici Kyjov velmi významný.

Realizací tohoto projektu bude zajištěna modernizace a obnova přístrojového vybavení z finančních zdrojů Strukturálních fondů EU a státního rozpočtu ČR v celkovém finančním rozsahu 90 % celkových způsobilých výdajů. Vlastní zdroje Nemocnice Kyjov tak budou činit pouze 10 % ze schváleného dotačního rozpočtu projektu ve výši 98 989 333 Kč.

## CÍLE A METODY ZPRACOVÁNÍ PRÁCE

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zhodnocení aktuálního vývoje a návrh na dokončení probíhajícího projektu v rámci Integrovaného regionálního operačního programu a jeho dopady na celkovou kvalitu poskytované zdravotní péče v Nemocnici Kyjov, příspěvkové organizaci.

K posouzení současné situace a vyhodnocení dopadu tohoto projektu na kvalitu péče v regionu je důležitá analýza prostředí organizace. Ve své práci provedu analýzu makroprostředí i mikroprostředí Nemocnice Kyjov pro získání informací o jejích silných a slabých stránkách.

V teoretické části definuji pojmy jako jsou zdraví a zdravotní politika, také poukážu na historický vývoj zdravotnictví u nás a pro získání potřebných teoretických poznatků se budu zabývat organizací českého zdravotnictví, systémem financování zdravotní péče a integrovaným operačním programem se zaměřením na zdravotnictví. Ve své bakalářské práci využiji svých dosavadních poznatků, které jsem získala při práci v Nemocnici Kyjov, kde jsem byla členem projektového týmu v rámci uváděného projektu a také dostupných odborných zdrojů, které se týkají této problematiky.

V praktické části budu analyzovat demografický vývoj obyvatelstva na úrovni České republiky a Jihomoravského kraje a dopady změn v demografickém vývoji na oblast zdravotnictví. Praktická část bakalářské práce bude dále zaměřena na pracoviště Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace, její ekonomickou stránku a rozvoj.

V závěru této práce zhodnotím efektivnost dopadu projektu na kvalitu poskytované zdravotní péče, dodržení finančního harmonogramu projektu a navrhnou řešení, vedoucí k úspěšnému dokončení projektu v jeho poslední etapě.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ POLITIKA

## 1.1 Definice zdraví

**Zdraví** je dle definice Světové zdravotnické organizace WHO vyvážený stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady (Machová a kol., 2016, s. 10). Je jednou z nejdůležitějších hodnot každého člověka. Udržování dobrého zdraví či zlepšování zdravotního stavu není pouze v zájmu samotných pacientů, ale je v zájmu celé společnosti. Na základě kvality lidského zdraví se odráží také ekonomický a sociální vývoj obyvatelstva jak v nadnárodním, tak i národním, regionálním a jiných měřítcích.

Při tvorbě koncepce péče o zdraví definuje WHO tři úrovně. Jak uvádí Žďára (2018, s. 32), ovlivňuje zdravotní politika národní strategii péče o zdraví, kde jsou vykonávány aktivity pro naplnění národní zdravotní politiky. Národní zdravotní strategie zaznamenává činnosti, které slouží k dosažení určených cílů v této strategii a zdravotní program je sérií propojených činností zaměřených na definovaný cíl, v jehož důsledku dochází ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.



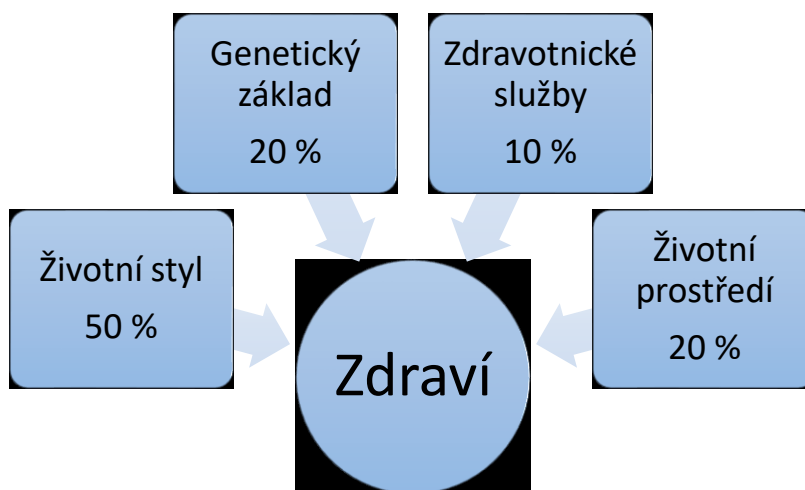
Obrázek 1 – Úrovně koncepcí péče o zdraví dle WHO (Žďára, 2018, s. 33), vlastní zpracování

Výchova ke zdraví je nedílnou součástí základního vzdělávání a promítá se do celého lidského života. Za naše zdraví neseme svou vlastní odpovědnost a je už na každém z nás, jak s ním naložíme.

Vůle pečovat a chránit si své zdraví ovšem není spojena pouze s chováním lidí, ale závisí také na mnoha jiných faktorech. Například na kultuře, ekonomické situaci a rozvoji lékařské vědy na daném území.

Značnou roli v tomto případě sehrávají i determinanty zdraví, které dle Machové a kol. (2016, s. 11) dělíme na vnitřní, tedy dědičné, které nemůžeme ovlivnit a zevní, které se dále dělí do tří základních skupin:

- *Životní styl*
- *Kvalita životního a pracovního prostředí*
- *Zdravotnické služby (jejich úroveň a kvalita zdravotní péče)*



Obrázek 2 – Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví (Machová a kol., 2016, s. 12), vlastní zpracování

Z výše uvedeného je patrné, že kvalita poskytované zdravotní péče není základním stavebním kamenem pro dobré zdraví lidstva. Je to především způsob, jakým žijeme, což dokazuje předchozí tvrzení, že náš zdravotní stav je ve vysoké míře odvozen od našeho životního stylu, který je v rukou každého z nás.

## 1.2 Zdravotní politika

*Zdravotní politika* je dle Ivanové a kol. (2013, s. 7) politické jednání s vlivem na zdraví skupin či národů a hodnotícím kritériem je zdravotní stav obyvatelstva. Úkolem zdravotní politiky není pouze chránit a zlepšovat zdravotní stav populace, ale také zabezpečuje

ekonomickou dostupnost péče o zdraví. Na všech úrovních zdravotní politiky nacházíme tento společný cíl, jímž je ochrana veřejného zdraví, který je taktéž zakotven v zákoně č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů, kde dle §2, odst. 3 je podporou veřejného zdraví *souhrn činností pomáhajících fyzickým osobám zachovat a zlepšovat své zdraví a zvyšovat kontrolu nad faktory ovlivňující zdraví. Zahrnuje činnosti k zajištění sociálních, ekonomických a environmentálních podmínek pro rozvoj individuálního i veřejného zdraví, zdravotního stavu a zdravého životního stylu (Zákon č. 258/2000 Sb.).*

### 1.2.1 Úrovně zdravotní politiky

#### Nadnárodní zdravotní politika

V případě nadnárodní zdravotní politiky hovoříme o vykonávání takové zdravotní politiky, která je platná a má dopady na více států, které se řídí stejnými postupy a mají dosahovat stejných předem stanovených cílů. Jako příklad uvádím zdravotní politiku Evropské unie, která doplňuje činnost jednotlivých členských států a podporuje jejich spolupráci.

Hlavními aktéry na této úrovni jsou WHO – Světová zdravotnická organizace, OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj a European Health Care Observatory.

#### Národní zdravotní politika

Národní zdravotní politika je vykonávána, jak už název napovídá, na území jednotlivých států. V případě ČR můžeme zmínit například program Zdraví 2020 – Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevenci nemocí. Jde zde o souhrn opatření pro rozvoj veřejného zdraví v České republice. Každý stát se v rámci své zdravotní politiky soustřeďuje na zdravotní péči o své občany, o její rozvoj a dostupnost.

Zdravotní stav obyvatelstva se neodráží pouze na jejich fyzické a duševní aktivitě, ale také ovlivňuje jejich postavení na trhu práce, vzdělání, životním stylu, sociálních kontaktech atd. Národní politiky jednotlivých států jsou velmi rozdílné. Ve vyspělých zemích je i zdravotní péče na vysoké úrovni, pacientům se dostává kvalitní péče, vykonávaná odbornými lékaři pomocí špičkového vybavení. V těchto zemích je dále možno více se soustředit na zdravý životní styl obyvatelstva, zatímco v rozvojových zemích je zdravotní politika zaměřena především na pouhou dostupnost zdravotnických služeb, která ještě bohužel není na celém světě pokryta dostatečně. Rozvojovým zemím chybí kapitál nejen v podobě financí, ale také lidské zdroje.

Aktéry národní zdravotní politiky v ČR jsou vláda, ministerstva a Parlament ČR, kteří tvoří národní programy a strategie pomocí legislativy, státní správy a státního rozpočtu.

Dle Ivanové a kol. (2013, s. 60), patří mezi hlavními úkoly národní zdravotní politiky:

- Stanovení cílů sociální a veřejné politiky
- Stanovení předmětných cílů zdravotnické politiky
- Vytvoření zdravotnické legislativy
- Stanovení principů financování zdravotnické péče
- Plánování zdravotnické péče podle stanovených cílů
- Profesní kvalifikace zdravotnických pracovníků
- Vytvoření a hodnocení standardů kvality
- Stanovení priorit preventivních opatření

### **Regionální zdravotní politika**

Regionální zdravotní politikou rozumíme taková opatření a chování regionů, která přispívají ke zlepšení zdravotního stavu obyvatel daného regionu. Zabývá se především dostupností a kvalitou zdravotní péče, snaží se o to, aby pro občany byla zajištěna možnost zlepšovat svůj zdravotní stav, podporuje zdravý životní styl, tím předchází jakýmkoliv negativním jevům, které omezují nebo ohrožují jejich život, sociální nebo ekonomické začlenění. Úkoly regionální zdravotní politiky jsou dle Ivanové a kol. (2013, s. 60) tyto:

- Konkretizace legislativy (tzv. předpisy)
- Hodnocení dopadů zdravotnické péče na zdraví obyvatel
- Rozhodování o investicích
- Řešení dostupnosti zdravotnické péče
- Konkrétní podpora zdraví
- Vytvoření regionálních plánů zdravotní politiky
- Registrace zdravotnických zařízení
- Vyjednávání s centrálními orgány (zejména s MZČR)
- Zajištění kvality ve zdravotnických zařízeních regionu

### **Lokální zdravotní politika**

Na lokální úroveň zdravotní politiky můžeme zařadit nejnižší složky tohoto systému. Patří sem obce, které budují zdravotní střediska, organizace, jež pomáhají lidem se zdravotními problémy, ale patří sem i rodiny a jednotlivci. Mezi úkoly lokální zdravotní politiky patří:

- Poskytování zdravotnické péče v konkrétních zdravotnických zařízeních
- Integrace potřebných typů zdravotnické péče
- Konkrétní investice a dohled nad nimi
- Vytvoření plánů péče o pacienty
- Vytvoření plánů rozvoje konkrétních zdravotnických zařízení
- Přijímání a propouštění zaměstnanců
- Školení a vzdělávání zaměstnanců
- Vyjednávání s regionálními orgány zdravotnické péče (ale i jinými)
- Vyřizování stížností

### **Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017**

Ve čtvrté, programové části dokumentu Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017, který se soustřeďuje na celkové zlepšení kvality života v Jihomoravském regionu, je zahrnuta i oblast zdravotnictví.

V tomto dokumentu jsou uvedeny i následující cíle zaměřené na oblast zdravotnictví:

Tabulka 1 – Globální a specifický cíl (Databáze Strategii: Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017, Část 4. Programová část, 2014, s. 5.), vlastní zpracování

<b>Globální cíl</b>	<b>Specifický cíl</b>
Zkvalitněním poskytovaných veřejných služeb vytvořit podmínky pro rozvoj všech skupin obyvatel a zvýšit atraktivitu území pro návštěvníky i investory	Zajistit kvalitní, dostupné a individuálním potřebám odpovídající sociální služby a zdravotní péči a další služby pro všechny cílové skupiny vedoucí ke snižování rizika sociálního vyloučení a vyloučení z trhu práce u ohrožených cílových skupin a k zlepšování zdravotního stavu obyvatel

Tento globální a specifický cíl se zaměřením na oblast zdravotnictví, je dále rozveden v programových prioritách a opatřeních.



**Priorita 3: Atraktivní region pro obyvatele, návštěvníky i investory**

- 
- a. Zachování kvality a dostupnosti veřejných služeb v sociální oblasti
  - b. Zlepšování zdravotního stavu obyvatel**
  - c. Rozvoj kvality vzdělávání
  - d. Zajištění kvalitní veřejné správy
  - e. Posilování bezpečnosti
  - f. Zvyšování kvality životního prostředí, udržitelný rozvoj území
  - g. Atraktivita kraje pro cestovní ruch
  - h. Kultura, sport a volný čas
  - i. Kvalita a dostupná technická infrastruktura

Obrázek 3 – Priorita 3: Atraktivní region pro obyvatele, návštěvníky i investory (Databáze Strategii: Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017, Část 4. Programová část, 2014, s. 7), vlastní zpracování

Výše uvedené opatření 3.b – Zlepšování zdravotního stavu obyvatel, zaznamenává tyto aktivity:

- Posilování kvality a dostupnosti zdravotnických služeb
- Modernizace technického vybavení zdravotnických zařízení
- Optimalizace lůžkových kapacit v JMK odpovídajících aktuálním potřebám
- Podpora aktivit pro zlepšování zdravotního stavu obyvatel
- Vypracování funkčního systému ukazatelů
- Vypracování systému motivaci pro péči občanů o své zdraví, posílení role občanů a vytváření podmínek pro růst jejich osobní zodpovědnosti za zdraví (Databáze Strategii, Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017, 2014, s. 55 – 57).

## 2 VÝVOJ ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Zdravotnictví v České republice má kořeny již v dávné minulosti. Jak uvádí Kazimour (2016, s. 17 – 18), první nemocnice byla na území dnešního státu, a to konkrétně v Praze, zřízena kolem roku 1100. Nebyla taková, jaké známe dnes, tato byla zřízena pouze pro 12 nemocných a nesloužila primárně obyvatelům země nebo města, ale byla vybudována především pro projíždějící kupce. V okolí této nemocnice vznikla v roce 1135 nejstarší česká lékárna. Další nemocnice byly budovány v Českých zemích až ve 13. století. Vývoj lékařství významně provázely politické a církevní problémy. Lidé měli velký zájem o lékařské vzdělání, ovšem měli velmi málo možností. Do poloviny 14. století byly pouze školy farní, které poskytovaly vzdělání velmi omezené. Vysoké učení se podařilo vybudovat až 7. dubna 1348 Karlu IV., kterému papež v roce 1347 povolil zřízení univerzity a kterou Karel IV. zároveň pojmenoval svým jménem (Kazimour, 2016, s. 39 – 40). Zpočátku zde přednášeli pouze dva lékaři. Univerzita ale byla zbavena práv a svobod v roce 1417 a tím došlo k ukončení činnosti univerzity téměř na 200 let. Vlivem odchodu lékařů a studentů do zahraničí byly v tomto odvětví velké nedostatky kvalifikovaných pracovních sil, proto se o pacienty staraly pouze řádové sestry v kláštorech, které sloužily jako nemocnice.

K velkému pokroku ve zdravotnictví došlo v průběhu 18. století, kdy pražský fyzik Med. Dr. Ignác Radnický v roce 1768 poprvé očkoval 60 dětí proti neštovicím. Začala se zřizovat pohyblivá pracoviště lékařů, kam přicházela se svými zdravotními problémy široká veřejnost. Tato stanoviště vnímáme jako dnešní záchrannou službu, jejíž vznik se datuje od roku 1798, v té době jako *Humanitní společnost pro záchranu zdánlivě mrtvých a v náhlém nebezpečí smrti se ocitnuvších* (Kazimour, 2016, s. 118).

Důležitým milníkem v historii zdravotnictví bylo 19. století, kdy byly přijaty významné zákony, například zákon z roku 1887 o povinném úrazovém pojištění, který se dle Kazimoura (2016, s. 153) zpočátku vztahoval pouze na dělníky s vysokým rizikem úrazu, později i na jejich rodinné příslušníky. K pokroku přispěl i technologický vynález paprsků X C. Röntgena. V tomto období již vypukl proces industrializace v rámci průmyslové revoluce, který byl spojený s výrazným ekonomickým a technickým rozvojem i ve zdravotnictví. Vynálezy této doby začaly usnadňovat lidem život a zlepšovaly jeho kvalitu.

Veřejné zdraví je od nepaměti v zájmu všech. Pro uchování a zlepšování veřejného zdraví bylo vždy nutno dodržovat specifická pravidla a postupy, které se vyvíjejí postupně až do dnešní podoby. Především jde o zdravotní dostupnost lidem ze všech ekonomických vrstev

bez ohledu na jejich platební schopnost. Zdravotní péče má být poskytována všem bez rozdílů, čímž bude potlačena i nemocnost a úmrtnost obyvatelstva. Dle Čeledové a kol. (2017, s. 13) význam veřejného zdravotnictví narůstá, a to z důvodu, že zdraví obyvatel není pouze v zájmu sociálních skupin, ale má globální význam pro celosvětový udržitelný rozvoj. V rámci tohoto vývoje vznikly následující typy systémů financování zdravotní péče.

## 2.1 Státní zdravotnictví

### Beveridgeův model financování zdravotnictví

Jak uvádí Čeledová a kol. (2017, s. 140), je tento model Národní zdravotní služby financován ze všeobecných daní. Byl vypracován na základě zkušeností ze Švédska, kde fungoval ve 30. letech 20. století. Základní myšlenkou při jeho prosazování bylo poskytování zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních a u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotních služeb s různou vlastnickou formou. Zdravotní péče měla být zajištěna všem bez ohledu na jejich ekonomickou situaci. Všechny nemocnice měly být součástí národní zdravotní služby a mimo tyto státní organizace stojí ambulance některých praktických lékařů, stomatologů a lékární, které měly mít pouze doplňkový charakter. Ambulance měly sloužit jako ordinace pro bohaté, kteří si zdravotnické výkony hradí sami, případně doplňovat činnost nemocnic v případě jejich nedostatečné flexibility.

### Semaškův model financování zdravotnictví

Semaškův model byl prosazován v bývalých socialistických státech. Kořeny měl v Beveridgeově modelu, ovšem s tím rozdílem, že veškerá zdravotní péče, jak její poskytování, tak i financování spadaly pouze pod státní správu. Soukromí poskytovatelé zdravotních služeb byli nepřipustní (Čeledová a kol., 2017, s. 141).

## 2.2 Bismarckův model sociálního zdravotního pojištění

Tento model financování zdravotní péče, jak už název napovídá, je založen na povinném odvádění zdravotního pojištění do státní pokladny. Zakladatelem byl na konci 19. století německý kancléř Otto von Bismarck, který tento model prosazoval a zaváděl Německu. Zpočátku byl odsuzován, protože odpůrci zastávali tvrzení, že povinné pojištění znamená omezování svobody lidí (Feuchtwanger, 2014, s. 221). Předpokladem pro fungování tohoto systému je povinné odvádění příspěvků do fondů zdravotních pojišťoven, které už nemají být soukromé, ale státní a následné čerpání příspěvků na zdravotní péči. Výhodou tohoto

systemu je, že občané odvádějí částku na zdravotní pojištění vymezenou podle jejich platu, nikoliv na základě jejich zdravotního stavu a zdravotní péči čerpají podle potřeby. V tomto systému financování zdravotní péče nehraje roli pouze zaměstnanec, ale na zdravotní pojištění přispívá i zaměstnavatel a za vymezené skupiny obyvatel odvádí tuto daň stát. Jsou to například ženy na mateřské a rodičovské dovolené, děti, studenti, důchodci aj.

Tento model u nás funguje od roku 1918, kdy jej nově vzniklá Československá republika převzala od tehdejšího Rakouska-Uherska. Je také zaveden například v Německu, Rakousku, Francii, Belgii nebo na Slovensku.

### 2.3 Liberální model zdravotní péče

Jak uvádí Čeledová a kol. (2017, s. 142), liberální model zdravotní péče vychází z předpokladu, že zdraví každého člověka je pouze jeho záležitostí. Poskytování zdravotních služeb není v zájmu státu, ale je chápáno jako služba, která podléhá zákonitostem tržní ekonomiky. Mezi pacientem a lékařem je vztah jako mezi zákazníkem a podnikatelem, který za poplatek nabízí své služby. Zdravotní pojištění je v tomto modelu ryze soukromé, ovšem z části na něj přispívají i zaměstnavatelé. Stát toto pojištění nenabízí, pouze jej koordinuje a reguluje.

Tabulka 2 – Základní modely statutárního zdravotního pojištění a jejich výhody a nevýhody (Čeledová a kol., 2017, s. 144)

	<b>Bismarckův model</b>	<b>Beveridgeův model</b>	<b>Liberální model</b>
<b>Financování</b>	Příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	Daně, státní nebo municipální rozpočet	Pojistné privátního pojištění
<b>Výhody</b>	Všeobecná dostupnost zdravotní péče, rovný přístup; vysoká kvalita péče; svobodný výběr a pluralita poskytovatelů zdravotní péče; výrazná decentralizace, povinnost zdravotní pojišťovny občana pojistit, přiměřená pozornost preventivní péči a provázanost zdravotních služeb	Garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem; rovnost v přístupu k péči; úspornost, nižší celkové náklady; menší administrativní zatížení lékařů; snadnější makroekonomická regulace; přiměřená pozornost preventivní péči a provázanost zdravotních služeb	Vysoká kvalita péče (za podmínky dostatečného rozsahu pojistky); více peněz pro vědu a medicínský výzkum, rychlé uplatňování nových technologií a výsledků výzkumu v praxi; sledování kvality péče, tlak na její zvyšování; vysoké příjmy lékařů
<b>Nevýhody</b>	Vysoká cena péče (cca 10 % HDP), vysoké administrativní náklady na provoz pojišťoven; vliv hospodaření pojišťoven na poskytování zdravotní péče; složitost vztahů pacient – poskytovatel zdravotní péče – pojišťovna.	Nedostatek finančních prostředků na investiční činnost; dlouhé čekací doby na ambulantní specializované služby a drahé výkony; omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení; různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů; nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví	Sociální nerovnost a nedostatečná dostupnost zdravotní péče (17 % Američanů nemá zdravotní pojištění); „podpojištění“ – jenom částečné pojištění, které v praxi nestačí na krytí nezbytné péče (střední třída); nákladnost a vysoká cena (v USA jsou více než 17 % HDP); poskytování nadbytečné péče lidem se sjednaným pojištěním; soudní spory; vysoké administrativní náklady; závažná nemoc vnímána jako ekonomické ohrožení jednotlivce i rodiny, je to nejčastější příčina osobních bankrotů.

## 2.4 Současný model všeobecného zdravotního pojištění v ČR

V České republice, jak už jsem zmínila výše, platí Bismarckův model všeobecného zdravotního pojištění, který je pozměněn a upraven dnešní době. Je tedy založen na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění ve výši dle jeho příjmů. Všechna veřejná zařízení poskytující zdravotní péči jsou smluvně vázána se zdravotními pojišťovnami a svým pacientům poskytují péči bez přímé úhrady. Některá zařízení jsou v našem systému soukromá, například některé nemocnice či ambulance, a ty poskytují zdravotní péči za přímou úhradu pacienta (Čeledová a kol., 2017, s. 142).

### Zdravotní pojišťovny v České republice

Na území České republiky dnes působí 7 zdravotních pojišťoven.

111 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

201 Vojenská zdravotní pojišťovna

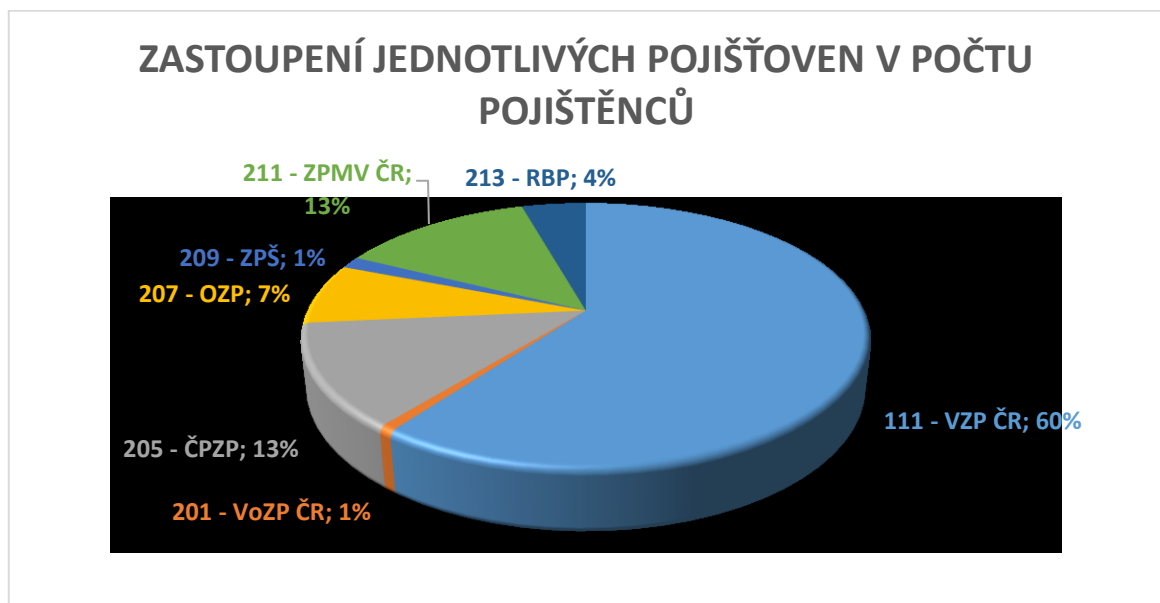
205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

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



Obrázek 4 - Zastoupení jednotlivých pojišťoven v počtu pojištěnců (Platforma zdravotních pojištěnců ČR, 2017, s. 9), vlastní zpracování

Plátcí zdravotního pojištění jsou dle zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, tyto subjekty:

- zaměstnanci,
- zaměstnavatelé,
- osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ),
- stát,
- osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP)

Osoby bez zdanitelných příjmů jsou takové, které mají trvalý pobyt na území ČR, ovšem zdravotní pojištění za ně neplatí stát, platba pojištění je jejich vlastní povinností. Mezi tyto občany patří například nezaměstnané osoby bez evidence na úřadu práce.

Výše pojistného na zdravotní pojištění je dána koeficientem 13,5 % pro zaměstnance, kdy 4,5 % z měsíční hrubé mzdy odvádí zaměstnanec a zbylých 9 % za něj platí zaměstnavatel. Za státní pojištěnce, jako jsou děti, důchodci, nezaměstnaní vedení na úřadu práce, matky na rodičovské dovolené aj. platí tuto částku stát. Dle Čeledové a kol. (2017, s. 142) výše pojistného za státní pojištěnce vychází z rozhodnutí vlády. Východiskem pro tuto částku je stanovení průměrného vyměřovacího základu vynásobeného koeficientem, přičemž výsledek tvoří výši zdravotního pojištění na jednoho státního pojištěnce. Pro rok 2019 byla tato částka vypočítána z vyměřovacího základu 7 540 Kč na pojistné ve výši 1018 Kč měsíčně. Tuto částku můžeme chápat jako dotaci státu do všeobecného zdravotního pojištění.

Existenci soukromého zdravotního pojištění v ČR nenajdeme, pouze si můžeme za nadstandardní služby a péči připlatit na soukromých klinikách či ambulancích.

### 3 ORGANIZACE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

Řídicím orgánem českého zdravotnictví je Ministerstvo zdravotnictví České republiky v čele s ministrem. Ministerstvo zdravotnictví nakládá s finančními prostředky pro vykonávání svojí funkce, tyto výdaje jsou ovšem kontrolovány Ministerstvem financí České republiky.

Jak dále uvádí Žďára, (2018, s. 48) je Ministerstvo zdravotnictví dozorčím orgánem nad lékařskou, stomatologickou a farmaceutickou komorou a je také kontrolním orgánem a zřizovatelem:

- Fakultních nemocnic,
- Hygienických stanic,
- Zdravotních ústavů,
- Odborných léčebných ústavů

#### 3.1 Poskytovatelé zdravotních služeb

Poskytovatelem zdravotních služeb může být dle § 2, zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb. Poskytovaná zdravotní péče se dělí na péči:

- Ambulantní – péče, která nevyžaduje hospitalizaci pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.
- Jednodenní – péče, při jejímž poskytnutí je vyžadován pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, avšak musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní.
- Lůžkovou – péče, která nelze poskytnout ambulantně, pro její poskytnutí je nutná hospitalizace pacienta. Tato péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.
- Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta – do této formy poskytované zdravotní péče patří návštěvní služba, domácí ošetrovatelská, rehabilitační nebo paliativní péče, jejíž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k její provedení ve zdravotnickém zařízení (Zákon č. 372/2011 Sb.).

### 3.2 Síť zdravotnických zařízení

- **Fakultní nemocnice**

Fakultní nemocnice, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, jsou zdravotnická zařízení lůžkové péče, která nad rámec své primární zdravotní péče poskytují také výukovou činnost pro lékařské a farmaceutické fakulty. Ve fakultních nemocnicích pacienti také využívají velmi kvalitních a specializovaných služeb přímo v ambulancích.

- **Nemocnice akutní péče**

Nemocnice akutní péče poskytují stejně jako nemocnice fakultní péči ambulantní i lůžkovou a navíc zde pacienti užívají i péče následné, a to ve vysoce specializovaných oborech.

- **Nemocnice následné péče**

Nemocnice následné péče, jak už název napovídá, jsou zdravotnická zařízení, poskytující především ambulantní péči a lůžkovou ošetrovatelskou a doléčovací péči, která navazuje na předchozí léčbu, kterou pacient využil v jiném zařízení (Čeledová a Čevela, 2010, s. 103).

- **Léčebny pro dlouhodobě nemocné**

Dle Čeledové a Čevely (2010, s. 103) se jedná o odborné léčebné ústavy lůžkové péče, které poskytují dlouhodobě nemocným pacientům specializovanou lůžkovou péči, zaměřenou na péči ošetrovatelskou a rehabilitační.

- **Psychiatrické léčebny**

Psychiatrické léčebny jsou zdravotnická zařízení, která poskytují dlouhodobou lůžkovou péči pacientům s psychickými poruchami. V těchto zařízeních je možno využít i služeb ambulantních, psychoterapeutických a také specializované diagnostické či léčebné péče.

- **Léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí**

Jak uvádí Čeledová a Čevela (2010, s. 103), poskytují tyto odborné léčebné ústavy pouze lůžkovou péči, a to pro pacienty, jejichž onemocnění plicními, mimoplicními a respiračními chorobami tuto dlouhodobou lůžkovou péči přímo vyžaduje.

- **Rehabilitační ústavy**

Rehabilitační ústavy jsou zřizovány pro poskytování dlouhodobé zdravotní péče pro pacienty s poruchami hybnosti. Neposkytují péči ambulantní.



- **Ostatní odborné léčebné ústavy**

Dle Čeledové a Čevely (2010, s. 103) jsou tato lůžková zařízení úzce specializovaná na konkrétní lékařské obory, které svým pacientům nabízejí. Například ústav chirurgie ruky, oční léčebny.

- **Ozdravovny**

Služeb ozdravoven využívají především dětští pacienti se zdravotním omezením, kteří za lékařského dozoru navštěvují tato zařízení, která jim pomáhají při rekonvalescenci s využitím klimatických podmínek a dodržováním potřebné životosprávy.

- **Hospice**

Hospice jsou poslední možností poskytování zdravotní péče. Jsou zřizovány pro pacienty, u kterých byly vyčerpány všechny léčebné možnosti pro zlepšení jejich zdravotního stavu. Účelem péče je tedy pouze zmírnění utrpení pacienta a jak uvádí Čeledová a Čevela (2010, s. 103), vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt.

### 3.3 Kvalita českého zdravotnictví

Kvalita poskytované zdravotní péče je velmi široký a obtížně definovatelný pojem, a to především z hlediska subjektivního pojetí kvality přijímané zdravotní péče pacienty. Existují tvrzení, která kvalitu zdravotní péče definují v obecné rovině. Například WHO uvádí, že kvalita zdravotní péče je „*souhrnem výsledků dosažených v prevenci, diagnostice a léčbě, určených potřebami obyvatelstva na základě lékařských věd a praxe*“ (Žďára, 2018, s. 52), či „*stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technologického vývoje.*“ (Bednařík, 2018, s. 6).

Kvalitní zdravotní péče musí splňovat tyto náležitosti:

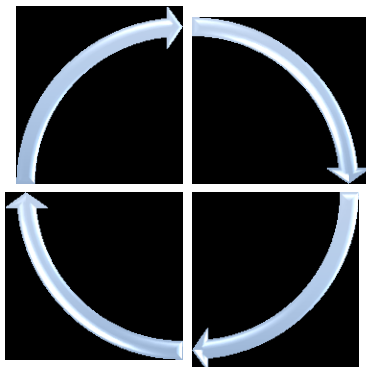
- dostupnost,
- účinnost,
- přiměřenost ke stavu pacienta,
- soustavnost a návaznost,
- bezpečnost,
- zaměřenost na pacienta,
- ekonomickou efektivnost vyplývající ze souladu ekonomické a medicínské racionality.

Kvalita zdravotní péče není posuzována pouze kvalitou práce jednotlivých pracovníků, lékařů a jiného zdravotnického personálu, ale také kvalitou celku, tedy systémem poskytování zdravotní péče.

Tato kvalita podléhá normám, řízení a kontrole kvality ve zdravotnictví. Jak uvádí Žďára (2018, s. 61), existují v dnešní době čtyři základní modely zaměřeny na kontrolu kvality péče ve zdravotnictví:

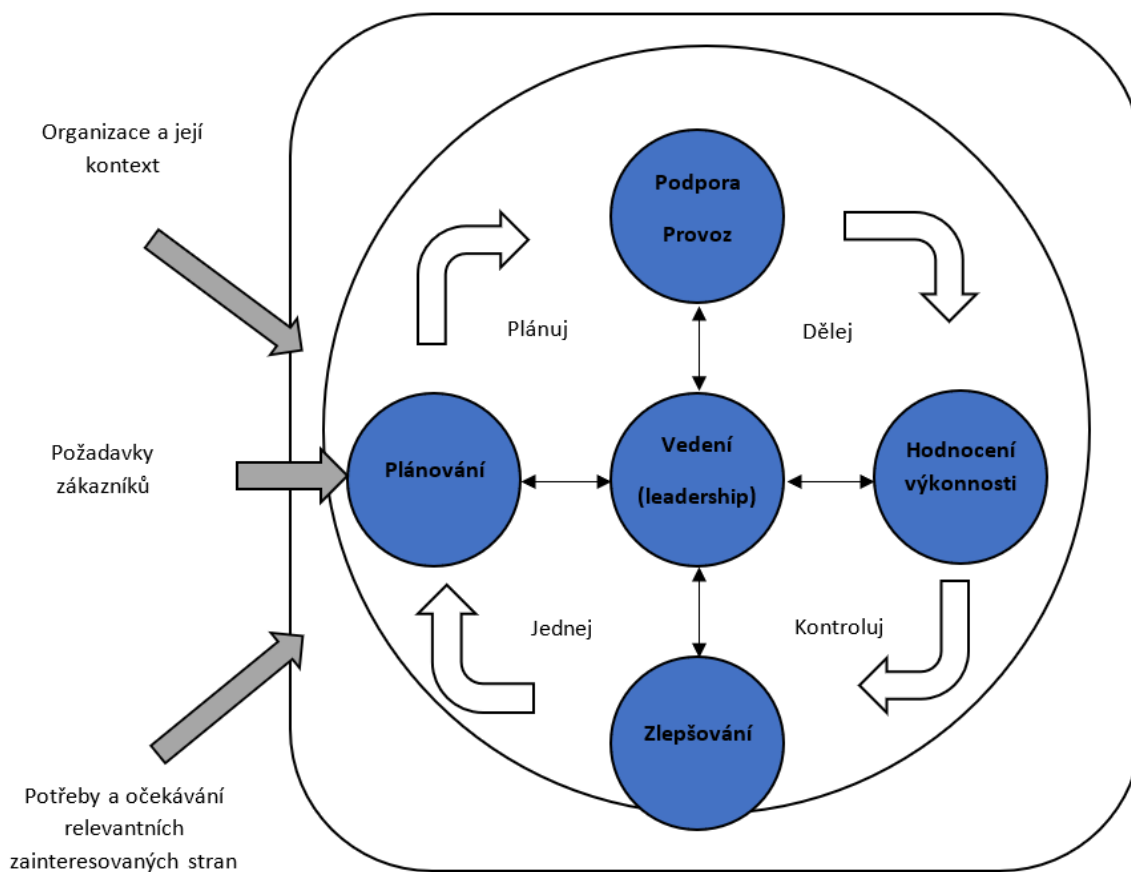
- modely systémů řízení kvality (ISO normy, EFQM model),
- modely akreditačních standardů (JCIA, SAK ČR),
- modely definující proces tvorby národních akreditačních standardů, zaměřených na pacienta,
- modely excelence – ceny za kvalitu (Baldrige, Six Sigma a další).

Nejpoužívanější je u nás model systémů řízení dle norem ISO. Jak uvádí Bednařík (2018, s. 8), jsou to systémové normy, rozdělené do jednotlivých oblastí dle svého zaměření, které nabízejí využití ve všech oblastech bez ohledu na velikost organizace a složitost jednotlivých procesů. Tyto normy jsou orientovány tak, aby zabezpečovaly neustálé zlepšování aktuální situace v oblasti kvality. Zde je využívána metoda Demingova PDCA cyklu (**P**lan – **D**o – **C**heck – **A**ct, tedy Plánuj – Proved' – Ověř – Jednej), která při neustálém opakování vede k postupnému a trvalému zlepšování kvality poskytovaných služeb.



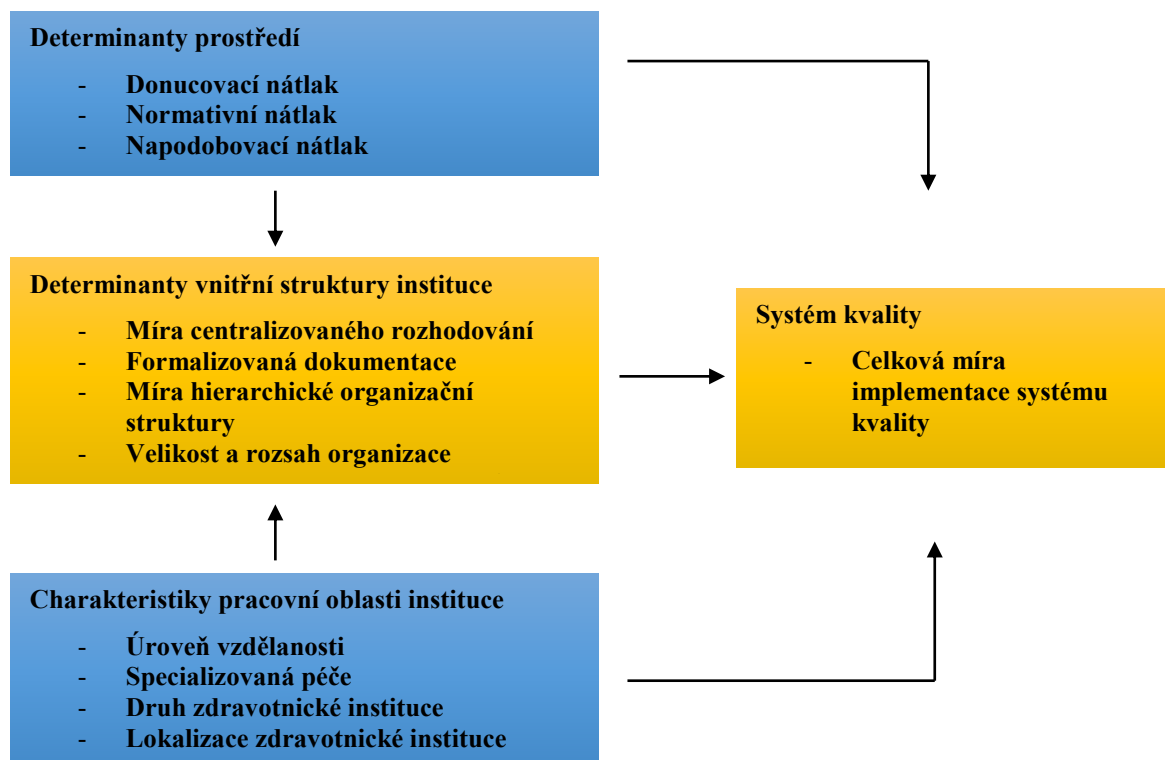
Obrázek 5 – Demingův cyklus, vlastní zpracování

Tento cyklus může být použit v jakkoli zaměřené organizaci. Při pohledu na kvalitu poskytované zdravotní péče vypadá model PDCA dle Bednaříka (2018, s. 32) takto:



Obrázek 6 – Model PDCA v pohledu na kvalitu poskytované zdravotnické péče (Bednařík, 2018, s. 32), vlastní zpracování  
Důraz je kladen především na zvyšování kvality zdravotní péče, k čemuž slouží následující dílčí kroky:

- stanovení cílů,
- definici kritérií a standardů,
- určení standardizovaných metod pro měření indikátorů a kritérií,
- institucionalizaci a stanovení programů,
- zajišťování kvality na různých úrovních,
- monitorování kritérií (sběr a analýza dat),
- plánování a implementaci intervencí k řešení problému,
- vyhodnocení výsledku.



Obrázek 7 - Determinanty kvality (Žďára, 2018, s. 66), vlastní zpracování

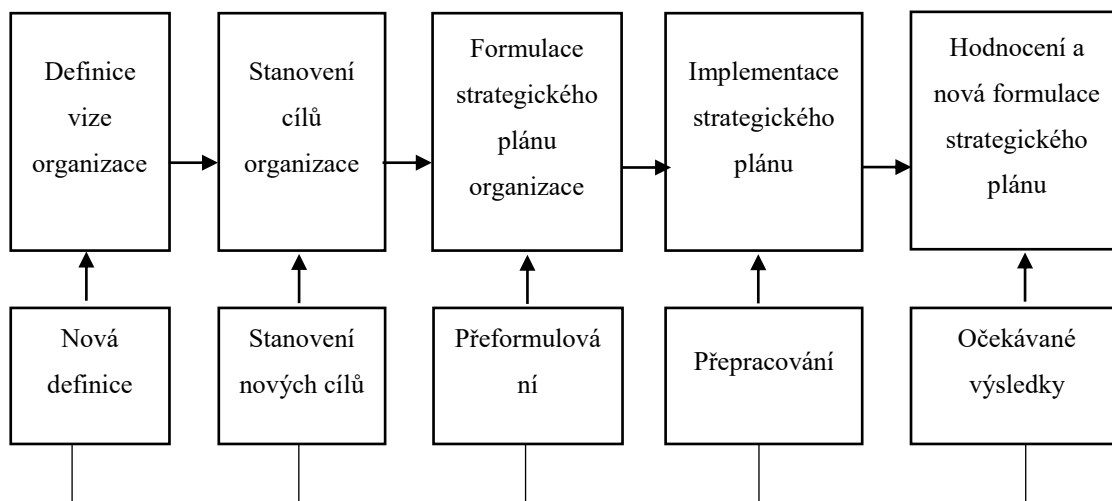
Pro zlepšování kvality zdravotnické a ošetrovatelské péče je nezbytný proces plánování.

Jak uvádí Jarošová a Plevová (2013, s. 29, 31), probíhá toto plánování na všech úrovních managementu. Nejedná se pouze o krátkodobé plány, ale především o naplňování střednědobých a dlouhodobých cílů. Mezi tyto dlouhodobé cíle řadíme otázky, na co se bude organizace či zařízení v budoucnosti koncentrovat, jaké služby bude dále poskytovat a jaké služby organizace hodlá rozšířit či naopak omezit.

Proces plánování dělíme na:

1. Strategické plánování – dlouhodobé plány, zahrnující otázky dlouhodobé specializace zdravotnického zařízení, výčet poskytovaných zdravotnických služeb.
2. Taktické plánování – způsoby dosahování dlouhodobých cílů na nižších úrovních řízení.
3. Operační plánování – konkrétní postupy v denním provozu při uplatňování strategií vytčených při strategickém plánování.

Nejdůležitější složkou procesu je plánování strategické, s jehož pomocí organizace plánuje svoji budoucnost a snaží se o zajištění životaschopnosti při změnách vnějšího prostředí.



Obrázek 8 – Komponenty strategického plánování (Jarošová a Plevová, 2013, s. 30), vlastní zpracování

Součástí kvality poskytované zdravotní péče je také technologické vybavení jednotlivých zařízení. Rychlé tempo technologických změn v tomto odvětví ovšem vyvolává ekonomické otázky nad dopady těchto změn. Technologická změna může snížit náklady, pokud zvyšuje produktivitu zdrojů zdravotní péče. Může ale také náklady zvýšit, pokud zlepšuje kvalitu nebo zavádí nové a nákladnější postupy. Vzhledem k tomu, že tyto změny často náklady spíše zvyšují, je zlepšující se technologie významným přispěvatelem k inflaci ve zdravotnictví (Folland et al., 2013, s. 121).

### 3.4 Zákon o zdravotních službách

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

Druhy zdravotní péče se dle § 5 zákona č. 372/2001 Sb. dělí na:

- **neodkladnou péči** – zamezení nebo omezení vzniku náhlých stavů, které ohrožují život nebo mohou vést k náhlé smrti či vážnému ohrožení zdraví pacienta,
- **akutní péči** – odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu,

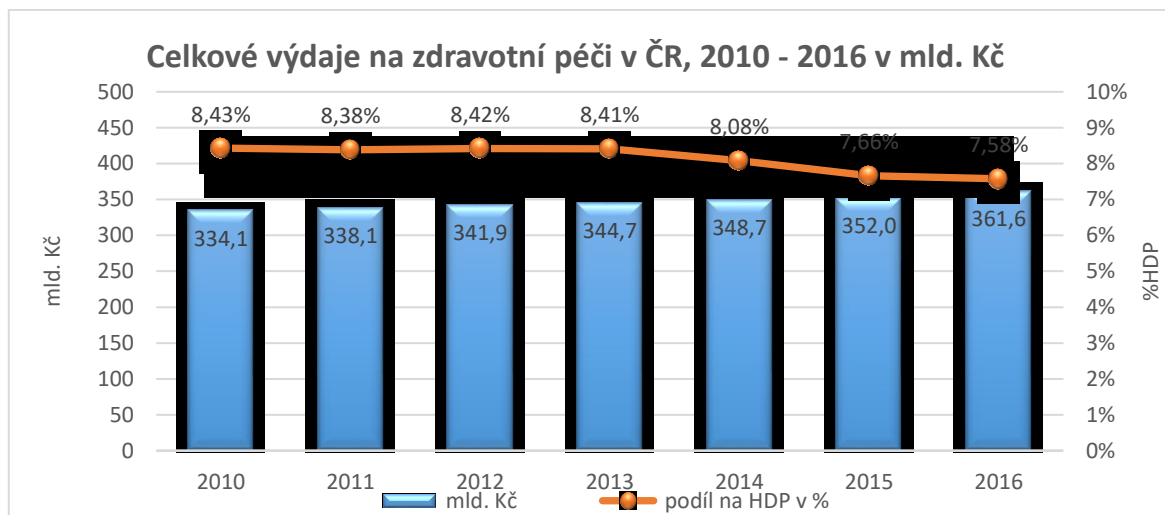
- *nezbytnou péči* – péče o zahraničního pacienta, jehož zdravotní stav vyžaduje okamžitou zdravotní pomoc,
- *plánovanou péči*

Podle účelu poskytování se zdravotní péče dále dělí na:

- *preventivní péči* – včasné odhalení možného vzniku nemoci nebo zhoršení zdravotního stavu,
- *diagnostickou péči* – zjišťování zdravotního stavu pacienta,
- *dispenzární péči* – dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu,
- *léčebnou péči* – zajištění zlepšení zdravotního stavu pacienta, trpícího diagnostikovanou chorobou,
- *posudkovou péči* – zjišťování, zda pacient nebude ohrožen na svém zdraví při výkonu povolání,
- *léčebně rehabilitační péči* – obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta,
- *ošetřovatelskou péči* – udržení podpora a navrácení zdraví pacienta,
- *paliativní péči* – zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, jenž trpí nevléčitelnou nemocí,
- *lékárenskou a klinickofarmaceutickou péči* – zajišťování, příprava, uchování, kontrola a výdej léčiv.

### 3.5 Nákladovost a financování zdravotní péče

Výdaje na zdravotní péči v ČR meziročně vzrůstají, což dokazuje i níže uvedený graf. V roce 2016 činily tyto výdaje 361,6 mld. Kč, což představuje 7,58 % podíl na HDP v České republice. Nerostou ovšem pouze výdaje ze státního rozpočtu, ale také výdaje zdravotních pojišťoven a ve velké míře se na financování zdravotnictví podílejí také samotní pacienti.



Obrázek 9 – Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR, 2010 – 2016 (mld. Kč; podíl na HDP), (Česká republika: Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, 2018), vlastní zpracování

Jak znázorňuje toto grafické zobrazení, meziroční podíl na HDP klesá. Znamená to tedy, že výdaje na zdravotní péči rostou pomaleji, než roste ekonomika České republiky.

V rámci výdajů na zdravotní péči je sledován i ukazatel výdajů na jednoho obyvatele. V období mezi lety 2010 a 2016 došlo k nárůstu o 7,8 %, tedy z 31 767 Kč v roce 2010 na 34 230 Kč v roce 2016.

Dle zdrojů financování se výdaje na zdravotní péči dělí na:

- veřejné zdroje,
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností,
- přímé platby domácností

Tabulka 3 - Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování, 2010–2016 (mil. Kč), (Česká republika: Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, 2018), vlastní zpracování

Ukazatel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Veřejné zdroje celkem</b>	<b>282 166</b>	<b>284 847</b>	<b>288 564</b>	<b>292 053</b>	<b>291 572</b>	<b>293 359</b>	<b>300 210</b>
veřejné zdravotní pojištění	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 460	237 700
státní rozpočet	45 187	44 582	44 638	47 499	50 721	52 622	55 895
krajské a obecní rozpočty	5 091	5 928	5 998	6 200	6 250	6 277	6 614
<b>Soukromé zdroje celkem</b>	<b>9 217</b>	<b>9 205</b>	<b>9 110</b>	<b>9 202</b>	<b>10 668</b>	<b>9 322</b>	<b>10 222</b>
soukromé zdravotní pojištění	427	477	520	475	537	478	484
neziskové instituce	7 888	7 820	7 719	7 726	7 757	7 929	8 479
podniky-závodní preventivní péče	901	908	871	1 001	2 374	915	1 259
<b>Přímé platby domácností</b>	<b>42 705</b>	<b>44 028</b>	<b>44 239</b>	<b>43 465</b>	<b>46 490</b>	<b>49 358</b>	<b>51 215</b>
<b>Výdaje na zdravotní péči celkem</b>	<b>334 088</b>	<b>338 080</b>	<b>341 913</b>	<b>344 720</b>	<b>348 730</b>	<b>352 039</b>	<b>361 647</b>

Jak znázorňuje tabulka č. 3, je české zdravotnictví financováno převážně z veřejných zdrojů, a to konkrétně z veřejného zdravotního pojištění. Na druhé příčce ve výdajích za zdravotní péči stojí státní rozpočet a poslední zůstávají krajské a obecní rozpočty. Z těchto veřejných zdrojů šlo na zdravotní péči v roce 2016 celkem 300,2 mld. Kč.

Významným ukazatelem na výdajích za zdravotní péči jsou i přímé platby domácností, tedy samotných pacientů, které v roce 2016 poprvé přesáhly 50 miliard korun. Mezi tyto výdaje patří přímé platby a spoluúčast domácností za poskytnutou zdravotní péči a také výdaje za léky a ostatní zdravotní materiál. Tato částka meziročně stoupá. Není to pouze vyššími cenami léků a jiných zdravotnických prostředků, ale převážně vyšším komfortem, který pacienti využívají, například v rámci nadstandartních služeb a materiálů.

V případě, že poskytovaná péče nespadá do úhrady ze zdravotního pojištění, je nemocnice nebo jiné zdravotnické zařízení oprávněno požadovat za takové výkony úhradu ze strany pacienta. Mezi ostatní významné příjmy nemocnice patří například tržby z prodeje krve a krevních derivátů, léčivých přípravků a zdravotních pomůcek. Ve vybraných zdravotnických zařízeních probíhají vědecké a výzkumné činnosti, které jsou hrazeny výrobci léčivých přípravků a mohou tak významně přispět k rozvoji zdravotnictví a mají pozitivní dopad na ekonomickou bilanci nemocnic.

Základním dokumentem v ČR, který hovoří o financování zdravotnictví a zdravotní péče, je vyhláška č. 201/2018 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019, ze dne 5. září 2018 (dále jen Úhradová vyhláška). Dle této Úhradové vyhlášky jsou stanoveny ceny jednotlivých výkonů pomocí výpočtů, a to s ohledem na formu úhrady, kategorii pacienta podle seznamu provedených výkonů a počet ošetřovacích dnů. Zdravotní pojišťovny z prostředků veřejného zdravotního pojištění občanů hradí zdravotní péči pacientů na základě stanoveného mechanismu formy úhrad:

- **Kapitační platba** – je formou úhrady, kterou od ZP získává poskytovatel primární péče na úhradu vzniklých nákladů za poskytnutou zdravotní péči. Tato částka je přesně stanovena podle daného koeficientu, který se řídí věkem a pohlavím registrovaného pacienta.
- **Platba za ošetřovací den** – platba za jeden den hospitalizace pacienta.
- **Paušální platba** – platba stanovená podle počtu ošetřených pacientů a rozsahu poskytnuté péče za stanovené období.



- **Platba za výkon** – platba stanovená dle odbornosti a rozsahu poskytnuté zdravotní péče, ohodnocena daným počtem bodů.
- **Platba dle DRG** – platba za diagnózu, úhrada dle klasifikační sazby dle závažnosti onemocnění a složitosti poskytnuté péče. Výše sazby je dána Úhradovou vyhláškou (Vyhláška č. 201/2018 Sb.).

### 3.6 Finanční plánování

Finanční plánování, jako proces rozhodování společnosti o vynakládání finančních prostředků, si klade stanovit finanční cíle a určit prostředky, jak těchto cílů dosahovat. Podstatou finančního plánování je zajištění finančního zdraví a dlouhodobé finanční stability společnosti. Důležitým faktorem je rozhodování o způsobu financování investic a běžné činnosti (Kislingerová, 2010, s. 131).

Pro udržitelný rozvoj zdravotnických zařízení jsou nezbytné investice do jejich vybavení. Investuje se do vybavení hmotného i nehmotného.

## 4 INTEGROVANÝ REGIONÁLNÍ OPERAČNÍ PROGRAM

Integrovaný regionální operační program je využíván pro rozvoj území, zkvalitnění infrastruktury, zlepšení veřejných služeb a veřejné správy a zajištění udržitelného rozvoje v obcích, městech a regionech. Cílem Integrovaného regionálního operačního programu je posílení regionální konkurenceschopnosti a kvality života obyvatel ČR. K dosažení plánovaných cílů jsou využívány finanční prostředky Evropské unie.

IROP pro programové období 2014 – 2020 je členěn na 5 prioritních os:

- Konkurenceschopné, dostupné a bezpečné regiony
- Zkvalitnění veřejných služeb a podmínek života pro obyvatele regionů
- Dobrá správa území a zefektivnění veřejných institucí
- Komunitně vedený místní rozvoj
- Technická pomoc (IROP: Představujeme IROP, 2018)

Ve své bakalářské práci se zabývám integrovaným regionálním operačním programem se zaměřením na zdravotnictví, jenž je detailně popsán ve specifickém cíli 2.3 Rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotních služeb a péče o zdraví.

V programovém období 2014 – 2020 byly vypsány celkem 4 výzvy, které se okruhu zdravotnictví dotýkají:

- Výzva č. 5 Vysoce specializovaná péče v oblastech onkogynekologie a perinatologie
- **Výzva č. 31 Zvýšení kvality návazné péče**
- Výzva č. 54 Deinstitutionalizace psychiatrické péče
- Výzva č. 75 Deinstitutionalizace psychiatrické péče II

Celková alokace prostředků pro tento specifický cíl činí 7 280 775 518 Kč (IROP, Výzva č. 31 Zvýšení kvality návazné péče, 2019).

### 4.1 Koncepce návazné péče

Koncepce návazné péče je dokumentem Ministerstva zdravotnictví ČR, který byl schválen na poradě vedení dne 2.12.2014, jako reakce na podporu zdravotní infrastruktury z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů (ESIF) v období 2014 – 2020. Tato koncepce je zařazena mezi dílčí dokumenty Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Tímto dokumentem byly stanoveny prioritní oblasti, které budou čerpat prostředky ze strukturálních fondů Evropské unie:

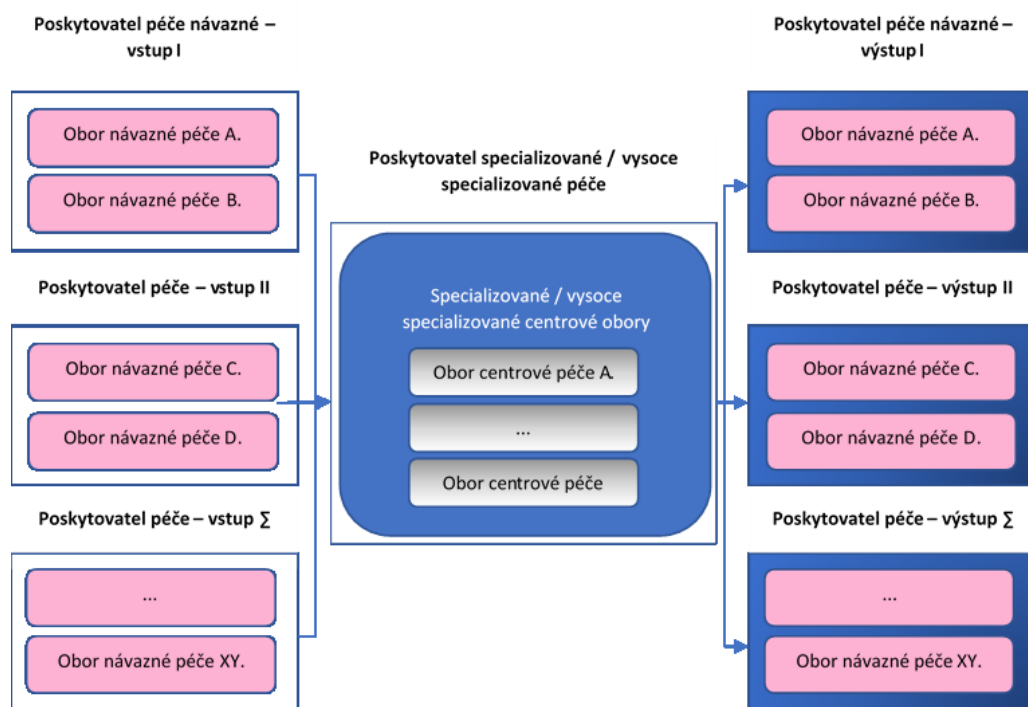
- Reforma psychiatrické péče – její transformace, deinstitucionalizace a přesun těžiště péče do komunity
- Podpora zdravého životního stylu a odstraňování nerovností ve zdraví
- Modernizace infrastruktury vybraných poskytovatelů zdravotních služeb
- Specializační vzdělávání zdravotnických pracovníků

Problematika cíle priorit Modernizace infrastruktury vybraných poskytovatelů zdravotních služeb je soubor opatření, který působí na národní i regionální úrovni, narozdíl od ostatních priorit a cílů, jichž je dosahováno prostřednictvím národních, centrálně koordinovaných intervencí (MZ ČR, Koncepce návazné péče, 2014).

V praktické části bakalářské práce se budu zabývat cílem Modernizace infrastruktury vybraných poskytovatelů zdravotních služeb, konkrétně modernizací infrastruktury v Nemocnici Kyjov, příspěvkové organizaci.

Cílem této koncepce je zvýšit dostupnost vysoce specializované péče na národní úrovni a zároveň vytvořit účinný návazný systém péče na úrovni regionální. Proto je modernizace technologického vybavení regionálních poskytovatelů nezbytná.

System návazné péče je založen na organizaci oborů zdravotní péče, které bezprostředně předcházení nebo přímo navazují na péči vysoce specializovanou.



Obrázek 10 - Vertikální model organizace péče v návazné na systém vysoce specializované péče. (MZ ČR, Koncepce návazné péče, 2014), vlastní zpracování

Byl proto stanoven seznam oborů a metod navazujících na jednotlivá centra vysoce specializované péče:

- Onkologická centra
- Traumatologická a popáleninová centra
- Kardiologická centra
- Cerebrovaskulární a iktová centra
- Onkogynekologická centra
- Perinatologická centra

Cílem finanční podpory z Evropských strukturálních a investičních fondů není rozšiřování stávajících kapacit poskytované zdravotnické péče, ale vyrovnání rozdílů v její kvalitě mezi jednotlivými zařízeními.

Pro podání žádosti na účasti v projektu Návazné péče musela jednotlivá zařízení splňovat předem stanovená kritéria, která blíže popíšu v praktické části této práce.

## 5 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo vymezení a definování pojmů souvisejících se zkoumanou problematikou. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol.

V první kapitole je uvedena definice zdraví, jak jej popisuje Světová zdravotnická organizace WHO a také jsem se zde zaměřila na zdravotní politiku a její úroveň. Součástí této části bakalářské práce je i popis Programu rozvoje Jihomoravského kraje v období 2014 – 2017, jehož obecné pojetí je základem pro vypracování projektu v praktické části.

Druhá kapitola je zaměřena na vývoj zdravotnictví v České republice od vzniku prvních nemocnic až po dnešní moderní dobu. Jsou zde uvedeny a popsány i jednotlivé systémy financování zdravotní péče a jejich vývoj až k současnému modelu všeobecného zdravotního pojištění v ČR, kde jsou uvedeny aktuálně působící zdravotní pojišťovny na našem území a jejich jednotlivé zastoupení v počtu pacientů a také systém úhrad zdravotního pojištění.

Ve třetí části je definována organizace českého zdravotnictví. Jsou zde uvedeny typy poskytované zdravotní péče a síť zdravotnických zařízení v České republice. Dále je tato kapitola také věnována zkoumání kvality českého zdravotnictví v pohledu na jednotlivé modely posuzování kvality poskytovaných zdravotních služeb, a především jsem se zde zabývala nákladovostí a financováním této zdravotní péče.

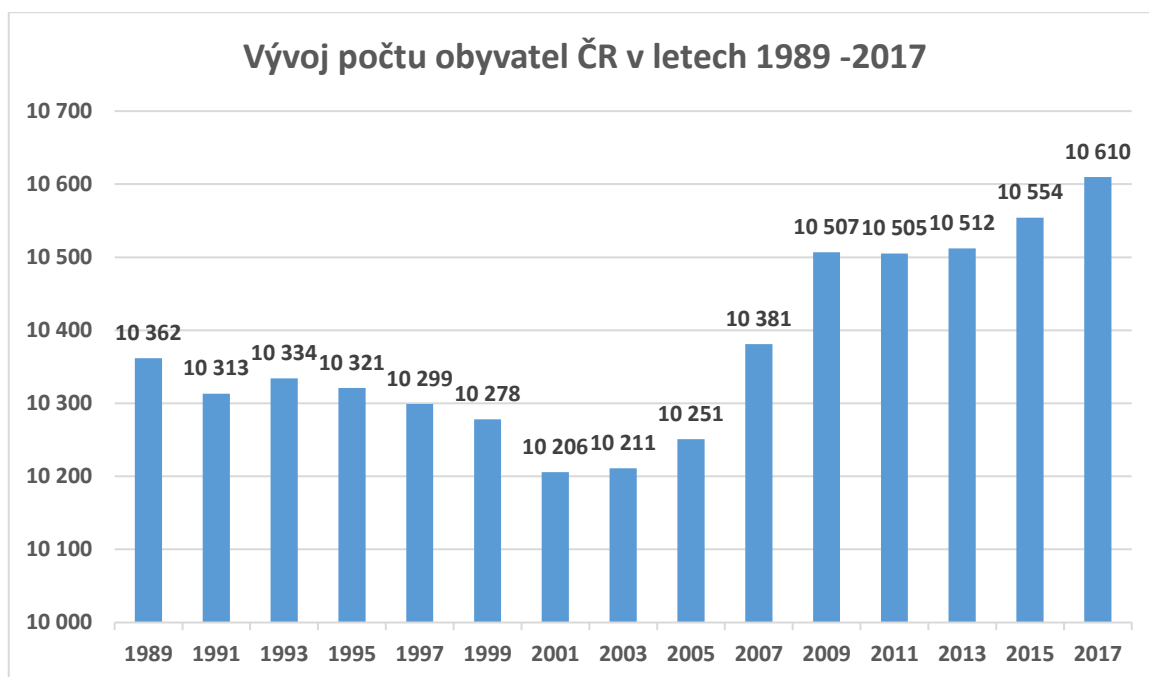
Poslední kapitola teoretické části bakalářské práce je zaměřena na Integrovaný regionální operační program se zaměřením na zdravotnictví v České republice. Je zde popsána Koncepce návazné péče, tedy strategický dokument Ministerstva zdravotnictví ČR, jenž má v aktuálním programovém období přispět k rozvoji zdravotní infrastruktury z prostředků Evropských strukturálních a investičních fondů.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 ANALÝZA DEMOGRAFICKÉHO VÝVOJE OBYVATEL

### 6.1 Analýza demografického vývoje obyvatel v ČR

Počet obyvatel a jeho vývoj je důležitým faktorem nejen pro lidstvo, ale také pro oblast zdravotnictví. Populace v České republice dlouhodobě roste jak přirozeným přírůstkem, tak i migrací obyvatel ze zahraničí, což dokazují statistiky ze sčítání lidu, kdy k 31.12.1989 byl počet obyvatel ČR vyčíslen na 10 362 tisíc osob a k 31.12.2017 bylo v ČR evidováno 10 610 tisíc obyvatel. Největší podíl obyvatel je ve věku 15–64 let, 65 % osob a další skupinou jsou lidé starší 65 let, a to 19,2 % obyvatel. Zvyšující se počet obyvatel se odráží i v narůstajícím počtu pacientů. Modernizace a technologický pokrok ve zdravotnictví jsou úzce spojeny s komfortem poskytované zdravotnické péče, a to především ve zkracování doby lékařského vyšetření, šetrnější léčbou, a především lepší kvalitou poskytovaných služeb. Na základě zlepšující se úrovně životního stylu a poskytovaných zdravotních služeb se zvyšuje i naděje na dožití, která se v období mezi lety 1989–2017 zvedla u mužů z 68,1 na 76 let a u žen ze 75,5 na 81,8 let.



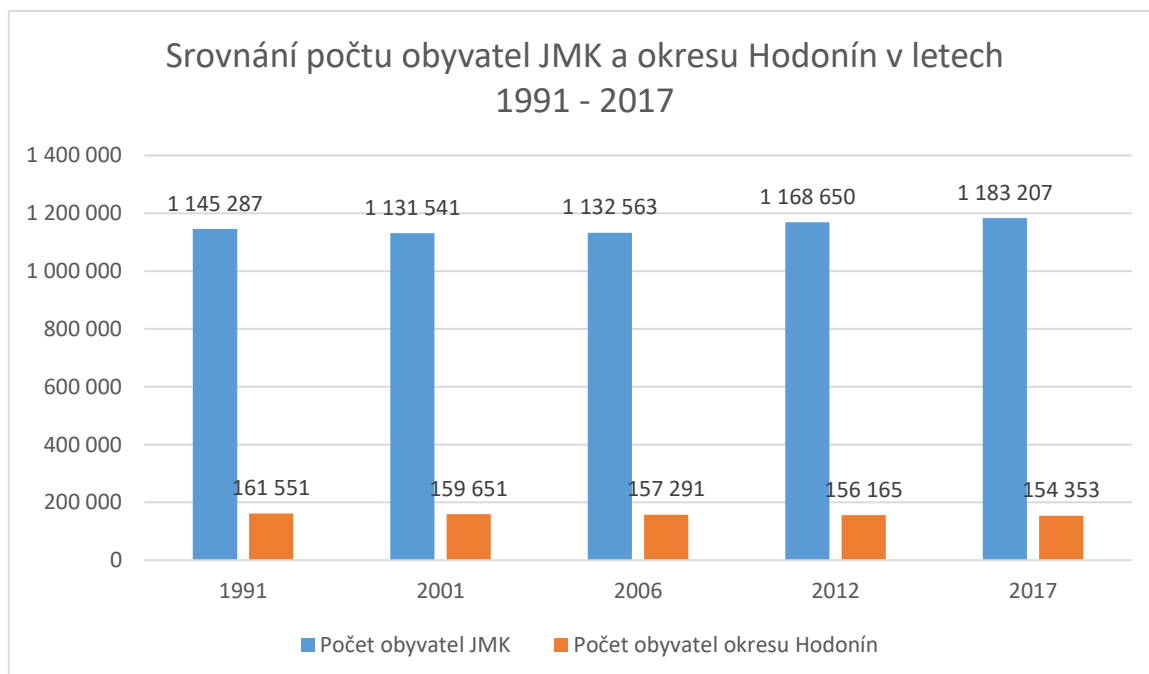
Obrázek 11 – Vývoj počtu obyvatel ČR v letech 1989 – 2017 (v tis. obyvatel), (Česká republika: Vybrané demografické údaje (1989-2017), 2018), vlastní zpracování

## 6.2 Analýza demografického vývoje obyvatel JMK

Česká republika je členěna do čtrnácti vyšších územních samosprávných celků, z nichž popisovaná nemocnice se nachází v kraji Jihomoravském. Proto zde popíšu demografický vývoj právě zde.

Jihomoravský kraj se dále dělí na okresy Blansko, Brno-město, Brno-venkov, Břeclav, Hodonín, Vyškov a Znojmo.

Tento kraj je čtvrtým nejlidnatějším krajem v ČR se svými 1 183 207 obyvateli k 31.12.2017. Na prvních třech příčkách stojí kraj Středočeský, Hlavní město Praha a kraj Moravskoslezský.



Obrázek 12 - Srovnání počtu obyvatel JMK a okresu Hodonín v letech 1991–2017 (Česká republika: Obyvatelstvo podle pohlaví a hlavních věkových skupin v letech 1991 až 2017, 2018), vlastní zpracování

Okres Hodonín v posledních letech zaznamenává úbytek obyvatel, a to především vlivem migrace obyvatelstva do jiných okresů či krajů z důvodu vysoké nezaměstnanosti v tomto okrese. Oproti roku 2012, kdy zde bylo evidováno 156 165 obyvatel, k 31.12.2017 měl okres Hodonín 154 353 obyvatel, což je úbytek o 1 812 osob. Nejvíce obyvatel je ve věku 15-64 let, ovšem je zde celkem 30 373 obyvatel starších 65 let, kteří více využívají zdravotnických služeb než lidé v produktivním věku. V tomto okrese jsou pouze dvě nemocnice. Jsou to nemocnice Kyjov, příspěvková organizace a nemocnice TGM Hodonín, příspěvková organizace.



## 7 NEMOCNICE KYJOV

### 7.1 Právní forma zřízení Nemocnice Kyjov

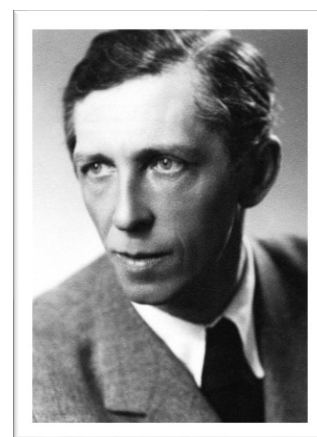
Nemocnice Kyjov, je příspěvkovou organizací, zřízenou Jihomoravským krajem na základě zřizovací listiny ze dne 17.12.2002.



Obrázek 13 – Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace

### 7.2 Historie nemocnice

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, se nachází na Jižní Moravě, asi 20 km od okresního města Hodonína. Město Kyjov usilovalo o vybudování nemocnice již před první světovou válkou, a to z důvodu nedostatečné a nedostupné nemocniční péče v této oblasti, což vzhledem k finanční situaci a zamítnutí podpory tehdejšího zemského výboru nebylo možno realizovat. Teprve v roce 1939 rozhodl okresní úřad, že v rámci doplnění sítě dosavadních nemocnic bude v Kyjově zřízena okresní nemocnice, na jejíž stavbu zastupitelstvo města Kyjova přispělo jeden milion korun. Ještě tentýž rok započala stavba nemocnice, jejíž projektantem byl vybrán Ing. arch. Bedřich Rozehnal z Brna, uznávaný architekt a projektant již několika nemocničních objektů.



Obrázek 14

Ing. arch. Bedřich Rozehnal

Byla postavena hlavní vrátnice, obytná budova ředitele, správce a operačního zřízence. V následujícím roce byl postaven chirurgický pavilon, interní pavilon, izolační pavilon, prosektura a budova řádových sester.

Bohužel ani kyjovská nemocnice se nevyhnula druhé světové válce. V roce 1943 zde byl zřízen lazaret SS, který byl využíván až do roku 1945. 19. dubna roku 1945, kdy došlo k ostřelování Kyjova, byla nemocnice téměř celá zničena. Zasáhlo ji celkem 33 přímých dělostřeleckých zásahů. Provoz nemocnice byl přerušen na 11 měsíců a obnoven v roce 1946, od kdy se datuje samotný vznik Nemocnice Kyjov.

V současné době provozuje nemocnice 23 lůžkových oddělení, na kterých bylo v roce 2017 evidováno 19 014 pacientů a také bylo ošetřeno 198 044 pacientů na 48 ambulancích v Kyjově a dalších detašovaných pracovištích provozovaných na poliklinice v Hodoníně, v Kyjově a ve Veselí nad Moravou (Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, 2017, s. 16).

Nemocnice má víc než 1000 zaměstnanců a tím se stala největším zaměstnavatelem okresu Hodonín.



Obrázek 15 – Plán areálu Nemocnice Kyjov

### 7.3 Seznam odborností v Nemocnici Kyjov

- Interna
- Infekční
- Plicní
- Neurologie
- Pediatrie
- Novorozenecké
- Gynekologie
- Porodní
- Chirurgie
- Ortopedie
- Urologie
- Ušní, nosní, krční
- Oftalmologie
- Dermatovenerologie
- Rehabilitace
- Následná péče
- Interna JIP
- Neurologie JIP
- Pediatrie JIP
- Chirurgie JIP
- ARO

### 7.4 Nemocnice Kyjov v číslech

Nemocnice Kyjov, jakožto příspěvková organizace, hospodaří s prostředky získanými z rozpočtu Jihomoravského kraje, jenž je zřizovatelem 9 nemocnic a pro rok 2018 byla dle schváleného rozpočtu vymezena částka na zdravotnictví ve výši 722 495 000 Kč, z čehož běžné výdaje tvoří 579 722 000 Kč a kapitálové 142 773 000 Kč (Jihomoravský kraj, 2017). V roce 2017 ovšem Jihomoravský kraj na údržbu a provoz Nemocnice Kyjov nepřispěl, proto tedy hospodařila pouze s prostředky získanými z vlastní činnosti. Nemocnice hospodaří také s peněžními prostředky ze svých fondů, peněžitých darů a s prostředky získaných z rozpočtu Evropské unie.

Roční obrat Nemocnice Kyjov činil v roce 2017 téměř 900 mil. Kč. Hospodářský výsledek za rok 2017 byl po zdanění ve výši 1 046 338,14 Kč. Nejvyšší podíl na výnosech měly lékařské výkony, a to v částce 743 308 tis. Kč. Dále nemocnice získala výnosy v podobě výnosů z prodeje ostatních služeb, výnosy z pronájmů v částce 4 356 tis. Kč, výnosy za prodané zboží v částce 64 181 tis. Kč, výnosy z prodeje materiálu v hodnotě 197 000 Kč a ostatní výnosy z vedlejší činnosti (Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, 2017, s. 81).

## 8 ANALÝZA NEMOCNICE KYJOV, PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACE

### 8.1 Analýza makroprostředí Nemocnice Kyjov – PESTE analýza

Makroprostředím je vnímáno okolí organizace, které organizace samotná nemůže nijak ovlivnit. Mezi zkoumané složky makroprostředí patří:

Politické vlivy

Ekonomické vlivy

Sociální vlivy – demografické a kulturní

Technické a technologické vlivy

Ekologické vlivy

#### 8.1.1 Politické vlivy:

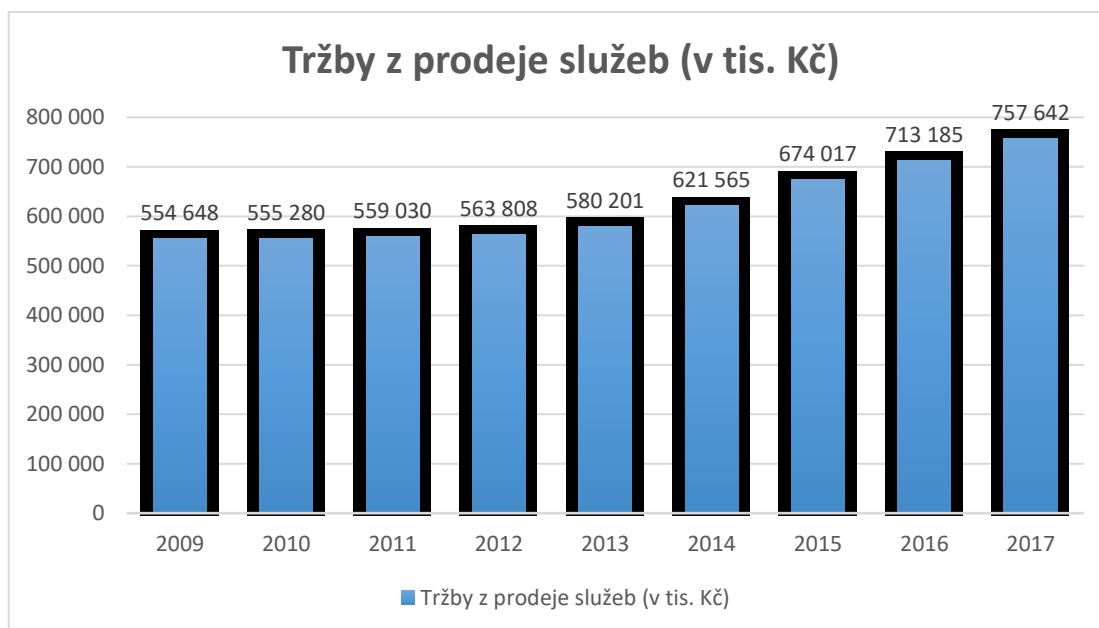
Do politického prostředí organizace zasahují zákony, směrnice, nařízení atd., které chrání jak organizaci, tak i příjemce zdravotnických služeb, pacienty. Patří sem také vládní úřady a zájmové skupiny, které organizaci ovlivňují. Každé zdravotnické zařízení má povinnost se těmito zákony, nařízeními a vyhláškami řídit. Nejdůležitějšími právními předpisy, které ovlivňují zdravotnická zařízení jsou:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách,
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách,
- Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře,
- 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. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů,
- Zákon č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích,
- Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů

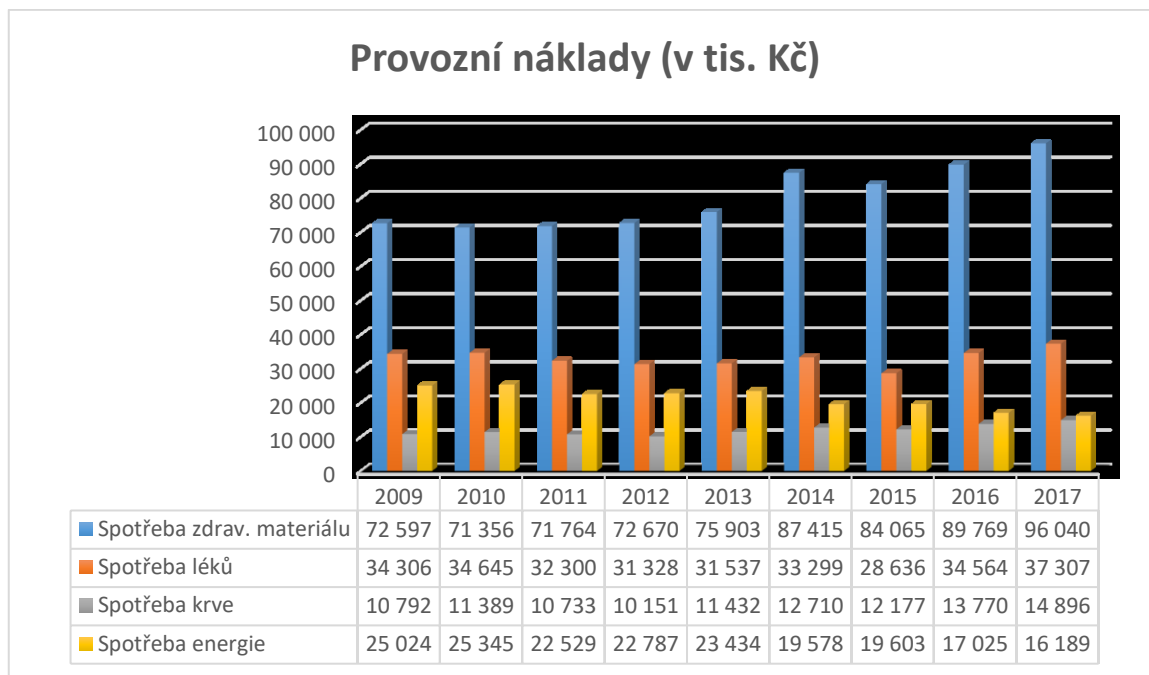
- Zákon č. 258/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (transplantační zákon),
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti související s poskytováním zdravotní péče,
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů,
- Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech,
- Vyhláška č. 62/2001 Sb., o hospodaření organizačních složek státu a státních organizací s majetkem státu,
- Vyhláška č. 221/2010 Sb., o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení,
- Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

### 8.1.2 Ekonomické vlivy:

Ekonomické prostředí ve zdravotnictví se velmi liší od prostředí tržního. Finanční prostředky nemocnice získává především za vykonanou zdravotní péči od zdravotních pojišťoven. Další finance jsou nemocnici poskytovány od jejího zřizovatele a nedílnou součástí jsou i dotace z fondů EU. Zdravotnická zařízení se potýkají také se zvyšujícími se náklady na poskytování svých služeb. Rostou nejen ceny technologií v důsledku jejich inovací, ale zvyšují se také ceny léků, náklady na jejich skladování a další provozní náklady.



Obrázek 16 - Vývoj tržeb z prodeje služeb v Nemocnici Kyjov 2009 - 2017, vlastní zpracování



Obrázek 17 - Vývoj provozních nákladů v Nemocnici Kyjov 2009 - 2017, vlastní zpracování

### 8.1.3 Sociální vlivy

Makroprostředí v sociální oblasti ovlivňuje především demografický vývoj v regionu. Ten je blíže specifikován v kapitole 1.2. Analýza demografického vývoje obyvatel Jihomoravského kraje. Součástí sociálních vlivů na poskytování zdravotní péče v organizaci, je i vnímání technologického rozvoje zdravotnického vybavení a poskytování péče v nejbližším okolí pacientů a jejich spádové oblasti. I z toho důvodu dochází k meziročnímu růstu ambulantních vyšetření.

### 8.1.4 Technologické vlivy

Technologie ve zdravotnictví jsou v dnešní době na špičkové úrovni a nemocnice do nich každoročně investují mnohamilionové částky. Tyto technologické inovace přinášejí zdravotnickým zařízením vyšší konkurenceschopnost a také další potencionální příjmy za vykonané zdravotní služby pomocí tohoto vybavení. Nedílnou součástí technologického prostředí zdravotnických zařízení jsou také investice do informačních technologií. Například v kyjovské nemocnici aktuálně probíhá projekt pro pořízení a zavedení nového nemocničního informačního systému (NIS), v hodnotě 43 mil. Kč. Tato inovace bude přínosem jak v efektivitě práce obsluhujícího personálu, propojenosti s ostatními vnitřními systémy, tak i v rámci ochrany osobních údajů pacientů. Velmi důležitou součástí tohoto projektu je propojení na centrální registr a sdílení patientských dat napříč všemi

zdravotnickými zařízeními na území Jihomoravského kraje, Záchranou zdravotní službou a do budoucna je tento projekt připraven ke sdílení dat pacientů napříč celou Evropskou unií.

### 8.1.5 Ekologické vlivy

Ekologické prostředí v Nemocnici Kyjov je pozitivně ovlivňováno důsledným řízením a spravováním odpadového hospodářství, skladováním omamných látek, je zde přísně sledováno nakládání s radiofarmaky a jejich likvidací.

O vnější ekologické prostředí v areálu nemocnice se stará tým zaměstnanců ve spolupráci s klienty terapeutické komunity KROK Kyjov. Nemocnice využívá možnosti čerpání dotací v rámci operačního programu Životní prostředí na energetické úspory související se zateplením budov, a tím pádem snižování nákladů na energetické zdroje.

### 8.1.6 Shrnutí PESTE analýzy

Na základě provedené PESTE analýzy jsem zjistila, že se zvyšují výnosy za poskytnuté zdravotní služby, ale také rostou náklady tyto činnosti. Zvýšené náklady jsou ve velké míře spojené s vyšším počtem ošetřených pacientů, z nichž podstatnou část tvoří obyvatelé starší 65 let. To je způsobeno jednak častějšími zdravotními problémy spojenými s věkem, ale také problémem, který postihuje tento region, a to je stárnutí obyvatelstva z důvodu stěhování lidí v produktivním věku do jiných, ekonomicky vyspělejších regionů. Dále se nemocnice potýká s řešením tzv. „civilizačních chorob“. Zvláště pak v segmentu diabetologie, urologie a interních onemocnění. To s sebou přináší zvýšené náklady na tuto konkrétní poskytovanou zdravotní péči.

## 8.2 Analýza mikroprostředí

Mikroprostředí organizace je tvořeno silami a vlivy, které na organizaci přímo působí a ovlivňují tak schopnost sloužit zákazníkům. V případě zdravotnických zařízení pacientům. Hlavními sledovanými složkami v mikroprostředí zdravotnických zařízení jsou:

- Společnost
- Konkurence
- Dodavatelé
- Zákazníci (pacienti)

### 8.2.1 Společnost

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace má dlouholetou tradici. Zároveň je největším poskytovatelem zdravotní péče ve spádové oblasti a také největším zaměstnavatelem v okrese Hodonín. Vnitřní prostředí nemocnice je tvořeno zdravotnickými pracovišti a vzájemně provázanými útvary – ekonomickým, lékařským, technickým a ošetrovatelským.

Silné stránky Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace

- dlouholetá tradice (založení nemocnice v roce 1946),
- stabilní finanční situace,
- rostoucí portfolio poskytovaných služeb,
- absolutní vítěz celonárodního projektu „Kvalitní a bezpečná nemocnice 2018“, v kategorii Poskytovatel akutní lůžkové péče

Slabé stránky Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace

- konzervativní myšlení zaměstnanců,
- nízký důraz na sebevzdělávání zdravotnického personálu,
- nekonceptní řízení zdravotní péče napříč organizacemi zřizovanými Jihomoravským krajem,
- nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu.

### 8.2.2 Konkurence

Silné stránky Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace:

- největší poskytovatel zdravotnických služeb ve spádové oblasti,
- špičková technologická vybavenost (magnetická rezonance, nový počítačový tomograf – CT, moderní technologické vybavení pořízené z dotačního programu IROP),
- efektivní využívání lůžkového fondu,
- vysoce specializovaný zdravotnický personál,
- vyšší portfolio poskytovaných zdravotnických služeb ve srovnání s nemocnicemi v nejbližší spádové oblasti,
- vysoká úroveň využívání ICT,
- součinnost oddělení ošetrovatelské péče s následnými pracovišti poskytující sociální a zdravotní služby.



Slabé stránky Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace

- chybějící dialyzační pracoviště,
- konkurenční boj ve spektru laboratorních vyšetření a návazných služeb pro terénní ambulantní a specializační pracoviště,
- nekorespondující rozmístění specializovaných pracovišť v rámci zdravotnických organizací v Jihomoravském kraji.

### 8.2.3 Dodavatelé

Silné stránky Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace

- snižování cen zdravotnického vybavení a materiálu pomocí veřejných zakázek,
- dlouholeté korektní vztahy s dodavateli,
- nastavení systému pozitivních lékových listů.

Slabé stránky Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace

- pozdní úhrady závazků,
- minimální prostor na snižování výdajů za léčiva,
- nejednotná koncepce nákupu léků, zdravotního materiálu a ostatních služeb.

### 8.2.4 Zákazníci

Silné stránky Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace

- dotazníková spokojenost s patientskou stravou,
- moderní vybavení pokojů na lůžkových odděleních,
- elektronické zasílání propouštěcích a laboratorních zpráv,
- elektronické objednávání pacientů na vybraná pracoviště,
- zdarma poskytované wi-fi připojení napříč celou nemocnicí.

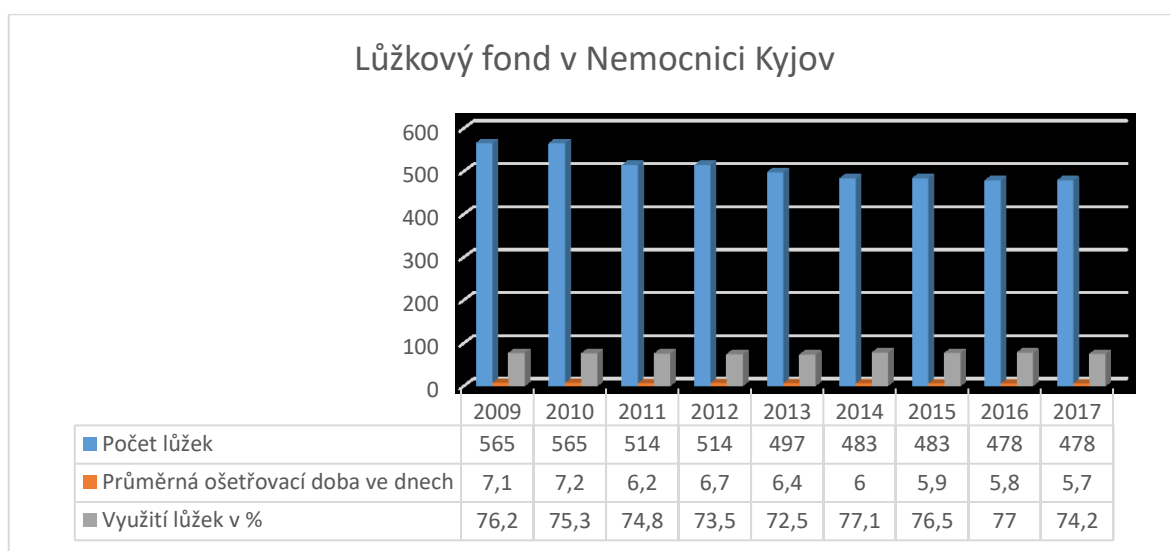
Slabé stránky Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace

- neadekvátní využívání zdravotnických služeb pacienty,
- nerespektování doporučení zdravotnického personálu ve výběru léků a jejich medikace,
- neadekvátní požadavky pacientů na postup při poskytování lékařské péče,

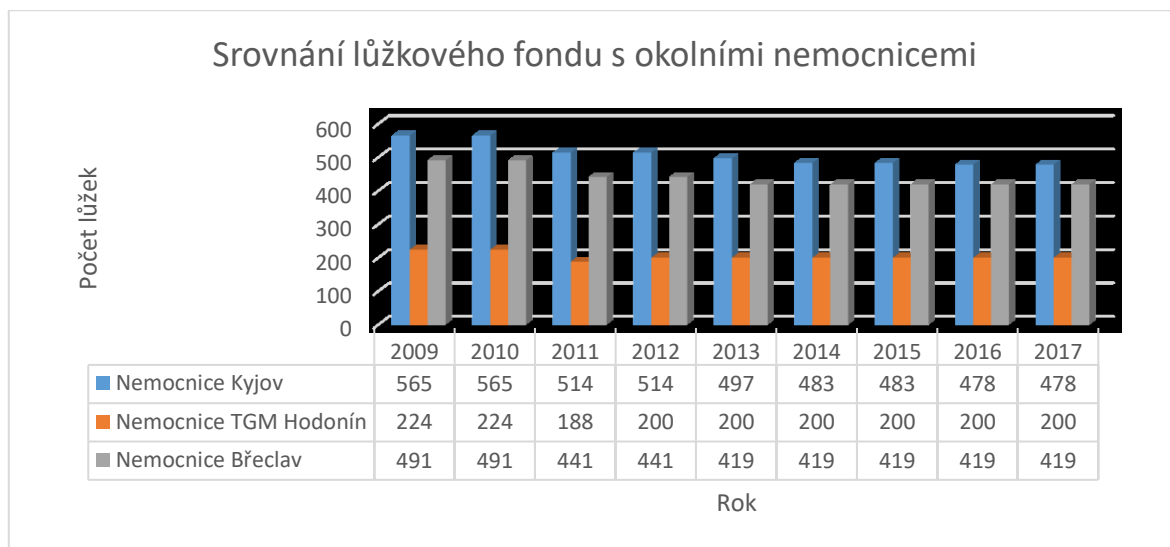
- příjem stížností stěžovatelů z řad rodinných příslušníků na lékařské postupy bez vědomí pacienta a bez znalosti zdravotní dokumentace.

### 8.3 Lůžkový fond Nemocnice Kyjov

Lůžkový fond je vyjádřením počtu lůžek za sledované období. Lůžkový fond v Nemocnici Kyjov se mezi lety 2010 a 2017 snížil o 87 lůžek v důsledku zrušení oddělení ÚČOCH. Snížení lůžkového fondu nevedlo k personálním změnám, naopak zaměstnanci tohoto oddělení přestoupili na jiná odborná pracoviště v rámci organizace a tím doplnili personální obsazení těchto oddělení. Zmíněný úbytek lůžek měl za následek snížení koeficientu pro výpočet následných průběžných úhrad od pojišťoven v dalších letech.



Obrázek 18 – Lůžkový fond v Nemocnici Kyjov, vlastní zpracování



Obrázek 19 - Srovnání lůžkového fondu s okolními nemocnicemi, vlastní zpracování

## 9 IROP V NEMOCNICI KYJOV

Nemocnice Kyjov v projektu Návazné péče vystupuje jako veřejný zadavatel. Jak uvádí Poremská (2017, s. 18), může být veřejným zadavatelem dle § 2 odst. 2 Zákona o veřejných zakázkách:

- Česká republika (Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů),
- Česká národní banka,
- státní příspěvková organizace,
- územní samosprávný celek nebo jeho příspěvková organizace,
- jiná právnická osoba, pokud:
  - byla založena či zřízena za účelem uspokojování potřeb veřejného zájmu, které nemají průmyslovou nebo obchodní povahu, a
  - je financována převážně státem či jiným veřejným zadavatelem nebo je státem či jiným veřejným zadavatelem ovládána nebo stát či jiný veřejný zadavatel jmenuje či volí více než polovinu členů v jejím statutárním správním, dozorčím či kontrolním orgánu.

Veřejná zakázka je realizace dodávek nebo staveb na základě smlouvy mezi zadavatelem a jedním či více dodavateli. Předmětem veřejné zakázky je úplné poskytnutí dodávek či služeb nebo úplné provedení stavebních prací. Tato zakázka musí být provedena na základě písemné smlouvy (Poremská, 2014, s. 25).

Veřejné zakázky se podle jejich předpokládané hodnoty dále dělí na zakázky podlimitní, nadlimitní a veřejné zakázky malého rozsahu. Zde je také rozdíl v jejich zadávání.

Zadávací dokumentace musí podle § 44 odst. 3 ZVZ obsahovat tyto údaje:

- obchodní podmínky, včetně platebních podmínek, případně též objektivních podmínek, za nichž je možné překročit výši nabídkové ceny,
- technické podmínky (§ 45 ZVZ) nebo zvláštní technické podmínky (§ 46a ZVZ), je-li to odůvodněno předmětem veřejné zakázky,
- požadavky na opatření k ochraně utajovaných informací (§ 46b ZVZ), je-li to odůvodněno předmětem veřejné zakázky,
- požadavky na zabezpečení dodávek (§ 46c ZVZ), je-li to odůvodněno předmětem veřejné zakázky,

- požadavky na varianty nabídek (§ 70 ZVZ), pokud je zadavatel připustil,
- požadavek na způsob zpracování nabídkové ceny,
- podmínky a požadavky na zpracování nabídky,
- způsob hodnocení nabídek podle hodnotících kritérií,
- požadavek na podání nabídky pouze v elektronické podobě prostřednictvím elektronického nástroje, pokud tak zadavatel stanovil,
- jiné požadavky zadavatele na plnění veřejné zakázky.

Podle ustanovení § 44 odst. 4 ZVZ musí zadávací dokumentace veřejných zakázek na stavební práce kromě náležitostí uvedených v ustanovení § 44 odst. 3 ZVZ obsahovat:

- příslušnou dokumentaci v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem zpracovanou do podrobností, které specifikují předmět veřejné zakázky v rozsahu nezbytném pro zpracování nabídky,
- soupis stavebních prací, dodávek a služeb s výkazem výměr v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem, a to rovněž v elektronické podobě (Poremská, 2014, s. 42-43).

Tuto zadávací dokumentaci musí zadavatel poskytnout potencionálním dodavatelům či zhotovitelům díla, a to uveřejněním na profilu zadavatele.

## 9.1 Projekt

Před představením konkrétního projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov nejprve uvedu význam samotného pojmu PROJEKT.

Definice Doležala a Krátkého (2017, s. 11-12) zní: „*Projekt je dočasné úsilí podniknuté k vytvoření jedinečného produktu, služby nebo výsledku.*“

Projekt se od rutinní práce odlišuje svými vlastnostmi a charakteristikami. Jak uvádí Doležal a Krátký (2017, s. 16), projekt je:

- jedinečný,
- vymezen v čase, penězích a zdrojích,
- realizován týmem lidí z různých částí organizace,
- složitý a komplexní úkol,
- rizikový

Projekt je systém činností, směřujících k dosažení jedinečného cíle za pomoci přidělených zdrojů v rámci organizace. Dle Slavíka (2014, s. 80) lze projekt dělit také z časového hlediska na tyto fáze:

- **předinvestiční fáze** – období přípravných prací, v tomto čase se rozhoduje o jeho přijetí či zamítnutí. Do této části patří vypracování investičního záměru či studie proveditelnosti.
- **investiční fáze** – období od začátku investiční výstavby do zahájení provozu.
- **provozní fáze** – období od zahájení provozu po jeho ukončení. Je to doba, kdy projekt přináší plánovaný užitek.
- **poprovozní fáze** – projekt se již neprovozuje, ale jeho existence dále může ovlivňovat příjmy nebo výdaje organizace.

Pro dosažení požadovaných výsledků v rámci celého projektu je nutno dodržovat pravidla, postupy, metody a využívat nástroje, které projektovému týmu pomáhají koordinovat společné úsilí, aby výsledků dosáhli v omezeném čase a s omezenými zdroji. Tomu říkáme *projektové řízení*.

V rámci předprojektové přípravy je nejdůležitějším kritériem uvědomit si, proč chceme projekt realizovat. Od projektu zákazník vždy očekává výsledek, který vede ke zlepšení stávající situace. Ovšem toto očekávání je nutno rozklíčovat. Zda daný výsledek potřebujeme nebo pouze chceme. To, co chceme, nebývá vždy tím, co ke zlepšení potřebujeme. Odpověď na otázku „Proč?“ tedy vysvětluje relevantní důvody potřeby daného projektu a definovat přínosy a cíl, kterého pomocí projektu chceme dosáhnout.

Tabulka 4 – Klíčové pojmy (Doležal a Krátký, 2017, s. 17)

### Klíčové pojmy

<b>Projekt</b>	Jedinečná skupina kroků vedoucích k dosažení stanoveného cíle či výsledku.
<b>Projektové řízení</b>	Používání znalostí, dovedností, metod a nástrojů k tomu, aby byly projekty úspěšné.
<b>Cíl projektu</b>	Stav, do kterého se chceme realizací projektu dostat. Jedná se o výsledek úsilí, projektového týmu.
<b>Přínosy</b>	Užitky, které se mohou dostavit s časovým odstupem po úspěšném naplnění cíle projektu. Obvykle jsou důvodem pro realizaci projektu. Přínosy nemohou být zároveň cílem projektu. Bývají označovány jako účel, přínosy, benefity.
<b>Výstupy / Produkty</b>	Konkrétně popsany výsledek činnosti, etapy nebo projektu. Výstup je schvalován zákazníkem nebo sponzorem projektu.
<b>Riziko</b>	Nejistá událost, která, pokud nastane, má negativní vliv na dosažení cíle projektu.
<b>Zdroje</b>	Lidé, finance, zařízení nebo infrastruktura (dokumenty, znalosti, informační technologie), které jsou zapotřebí k vykonávání projektových činností.
<b>Činnost, aktivita</b>	Operace nebo skupiny operací, které jsou realizovány v rámci projektu a mohou mít stanovenou dobu trvání, očekávané náklady a požadavky na zdroje. Výsledkem činnosti nebo skupin činností je výstup projektu.



Obrázek 20 – Fáze řízení projektu (Doležal a Krátký, 2017, s. 20), vlastní zpracování

Jak je znázorněno v obrázku č. 20, řízení projektu se primárně dělí na 4 hlavní fáze. První fází je zahájení projektu. V této části je nutno vytvořit a schválit zadání projektu. Jak uvádí

Doležal a Krátký (2017, s. 20), najdeme zde odpovědi na základní otázky. Co je cílem, proč budeme projekt realizovat, co má být projektem dodáno, jaká jsou omezení v čase a zdrojích. Ve fázi přípravy a plánování projektu je detailně popsáno a schváleno, co bude v rámci projektu dodáno, vyhotoveno a jaké budou využity zdroje. Ať už jsou to zdroje lidské nebo finanční. Součástí této fáze řízení projektu je také plán, jak bude projekt realizován, sledován a hodnocen a také plán, jak bude řízen. Tento plán musí být schválen investorem, zákazníkem i projektovým manažerem. Fáze realizace je zaměřena na samotné vykonávání činností projektového týmu k dosažení cíle. Členové projektového týmu provádějí naplánovanou práci, dodávají vstupy a poskytují informace o průběhu těchto provedených prací. Manažer projektu je povinen tento projekt koordinovat, sledovat a průběžně hodnotit, zda dosahuje požadovaných cílů. V poslední fázi je nutno projekt uzavřít po finanční i administrativní stránce. Je sestaveno vyhodnocení projektu, kde je porovnáván původní plán s dosaženými cíli. Toto vyhodnocení podléhá schválení a následně po schválení vyhodnocení je projekt ukončen.

## 9.2 SWOT analýza projektu

SWOT analýza je klasifikační metodou používanou při strategickém plánování. Informace získané SWOT analýzou jsou tříděny do 4 kategorií:

1. Silné stránky S = Strengths
2. Slabé stránky W = Weaknesses
3. Příležitosti O = Opportunities
4. Hrozby T = Threats

Tabulka 5 – Třídění faktorů v analýze SWOT

	Pozitiva	Negativa
Vnitřní faktory, přítomnost, výchozí stav	Silné stránky (S)	Slabé stránky (W)
Vnější faktory ovlivňující budoucnost	Příležitosti (O)	Hrozby (T)

Tabulka 6 – SWOT analýza projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov, vlastní zpracování

SILNÉ STRÁNKY	SLABÉ STRÁNKY
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dlouholetá tradice organizace</li> <li>• Dobře fungující vzájemná spolupráce oblastních nemocnic v kraji</li> <li>• Schopnost a kapacita nemocnice zajistit zdravotnickou péči pro větší spádovost</li> <li>• Zajištěné personální obsazení jednotlivých pracovišť</li> <li>• Vysoce specializovaný zdravotnický personál</li> <li>• Vysoké portfolio poskytovaných zdravotnických služeb</li> <li>• Součinnost oddělení ošetrovatelské péče s následnými pracovišti poskytující sociální a zdravotní služby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nedostatečně propracovaný systém vzdělávání lékařů</li> <li>• Finanční náročnost projektu</li> <li>• Rezervy skryté v nákladech</li> <li>• Riziko komunikační a informační bariéry</li> <li>• Nízký důraz na vzdělávání zaměstnanců v oblasti zadávání veřejných zakázek</li> </ul>
PŘÍLEŽITOSTI	HROZBY
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva</li> <li>• Pokles počtu určitého typu onemocnění a snížení úmrtnosti obyvatel v regionu</li> <li>• Posílení postavení Nemocnice Kyjov jako páteřní nemocnice v kraji</li> <li>• Prohlubování vzájemné a odborné spolupráce mezi nemocnicemi</li> <li>• Možnost využití dotačních titulů v programovém období 2014 – 2020</li> <li>• Zvýšení konkurenceschopnosti zdravotnického zařízení vůči zařízením v ostatních regionech</li> <li>• Vytvoření moderního zdravotnického zařízení na evropské úrovni, které bude schopno poskytovat zdravotní péči podle nejnovějších trendů</li> <li>• Zvýšení efektivity, kvality, bezpečí a dostupnosti poskytované zdravotní péče</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Možná změna úhradových mechanismů ze strany zdravotních pojišťoven</li> <li>• Možná změna v cenách stavebních prací na rekonstrukci budovy nukleární medicíny</li> <li>• Prodloužení výběrového řízení ze strany ÚOHS – řešení stížností ze strany uchazečů výběrových řízení</li> <li>• Fluktuace lékařského a nelékařského personálu</li> <li>• Vyšší průměrný věk lékařů v regionu</li> </ul>



## 9.3 Projekt návazné péče v Nemocnici Kyjov

### 9.3.1 Výzva č. 31 Zvýšení kvality návazné péče

Dne 5. května 2016 byla Ministerstvem pro místní rozvoj pro ČR vyhlášena průběžná výzva č. 31 „Zvýšení kvality návazné péče“ k podávání žádostí o podporu z Integrovaného regionálního operačního programu „Rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotních služeb a péče o zdraví“.

Podpora z tohoto programu je zaměřena na pořízení a modernizaci přístrojového vybavení, zdravotnických prostředků, technologií a dalšího vybavení, které slouží pro poskytování zdravotních služeb v podporovaných oborech a metodách návazné péče podle Koncepce návazné péče Ministerstva zdravotnictví ČR.

Příjemci této podpory mohou být příspěvkové organizace organizačních složek státu, organizace zřizované kraji, organizace zřizované obcemi, organizace zakládané kraji, organizace zakládané obcemi, nestátní neziskové organizace, církevní organizace, obchodní společnosti poskytující veřejnou službu v oblasti zdravotní péče podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování ve znění pozdějších předpisů.

Ministerstvem zdravotnictví ČR byly stanoveny 3 hlavní podmínky pro účast na programu, které musí poskytovatelé zdravotních služeb splnit. Jedná se o tyto:

1. Poskytovatel návazné péče zajišťuje péči a služby v oborech gynekologie a porodnictví, dětské lékařství, chirurgie a vnitřní lékařství.
2. Poskytovatel návazné péče zajišťuje péči alespoň ve čtyřech oborech/metodách definovaných Koncepcí návazné péče a navázaných na vysoce specializované centrum.
3. Poskytovatel návazné péče má alespoň 300 akutních lůžek nebo méně, pokud jsou v regionu LAU1 pouze zařízení s menší kapacitou lůžek.

V době vyhlášení výzvy byla celková alokace (ERDF + SR) 5 011 764 706 Kč. Příjem žádostí o podporu trval od 31.5.2016 do 18.7.2016. Celkem se do tohoto projektu přihlásilo 130 žadatelů. Schváleno bylo 72 projektů.

8.3.2019 oznámil Řídící orgán IROP, že došlo k navýšení alokace vybraných výzev IROP. Alokace u výzvy č. 31 „Zvýšení kvality návazné péče“ byla navýšena o více než 1,9 mld. Kč

na 7 280 775 518 Kč a uvedené prostředky byly nabídnuty 43 náhradním projektům zaměřeným na zvýšení kvality návazné péče (IROP, Výzva č. 31 Zvýšení kvality návazné péče, 2019).

### 9.3.2 Důvody účasti na projektu

Požadavky na pořízení a obnovu přístrojového vybavení vycházely z nutné modernizace zdravotnické techniky. Morální a technické stáří tohoto vybavení již nereflektovalo diagnostické a aplikační požadavky současné medicíny. Průměrné stáří přístrojů se pohybovalo na úrovni životnosti a byla nutná jejich obměna.

### 9.3.3 Příprava projektu před podáním žádosti

- Sestavení projektového týmu
- Příprava podkladů pro schválení přístrojové komise
- Vypracování studie proveditelnosti
- Analýza přístrojů, které je nutno opravit či modernizovat vybavení
- Aktualizace koncepce v souladu s programem návazné péče
- Soupis požadovaných přístrojů
- Pozvání jednotlivých aktérů k projektovému týmu (obsluhující lékaři)
- Průzkum trhu, příprava technické specifikace (nabídky od minimálně 3 dodavatelů)
- Sestavení rozpočtu projektu
- Souhlas spolupracujících specializovaných center
- Souhlas zdravotních pojišťoven
- Získání pověřovacího aktu
- Žádost Rady JMK o souhlas s podáním žádostí na účasti na projektu

### 9.3.4 Seznam spolupracujících center specializované péče:

#### Masarykův onkologický ústav v Brně

- Centrum vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii
- Komplexní onkologické centrum

#### Fakultní nemocnice Brno

- Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro dospělé
- Centrum vysoce specializované komplexní kardiovaskulární péče pro děti

- Centrum vysoce specializované cerebrovaskulární péče
- Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro děti
- Centrum vysoce specializované traumatologické péče pro dospělé
- Centrum vysoce specializované péče pro pacienty s popáleninami
- Perinatologické centrum

### 9.3.5 Žádost

Dne 3.6.2016 byla Ministerstvu pro místní rozvoj ČR na základě 31. výzvy IROP odeslána Žádost o podporu v projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov. V rámci tohoto projektu bylo záměrem nemocnice pořídit a modernizovat přístrojové vybavení, zdravotnické prostředky a technologie, které slouží pro poskytování zdravotních služeb v podporovaných oborech a metodách návazné péče podle Konceptu návazné péče MZ ČR včetně stavebních úprav nezbytných pro pořízení, modernizaci, umístění, instalaci a uvedení do provozu Hybridní kamery SPECT/CT pro oddělení nukleární medicíny. Nemocnice Kyjov byla vybrána Ministerstvem zdravotnictví České republiky a Asociací krajů ČR do seznamu nemocnic „Návazné péče“.

Cílem Nemocnice Kyjov bylo pomocí tohoto projektu zlepšení vyšetřovacího komfortu, zkvalitnění včasné diagnostiky, rozšíření vyšetřovacího spektra a následné návazné péče ve spolupráci s centry specializované péče, které jsou v jejím nejbližším dosahu, tedy v Brně. Výsledkem bude celkové zlepšení dostupnosti zdravotní péče a zlepšení zdravotního stavu obyvatel Jihomoravského kraje. Projektový záměr současně posoudila Přístrojová komise MZ ČR, ke kterému vyjádřila kladné stanovisko. Byl sestaven realizační tým projektu, složený z vedoucích pracovníků nemocnice a externí agentury, která se na celé realizaci projektu podílí. Tato agentura se zabývá přípravou žádostí a zpracováváním projektů pro získání dotací.

### 9.3.6 Průběh

Rada Jihomoravského kraje na svém jednání dne 19.5.2016 usnesením č. 9737/16/R144 schválila podání žádosti organizace o poskytnutí dotace z Integrovaného regionálního operačního programu, Prioritní osa 06.2 Zkvalitnění veřejných služeb a podmínek života pro obyvatele regionu, Specifický cíl 2.3. Rozvoj infrastruktury pro poskytování zdravotních služeb a péče o zdraví, pro realizaci projektu „Návazná péče v Nemocnici Kyjov“ v celkové výši 110.000.000 Kč a pověřila organizaci poskytováním služeb obecného hospodářského

zájmu – poskytováním zdravotních služeb v souladu s oprávněním k poskytování zdravotních služeb na období 10 let.

Dne 5.10.2016 nemocnice obdržela z Ministerstva zdravotnictví ČR „Registraci akce a rozhodnutí o poskytnutí dotace“ v celkové výši uznatelných nákladů 89 090 399,70 Kč.

V nemocnici proběhl interní průzkum napříč všemi odpovídajícími odděleními, jehož výsledkem byl seznam přístrojového vybavení, které mělo být prostřednictvím tohoto projektu pořízeno.

Na základě provedeného průzkumu trhu byla stanovena cena projektu, byl vypracován investiční záměr, který Rada JMK Usnesením 11042/16/R160 dne 13.10.2016 schválila s harmonogramem projektu s datem ukončení 31.12.2018.

### 9.3.7 Etapizace projektu

Projekt Návazné péče byl rozdělen dle harmonogramu na 4 etapy, v nichž měly být jednotlivé přístroje pořízeny.

**Etapa č. 1 – Úprava části provozu nukleární medicíny a pořízení přístrojů sloužících pro poskytování zdravotních služeb – nukleární medicína a vnitřní lékařství, pořízení přístrojového vybavení pro nukleární medicínu, radiologii a vnitřní lékařství.**

Seznam přístrojového vybavení 1. etapy:

- Stavební úprava části provozu nukleární medicíny
- Videoduodenoskopická sestava
- Videokolonoskopická sestava
- Myčka endoskopů
- Hybridní kamera SPECT/CT
- Skiagrafický přístroj s přímou digitalizací
- Skiaskopicko skiagrafický komplet se sklopnou stěnou s DSA

**Etapa č. 2 – Pořízení přístrojového vybavení pro chirurgii, ortopedii, urologii, gynekologii**

Seznam přístrojového vybavení 2. etapy:

- Operační stůl pro chirurgickou operativu – 2ks
- Operační stůl pro ortopedickou operativu

- Operační stůl pro urologickou operativu
- Operační světla – 4ks
- Operační laparoskopická sestava pro chirurgii
- Operační laparoskopická sestava pro gynekologii
- Operační artroskopická sestava pro ortopedii
- Urologická endoskopická sestava

### **Etapa č. 3 – Pořízení přístrojového vybavení pro lékařskou mikrobiologii a laboratorní diagnostiku**

Seznam přístrojového vybavení 3. etapy:

- Přístroj pro rychlou identifikaci bakteriálních kmenů (Hmotnostní spektrometr)
- Koagulometr

### **Etapa č. 4 – Pořízení přístrojového vybavení pro anesteziologii a intenzivní medicínu, dětské lékařství, radiologii, gynekologii, vnitřní lékařství, chirurgii, ortopedii, urologii**

Seznam přístrojového vybavení 4. etapy

- Kardiologický ultrazvuk – dětské oddělení
- Ultrazvuk přenosný s lineární sondou – ARO
- Kardiologický ultrazvuk – ARO
- Diagnostický ultrazvuk – RDG
- Plicní ventilátor ARO – 2ks
- Monitor základních životních funkcí s modulem PiCCO - ARO
- Anesteziologický přístroj s monitorem základních životních funkcí – ARO – 3ks
- Narkotizační přístroj včetně monitoru základních životních funkcí a dávkovač pro pracoviště magnetické rezonance
- Lůžka pro intenzivní péči – Gynekologie – 3ks
- Lůžka pro intenzivní péči – Interní oddělení – 11 ks
- Monitor základních životních funkcí + 2 centrální monitory pro interní JIP – 12 ks

#### **9.3.8 Podmínky Ministerstva pro místní rozvoj ČR**

Ministerstvem pro místní rozvoj ČR byla vypracována „Specifická pravidla pro žadatele a příjemce“ a „Podmínky Rozhodnutí o poskytnutí dotace“, které ve svých základních bodech kladou podmínku, že celková výše dotace uvedená v Rozhodnutí nebude překročena. Částka

dotace bude příjemci poskytnuta na základě skutečně vynaložených, odůvodněných a řádně prokázaných způsobilých výdajů. Nezpůsobilé výdaje projektu hradí příjemce z vlastních zdrojů. V případě, že v průběhu realizace projektu dojde ke snížení způsobilých výdajů, musí být vždy za celý projekt zachovány procentní podíly jednotlivých druhů dotace a zdrojů spolufinancování na celkových způsobilých výdajích. Jestliže bude před vyplacením dotace nebo její části zjištěno, že příjemce nesplnil některou z povinností uvedených v Rozhodnutí a těchto podmínkách, vyhrazuje si Řídící orgán IROP právo vyzvat příjemce dotace k provedení opatření k nápravě nebo rozhodnout o krácení dotace (IROP, Specifická pravidla pro žadatele a příjemce, 2016, s. 20).

### Pověřovací akt

Byl vydán Pověřovací akt dle Rozhodnutí Komise (2012/21/EU) o použití čl. 106 odst. 2. Smlouvy o fungování EU na státní podporu ve formě vyrovnávací platby za závazek veřejné služby udělené určitým podnikům pověřeným poskytováním služeb obecného hospodářského zájmu (Rozhodnutí SGEI), kde Pověřovatel Jihomoravský kraj pověřuje Nemocnici Kyjov, příspěvkovou organizaci k poskytování služeb obecného hospodářského zájmu – poskytování zdravotních služeb v souladu s oprávněním k poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů na období 10 let počínaje rokem 2016.

### 9.3.9 Podklady pro hodnocení projektu

Tabulka 7 – Finanční plán stavebních úprav

Stavební úprava části provozu nukleární medicíny		
Úprava části provozu nukleární medicíny, vyšetřovna SPECT/CT	4 032 000 Kč	Z důvodu pořízení nového přístroje (Hybridní kamera SPECT/CT), je nutno provést stavební úpravy dle zpracované projektové dokumentace.
<b>Celkem</b>		<b>4 032 000 Kč</b>

Tabulka 8 – Finanční plán pro pořízení přístrojového vybavení

Název přístroje	Předpokl. PC v Kč/ks	Počet kusů	Celková předpokl. PC (v Kč s DPH)	Obnova/nový přístroj	Stáří pův. přístroje	Obor návazné péče
<b>Etapa 1 – Veřejná zakázka č. 0002 v MS2014+, předpokládaná hodnota 6 300 519 Kč s DPH</b>						
Videoduodenoskopická sestava, 2 videoduodenoskopy	2 569 266	1	2 569 266	obnova	2002	Vnitřní lékařství
Videokolonoskopická sestava, 3x kolonoskop nejvyšší třídy	3 255 578	1	3 255 578	obnova	2007	vnitřní lékařství
Myčka endoskopů – plicní	475 675	1	475 675	nový přístroj		vnitřní lékařství
<b>Celkem VZ 0002</b>		<b>3</b>	<b>6 300 519</b>			
<b>Etapa 1 - Veřejná zakázka č. 0003 v MS2014+, předpokládaná hodnota 38 687 817 Kč s DPH</b>						
Hybridní kamera SPECT/CT	16 407 600	1	16 407 600	obnova	1993	nukleární medicína
Skiografický přístroj s přímou digitalizací	5 670 909	2	11 341 817	obnova	2000	radiologie
Skiaskopicko skiografický komplet s se skloupnou stěnou s DSA	10 938 400	1	10 938 400	obnova	2000	vnitřní lékařství
<b>Celkem VZ 0003</b>		<b>4</b>	<b>38 687 817</b>			
<b>Celkem za Etapu č. 1</b>		<b>7</b>	<b>44 988 336</b>			
<b>Etapa 2 - Veřejná zakázka č. 0004 v MS2014+, předpokládaná hodnota 29 983 459 Kč s DPH</b>						
Operační stůl – 2ks pro chirurgickou operativu	4 065 919	2	8 131 838	obnova	2000	chirurgie
Operační stůl – 1ks pro ortopedickou operativu	4 488 487	1	4 488 487	obnova	2000	ortopedie
Operační stůl – 1ks pro urologickou operativu	4 186 970	1	4 186 970	obnova	2000	urologie
Operační světla	804 907	4	3 219 628	obnova	2002	Chirurgie, ortopedie, urologie
Operační laparoskopická sestava pro chirurgii	2 333 585	1	2 333 585	obnova	1993	chirurgie
Operační laparoskopická sestava pro gynekologii	2 865 985	1	2 865 985	obnova	1993	gynekologie
Operační artroskopická sestava pro ortopedii	1 764 783	1	1 764 783	obnova	1991	ortopedie
Urologická endoskopická sestava	2 992 183	1	2 992 183	obnova	1998	urologie
<b>Celkem za Etapu č. 2</b>		<b>8</b>	<b>29 983 459</b>			
<b>Etapa 3 - Veřejná zakázka č. 0004 v MS2014+, předpokládaná hodnota 5 400 867 Kč s DPH</b>						
Přístroj pro rychlou identifikaci bakteriálních kmenů	4 800 000	1	4 800 000	nový přístroj		lékařská mikrobiologie
Koagulometr	600 867	1	600 867	nový přístroj		laboratorní diagnostika
<b>Celkem za Etapu č. 3</b>		<b>2</b>	<b>5 400 867</b>			

Etapa 4 - Veřejná zakázka č. 0005 v MS2014+, předpokládaná 14 364 672 Kč s DPH						
Ultrazvuk přenosný s lineární sondou ARO	183 920	1	183 920	nový přístroj		anesteziologie a intenzivní medicína
Kardiologický ultrazvuk - dětské odd.	1 655 280	1	1 655 280	obnova	2000	dětské lékařství
Kardiologický ultrazvuk – ARO	798 600	1	798 600	nový přístroj		anesteziologie a intenzivní medicína
Ultrazvuk – RDG	1 597 200	1	1 597 200	nový přístroj		radiologie
Transportní plicní ventilátor pro ARO	269 104	1	269 104	obnova	2009	anesteziologie a intenzivní medicína
Plicní ventilátor ARO	545 596	2	1 091 192	obnova	1995	anesteziologie a intenzivní medicína
Monitor základních životních funkcí s modulem PiCCO	237 402	1	237 402	nový přístroj		anesteziologie a intenzivní medicína
Anesteziologický přístroj s monitorem základních životních funkcí	822 703	3	2 468 109	obnova	1991	anesteziologie a intenzivní medicína
Narkotizační přístroj včetně monitoru základních životních funkcí a dávkovače pro pracoviště magnetické rezonance	2 372 955	1	2 372 955	nový přístroj		Radiologie
Lůžka pro intenzivní péči – GYN	71 180,40	3	213 541	obnova	1999	gynekologie
Lůžka pro intenzivní péči – INT	71 180,40	11	782 984	obnova	1992	vnitřní lékařství
Monitor základních životních funkcí + centrální monitor pro interní JIP	224 532	12	2 694 384	obnova	2007	vnitřní lékařství
<b>Celkem za Etapu č. 4</b>		<b>42</b>	<b>14 364 672</b>			
<b>Celkem</b>		<b>59</b>	<b>94 737 333</b>			

Součástí projektu byly i výše zmíněné stavební úpravy na oddělení nukleární medicíny, jejichž předpokládaná hodnota byla 5.040.000 Kč, hodnota této úpravy měla činit 80 % předpokládané částky, tedy 4.032.000 Kč. Tyto stavební úpravy byly provedeny v průběhu první etapy.

V rozpočtu projektu jsou dále uvedeny položky v celkové výši 190.000 Kč na zabezpečení výstavby a povinná publicita projektu. Tyto stavební úpravy se dle metodiky o poskytnutí dotace řadily mezi nezpůsobilé finanční výdaje a byly částečně hrazeny z vlastních zdrojů.



Tabulka 9 – Doplnkové náklady projektu

<b>Doplnkové náklady do 15 % CZV projektu - investiční</b>	
Technický dozor	90 000 Kč
Autorský dozor	50 000 Kč
Koordinátor BOZP	50 000 Kč
<b>Celkem</b>	<b>190 000 Kč</b>
<b>Doplnkové náklady do 15 % CZV projektu - neinvestiční</b>	
Povinná publicita billboard, pamětní deska	30 000 Kč
<b>Celkem</b>	<b>30 000 Kč</b>

### 9.3.10 Cenová analýza trhu

Nemocnice Kyjov, jakožto žadatel o dotaci, uvedla data zjištěná na základě provedeného průzkumu trhu, která doložila jako povinnou přílohu k žádosti.

Při provedeném průzkumu trhu byly osloveni potencionální dodavatelé jednotlivých zdravotnických technologií s žádostí o zaslání cenové nabídky na požadované přístroje. Z nejnižší nabídky každého jednotlivého přístroje bylo stanoveno 80 % předpokládané pořizovací hodnoty, a to v souvislosti ze zkušeností, že při soutěži bývá cena nižší o cca 20 % katalogové ceny produktu.

### 9.3.11 Plán zdrojů financování

Byl sestaven plán zdrojů financování realizace projektu, včetně popisu procesu zajištění předfinancování a spolufinancování majetku. Projekt je částečně financován z vlastních zdrojů (10 % z každé zakázky) a částečně formou bankovního úvěru (90 % z každé zakázky).

### Finanční harmonogram projektu

Tabulka 10 – Finanční harmonogram projektu

Název	Datum zahájení VZ	částka	investice	Neinvestice
Etapa 1	10/2016	49 240 335,00	49 210 335,00	30 000,00
Etapa 2	05/2017	29 983 459,00	29 983 549,00	0,00
Etapa 3	09/2017	5 400 867,00	5 400 867,00	0,00
Etapa 4	01/2018	14 364 672,00	14 64 672,00	0,00
Celkem		<b>98 989 333,00</b>	<b>98 959 333,00</b>	<b>30 000,00</b>

#### 9.3.12 Povinnosti v době udržitelnosti projektu:

- každých dvanáct měsíců od zahájení udržitelnosti podávat v MS2014+ Průběžnou ZoU projektu a přepočít finanční mezery a maximální výše dotace,
- do 10 pracovních dnů ode dne ukončení udržitelnosti podat v MS2014 Závěrečnou ZoU projektu,
- udržet dosažené cíle a výstupy projektu,
- dodržovat pravidla publicity,
- prokázat naplnění a udržení indikátoru,
- informovat CRR o všech zahájených externích kontrolách, zasílat návrhy závěrečných zpráv a protokolů, zasílat CRR finální zprávy, plnit nápravná opatření z předcházejících kontrol,
- informovat CRR o změnách v projektu,
- monitorovat příjmy projektu do uzavření programu v EK,
- řádně uchovávat veškerou dokumentaci a účetní doklady související s realizací projektu,
- veškerý pořízený majetek používat k účelu, ke kterému se zavázal v žádosti o podporu (IROP: Obecná pravidla pro žadatele a příjemce, 2019, s. 177).

#### 9.3.13 Významné změny v projektu

V průběhu projektu došlo k několika změnám, které byly vyvolány změnou technologického vybavení nebo havárií přístroje a také došlo ke změně harmonogramu projektu.

### Změna technologie

- Skiaskopicko – skiagrafický komplet s C-ramenem

Při přípravě projektu byl v rámci průzkumu trhu požadován skiaskopicko skiagrafický komplet s integrovaným C-ramenem, jehož předpokládaná hodnota byla 16 310 800 Kč. V důsledku změny technologie, kdy byl tento přístroj nahrazen multifunkčním skiaskopicko-skiagrafickým kompletem se sklopnou stěnou s DSA, došlo k výraznému snížení investičních nákladů v řádu několika milionů Kč, a to při nezměněném spektru vyšetření. Multifunkční skiaskopicko – skiagrafický komplet se sklopnou stěnou s DSA byl zakoupen za 8 117 877 Kč.

- Narkotizační přístroj včetně monitoru základních životních funkcí a dávkovače pro pracoviště magnetické rezonance

Na základě detailního interního průzkumu spektra poskytovaných zdravotních služeb na pracovišti magnetické rezonance a nutných požadavků na technologické vybavení pro intenzivní medicínu v Nemocnici Kyjov byla v rámci projektu podána žádost o zařazení nových položek do seznamu investic v tomto projektu a nahrazení původně plánovaného narkotizačního přístroje pro pracoviště magnetické rezonance. Důvodem pro tuto změnu byl i fakt, že v době přípravy dotační žádosti nebylo pracoviště magnetické rezonance v plném provozu, a tak po konzultaci s vedoucími lékařskými pracovníky byla navržena změna v seznamu plánovaných technologií.

Tyto mají efektivnější využití v rámci poskytovaných zdravotních služeb a také řeší havarijní stavy a technologickou zastaralost původního přístrojového vybavení napříč podporovanými odbornostmi. Současně byl proveden nový průzkum trhu a tím došlo k úpravě předpokládaných hodnot pořizovaných přístrojů. Nové technologické vybavení nemá dopad na navýšení finančního plánu projektu, v jiném případě by šlo o neuznatelné náklady projektu a muselo by dojít ke změně Podmínek dotace a vydání nového Právního aktu, a to by znamenalo administrativní prodloužení harmonogramu projektu.

Tabulka 11 – Změna technologického vybavení a předpokládané hodnoty pořizovaných přístrojů, vlastní zpracování

Název nově plánovaného přístroje	Původní počet kusů	Původní hodnota zakázky (Kč)	Nově plánovaný počet kusů	Nová hodnota zakázky (Kč)
Monitor základních životních funkcí s modulem PiCCO	1	237 402	2	718 982
Anesteziologický přístroj s monitorem základních životních funkcí	3	2 468 109	4	3 581 486
Narkotizační přístroj včetně monitoru základních životních funkcí a dávkovače pro pracoviště magnetické rezonance	1	2 372 955	0	0
Lůžka pro intenzivní péči s laterálním náklonem a váhou – ARO	0	0	2	209 970
Lůžko pro intenzivní péči s laterálním náklonem - ARO	0	0	1	81 231
<b>Celkem</b>	<b>5</b>	<b>5 078 466</b>	<b>9</b>	<b>4 591 669</b>

### Havárie narkotizačního přístroje

V průběhu 2. etapy projektu došlo k náhlé havárii narkotizačního přístroje, proto bylo neodkladné pořídit nový přístroj. Vzhledem k tomu, že anesteziologie je součástí podporovaných oborů, bylo využito možnosti pořídit nový přístroj v rámci tohoto programu.

Zakázka na ostatní přístroje z druhé etapy již probíhala, proto bylo na základě schválení Radou JMK a poskytovatelem dotace vypsáno samostatné výběrové řízení na anesteziologický přístroj. Změna byla provedena v souladu s §35 Zákona č. 134/2016 Sb. o zadávání veřejných zakázek.

Tento byl později zařazen do 2 etapy projektu Návazné péče. Jeho skutečná hodnota byla 1 161 842 Kč.

### Změna harmonogramu

V průběhu projektu došlo k významné změně v jeho harmonogramu. Nemocnice Kyjov se stala prvním úspěšným žadatelem o prodloužení lhůty k ukončení projektu nad rámec

specifických podmínek pro poskytnutí dotace, ve kterých byl stanoven nejzazší termín pro ukončení realizace projektu 31.12.2018.

Dle Závazného stanoviska Řídicího orgánu IROP č. 7 (IROP, Závazné stanovisko Řídicího orgánu IROP č. 7, 2018), „povolil Řídicí orgán IROP příjemcům při splnění předem stanovených podmínek předkládat žádosti o změnu na prodloužení realizace projektu za nejzazší datum ukončení realizace projektu uvedené v textu výzvy, a to při nedodržení předpokládaných lhůt pro administraci projektů ze strany Řídicího orgánu IROP, zprostředkujících subjektů IROP nebo Místních akčních skupin a z důvodu prodlev při zadávání a administraci veřejných zakázek a dalších nepředvídatelných okolností nezaviněných žadatelem/příjemcem.“

K vzniklým problémům došlo z důvodu časové náročnosti spojené se zadáváním a administrací nadlimitních zakázek na dodávky přístrojů a tím spojených nepředvídatelných okolností nezaviněných příjemcem, Nemocnicí Kyjov, příspěvkovou organizací. Dále bylo nutné s ohledem na požadavek ze strany Centra pro regionální rozvoj a Zásad Jihomoravského kraje aktualizovat cenové nabídky na přístrojové vybavení. Aktualizace průzkumu trhu, specifikace přesnějších technických parametrů a jejich schválení tak zabrala řádově několik týdnů.

Nemocnice využila možnosti k prodloužení harmonogramu dle podmínek Závazného stanoviska ŘO IROP č. 7 ze dne 13. srpna 2018, kde se uvádí, že harmonogram projektu může být prodloužen nad rámec podmínek stanovených ve výzvě z důvodu, že nedodržení harmonogramu realizace projektu prokazatelně nezpůsobil žadatel/příjemce podpory.

Žádost o změnu tak musela být řádně odůvodněna, a to včetně návrhu na prodloužení termínu realizace. Toto změnové řízení bylo započato v srpnu 2018 a k jeho schválení ze strany ŘO došlo v prosinci 2018.

Hlavní důvodem k prodloužení harmonogramu projektu byly vzniklé komplikace a následné zrušení jedné části výběrového řízení. Jednalo se o zakázku na dodávku operační laparoskopické sestavy pro gynekologii. Nemocnice vyhověla námitkám ze strany uchazečů o dodávku tohoto technologického vybavení a využila zákonné možnosti zrušení této části veřejné zakázky. Nové samostatné výběrové řízení na dodávku operační laparoskopické sestavy pro oddělení gynekologie bude součástí čtvrté etapy projektu Návazné péče se schváleným termínem dokončení realizace ke dni 31.12.2019.

Toto změnové řízení bylo administrativně nejsložitější změnou v celém projektu.

### 9.3.14 Aktuální stav

Aktuálně je projekt Návazné péče v Nemocnici Kyjov ve fázi realizace poslední etapy, kterou bylo, jak jsem zmínila výše, nutno zadavatelem zrušit. Proto není možné vypracovat finální podobu finanční rekapitulace projektu, ale pouze jeho dílčí podobu bez tří posledních technologií (2x plicní ventilátor, 1x operační laparoskopická sestava pro gynekologii).

Tabulka 12 – Finanční rekapitulace projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov

Název přístroje	Aktualizovaná předpokládaná cena (v Kč včetně DPH)	Počet kusů	Celková pořizovací cena (v Kč včetně DPH)	Rozdíl (v Kč včetně DPH)
Úprava části provozu nukleární medicíny, vyšetřovna SPECT/CT	7 196 747		5 127 512	2 069 235
Videoduodenoskopická sestava, 2 videoduodenoskopy	2 569 266	1	2 880 000	-310 734
Videokolonoskopická sestava, 3x kolonoskop nejvyšší třídy	3 255 578	1	4 047 450	-791 872
Myčka endoskopů - plicní	675 364	1	641 241	34 123
Hybridní kamera SPECT/CT	16 407 600	1	20 429 999	-4 022 399
Skiografický přístroj s přímou digitalizací 2 ks á 5.670.909 Kč	11 341 817	2	12 809 733	-1 467 916
Skiaskopicko skiografický komplet se sklopnou stěnou s DSA	6 605 040	1	8 117 877	- 1 312 837
<b><i>Celkem za Etapu č. 1</i></b>	<b><i>48 251 412</i></b>	<b><i>7</i></b>	<b><i>54 053 812</i></b>	<b><i>- 5 802 400</i></b>
Operační stoly – 4ks	11 120 000	4	9 515 805	1 604 195
Operační světla 4ks	1 280 000	4	1 539 890	- 259 890
Anesteziologický přístroj s monitorem základních životních funkcí	968 176	1	1 161 842	-193 666
Operační laparoskopická sestava pro chirurgii	2 320 000	1	2 769 085	- 449 085
Operační laparoskopická sestava pro gynekologii	2 417 304	<b>0</b>	probíhá VŘ	
Operační arthroscopická sestava pro ortopedii	1 764 800	1	2 179 452	-414 652
Urologická endoskopická sestava	2 992 000	1	3 488 309	-496 309
<b><i>Celkem za etapu č. 2</i></b>	<b><i>22 862 280</i></b>	<b><i>12</i></b>	<b><i>20 654 383</i></b>	<b><i>XXX</i></b>

Přístroj pro rychlou identifikaci bakteriálních kmenů (Hmotnostní spektrometr)	3 839 088	1	5 989 500	- 2 150 412
Koagulometr	7 183 528	1	600 159	-6 583 369
<b><i>Celkem za etapu č. 3</i></b>	<b><i>11 022 616</i></b>	<b><i>2</i></b>	<b><i>6 589 659</i></b>	<b><i>4 432 957</i></b>
Ultrazvuk přenosný s lineární sondou ARO	211 876	1	236 443,68	-24 568
Kardiologické ultrazvuky - dětské odd., ARO	3 291 378	2	4 103 128	- 811 750
Diagnostický ultrazvuk – RDG	2 032 800	1	2 466 414	- 433 614
Plicní ventilátor a transportní plicní ventilátor pro ARO	1 666 008	0	probíhá VŘ	
Monitor základních životních funkcí s modulem PiCCO	718 982	2	850 630	- 131 648
Anesteziologický přístroj s monitorem základních životních funkcí	2 613 310	3	3 154 470	- 541 160
Lůžka pro intenzivní péči GYN – 3 ks INT – 11 ks Lůžko s laterálním náklonem a váhou – ARO – 2ks Lůžko s laterálním náklonem – ARO – 1ks	1 287 726	17	1 458 168,58	- 170 443
Monitor základních životních funkcí + centrální monitor pro interní JIP	2 014 352	12	2 517 937	- 503 585
<b><i>Celkem za 4. etapu se změnou technologií</i></b>	<b><i>13 836 431</i></b>	<b><i>38</i></b>	<b><i>14 787 192</i></b>	<b><i>XXX</i></b>
<b>Celkem</b>	<b>95 972 739</b>	<b>59</b>	<b>96 085 046</b>	<b>XXX</b>

Na základě pravdivých údajů uvedených v tabulce číslo 11 – Změna technologického vybavení a předpokládané hodnoty pořizovaných přístrojů je patrné, že provedená změna v technologii, kdy byl jeden přístroj nahrazen pěti jinými, měla kladný dopad na rozpočet projektu, a to v celkové výši 486 797 Kč s DPH.

Dle původního finančního plánu projektu, který byl vyčíslen a Řídicím orgánem schválen ve výši 98 989 333 zaznamenáváme přebytek rozpočtu v celkové výši 2 904 287 Kč, ovšem musíme zde brát v úvahu dosud neuzavřená výběrová řízení na operační laparoskopickou sestavu pro gynekologii a plicní ventilátory pro anesteziologicko-resuscitační oddělení za předpokladu, že aktuální předpokládaná hodnota těchto přístrojů činí 4 083 312 Kč.

### 9.3.15 Návrh na dokončení projektu

Při sumarizaci dílčích částí projektu jsem zjistila, že Nemocnice Kyjov, jakožto veřejný zadavatel, pochybila při stanovování předpokládaných hodnot jednotlivých přístrojů a z toho důvodu nebyl dodržen finanční plán projektu.

Jak je uvedeno ve specifických pravidlech pro žadatele a příjemce (IROP, Specifická pravidla pro žadatele a příjemce, 2016, s. 20), nenaplnění či překročení vykazovaného rozpočtu projektu může vést ke krácení nebo nevyplnění dotace.

Pro dokončení projektu je nutno provést další změnové řízení, jež bude obsahovat především změnu finančního plánu a přehledu financování projektu s čerpáním finančních prostředků v jednotlivých letech.

Navrhované změnové řízení musí vycházet ze skutečných vysoutěžených cen, které budou podloženy smluvními ujednáními s dodavateli technologií.

Jakmile dojde k vysoutěžení poslední technologie, je nutné zaslat Žádost o platbu a zároveň zpracovat Zprávu o realizaci. Zpracování zprávy je možné konzultovat s finančním manažerem, který se na straně Řídícího orgánu zabývá administrací tohoto projektu.

Příjemce dotace musí ve Zprávě o realizaci popsat všechny podstatné události z průběhu realizace projektu. V kapitole „Identifikace problémů“ v systému ISKP+ je nutné popsat vzniklé problémy za sledované období a zároveň zde uvést kroky k jejich eliminaci a postupy řešení.

Zpráva taktéž rekapituluje údaje o naplnění závazných indikátorů, což je nezbytné pro splnění hlavních podmínek dotačního projektu. Nezbytné pro dodržení podmínek je taktéž splnění Klíčových aktivit, které musí být v Závěrečné zprávě popsány k výchozímu stavu.

Je nutné vyhotovit stálou pamětní desku, která bude umístěna na přístupném a viditelném místě, nejlépe u vstupu do areálu nemocnice a bude obsahovat veškeré povinné údaje k projektu. V této chvíli je zde umístěn pouze dočasný billboard. K tomu je možné využít Generátor nástrojů povinné publicity evropských strukturálních a investičních fondů.



## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce je zaměřena na poskytovanou zdravotní péči v České republice, její kvalitu, a především projekt vedoucí k dalšímu zkvalitnění poskytované zdravotní péče v jihomoravském regionu Kyjovsko a jeho spádové oblasti.

Hlavním cílem mojí práce bylo sumarizovat probíhající projekt Návazné péče v Nemocnici Kyjov a zjistit jeho efektivitu a dopad na organizaci a pacienty.

V praktické části je provedena analýza demografického vývoje v České republice a v Jihomoravském kraji. Součástí práce jsou i analýzy makroprostředí a mikroprostředí Nemocnice Kyjov a také popis jejího lůžkového fondu ve srovnání s okolními nemocnicemi. Pro provedení analýzy makroprostředí jsem využila metodu PESTE, kde jsem zjistila, že se meziročně zvyšují výnosy za poskytnuté zdravotní služby, ale výrazně také stoupají i náklady zdravotní péči. V souvislosti s provedenou analýzou mikroprostředí je patrné, že vzhledem k tomuto vysokému růstu nákladů organizace efektivně využívá finanční prostředky získané ze své vlastní činnosti k dalšímu investování především do nejmodernějších zdravotnických technologií, které přináší další zisky a také se díky tomuto vybavení výrazně zvyšuje komfort pacientů.

Pro maximalizaci efektivnosti poskytovaných zdravotních služeb využila Nemocnice Kyjov dotačního programu IROP v projektu Návazné péče, kdy byla modernizována velká část technologického vybavení organizace. Průběh a dopad tohoto projektu je detailně popsán v deváté kapitole bakalářské práce.

Na základě svých poznatků při sumarizaci a hodnocení průběhu projektu jsem zjistila, že ze strany organizace byly dodrženy všechny zákonné postupy pro úspěšné dokončení projektu i přes vzniklé problémy v průběhu druhé etapy tohoto projektu. Jednalo se o nutné zrušení jedné části veřejné zakázky, kdy organizace vyhověla námitkám žadatelů a po složitém administrativním boji dokázala zajistit souhlas Řídícího orgánu s prodloužením lhůty k ukončení projektu a tím se stala prvním úspěšným žadatelem o toto kladné stanovisko.

Celkový finanční rozpočet projektu není v současné době znám, ovšem již teď je naplněn jeden z jeho základních cílů, a to zvýšení vyšetřovacího komfortu pro pacienty. V rámci tohoto projektu byla pořízena řada moderních technologií, které výrazně zlepšují kvalitu vyšetření pacientů, pohodlnost při prováděných výkonech a především v rámci pořízení celkem čtyř nových, k lidskému organismu velmi šetrných narkotizačních přístrojů, je velmi

pozitivně ovlivněn průběh nezbytných operačních výkonů, kdy pacienti nejsou vystavováni vyšším než nezbytně nutným dávkám anestetik. Tím je velmi kladně ovlivněna jejich následná pooperační léčba.

Významným výsledkem tohoto projektu je i rozšíření spektra prováděných vyšetření díky nejmodernějším technologiím umožňujících širší a sofistikovanější rozsah poskytované zdravotní péče. Rozšíření spektra výkonů, které je možno na odděleních provádět, je tedy úzce provázáno s možným vykázaním na zdravotní pojišťovny v rámci sjednaných úhradových mechanismů. To tedy s sebou přináší i ekonomický efekt z pohledu úhrady celkové ambulantní i hospitalizační zdravotní péče.

Díky pořízení přístroje pro rychlou identifikaci bakteriálních kmenů (Hmotnostní spektrometr) dochází nyní k nasazení účinné antibiotické léčby v řádu hodin, nikoliv dnů, jak tomu bylo dříve. To přináší efekt úspory v kapitole nákladů na antibiotické léčivé přípravky v rozsahu cca 3 - 4 dny, kdy bylo nutné čekat na bakteriální kultivaci. V těchto dnech byly pacientům podávány léčivé přípravky, které ne vždy korespondovaly se skutečnou bakteriální diagnostikou. Tímto dochází tedy nejen k významné finanční úspoře, ale i šetrnějšímu průběhu léčby.

Finančně nejnáročnější modernizace se dotkla etapy stavební rekonstrukce oddělení nukleární medicíny a pořízení technologie SPECT/CT. Tímto byla nahrazena již morálně a technologicky zastaralá scintilační kamera a díky spojení s diagnostickou obrazovou metodou CT došlo k přesnějšímu a efektivnějšímu způsobu léčby. Rozšíření této diagnostické metody o obor radiologie je nesporným zkvalitněním péče o pacienty.

Dále je pak nutné zmínit i komplexní vybavení operačních sálů, kde byly obnoveny zásadní operační technologie, a to od nejmodernějších operačních světel, operačních stolů až po operační sestavy, které nejenže nabízí širší a sofistikovanější spektrum operačních výkonů, ale jsou zároveň daleko šetrnější k pacientům v průběhu operace. To s sebou přináší efekt snížení ekonomické zátěže na léčbu a délku hospitalizace pacienta, včetně jeho rekonvalescence, a tedy návratu do běžného života.

Ekonomický přínos bude v nejbližších letech spojený i se snížením nákladů na opravy a servis, jelikož jsou nově pořízené přístroje v záruční lhůtě, a taky nebude docházet k tak častým výpadkům z důvodů havárií, servisů a oprav, který si vyžadovaly přístroje, jenž byly nahrazeny těmito novými technologiemi.

S projektem je bohužel spojená i negativní ekonomická zátěž, a to ve formě zvýšení účetních odpisů, které se promítají do výsledků hospodaření nemocnice. Tento fakt bylo nutné zohlednit a připravit žádost o prodloužení odpisového plánu, a to z deseti na dvanáct let, který mimořádně schválila v loňském roce Rada Jihomoravského kraje.

Musím zároveň upozornit na významný fakt, a to že nemocnice aktuálně stojí před velkou výzvou a důmyslným finančním plánováním do dalších let. Modernizovaná a obnovená technologie má svou životnost, na jejímž konci pravděpodobně žádná taková další finanční injekce ve formě dotací ze Strukturálních fondů EU nepříjde. Z pohledu spektra a kvality poskytované péče již nebude možné ustoupit a bude nutné zajistit rozsah ve stejné a časem i lepší kvalitě.

Proto je velmi důležité se právě v tuto chvíli zaměřit na tvorbu rezerv v kapitole investičního fondu, které zabrání kolapsu v momentě, kdy bude nutné dnes nové přístrojové vybavení znovu obměnit a modernizovat, ovšem tentokrát již z vlastních zdrojů.

Nemocnice Kyjov využila příspěvku z evropských fondů na modernizaci přístrojového vybavení v hodnotě téměř 100 milionů Kč zcela efektivně. Tento projekt významně ovlivnil její chod včetně rozšíření kvality a spektra poskytované zdravotní péče vůči pacientům.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Bibliografie:

BEDNAŘÍK, Milan, 2018. *Kvalita péče ve zdravotnictví*. Praha: Ústav práva a právní vědy, o.p.s., Právo a management, 45 s. ISBN 978-80-87974-14-8.

ČELEDOVÁ, Libuše, Jan HOLČÍK a kol, 2017. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 203 s. ISBN 978-80-246-3809-6.

ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada, 126 s. ISBN 978-80-247-3213-8.

DOLEŽAL, Jan a Jiří KRÁTKÝ, 2017. *Projektový management v praxi: naučte se řídit projekty! 1. vyd.* Praha: Grada, 171 s. ISBN 978-80-247-5693-6.

FEUCHTWANGER, Edgar, 2014. *Bismarck: A Political History*. 2nd edition. New York: Routledge, xxviii, 287 s. ISBN 978-0415724784.

FOLLAND, Sherman, Allen C GOODMAN a Miron STANO, c2013. *The Economics of Health and Health Care*. 7th ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson, xxii, 602 s. ISBN 978-0-13-277369-0.

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

JAROŠOVÁ, Darja a Ilona PLEVOVÁ, 2013. *Management v ošetrovatelství: studijní opora*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 73 s. ISBN 978-80-7464-304-0.

KAZIMOUR, Ivan, 2016. *Historie českého zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Martin Kolářek, 465 s. ISBN 978-80-7512-595-8.

KISLINGEROVÁ, Eva, 2010. *Manažerské finance*. 3. vyd. Praha: C.H. Beck, xxxviii, 811 s. Beckova edice ekonomie. ISBN 978-80-7400-194-9.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ a kol., 2016. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 312 s. ISBN 978-80-247-5351-5.

POREMSKÁ, Michaela, c2014. *Veřejné zakázky: právní minimum při jejich zadávání*. 1. vyd. Olomouc: ANAG, 143 s. ISBN 978-80-7263-908-3.

POREMSKÁ, Michaela, 2017. *Veřejné zakázky stručně a prakticky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 327 s. ISBN 978-80-7552-697-7.

SLAVÍK, Jakub, 2014. *Marketing a strategické řízení ve veřejných službách: jak poskytovat zákaznický orientované veřejné služby*. 1. vyd. Praha: Grada, 183 s. ISBN 978-80-247-4819-1.

ŽDÁRA, Jaroslav, 2018. *Management ve zdravotnictví I.: učební text pro vysokoškolskou výuku*. 1. vyd. Brno: Univerzita obrany, 103 s. ISBN 978-80-7231-369-3.

**Internetové zdroje:**

Česká republika, Obyvatelstvo podle pohlaví a hlavních věkových skupin v letech 1991 až 2017, 2018. In: *Český statistický úřad* [online]. 23.5.2018 [cit. 2018-11-14]. Dokument ke stažení dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-a-pohyb-obyvatelstva-v-jihomoravskem-kraji-2017>

Česká republika: Vybrané demografické údaje (1989-2017), 2018. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dokument ke stažení dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-od-roku-1989-v-cislech-2017-24bfnixod8#01>

Česká republika: Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, 2018. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dokument ke stažení dostupný z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr>

Databáze Strategií: Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014-2017, Část 4. Programová část, 2014. In: *Databáze Strategií* [online]. [cit. 2018-11-10]. Dokument ke stažení dostupný z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/jmk/strategie/program-rozvoje-jihomoravskeho-kraje-2014-2017?typ=download>

IROP: Představujeme IROP, 2018. In: *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <http://www.irop.mmr.cz/cs/Pro-media/Predstavujeme-IROP>

IROP: Specifická pravidla pro žadatele a příjemce, 2016. In: *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <http://irop.mmr.cz/cs/Vyzvy/Seznam/Vyzva-c-31-Zvyseni-kvality-navazne-pece>

IROP: Obecná pravidla pro žadatele a příjemce, 2019. In: *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. [cit. 2019-04-26]. Dostupné z: <http://irop.mmr.cz/cs/Vyzvy/Seznam/Vyzva-c-31-Zvyseni-kvality-navazne-pece>

IROP: Výzva č. 31 Zvýšení kvality návazné péče, 2019. In: *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. [cit. 2019-04-14]. Dostupné z: <https://irop.mmr.cz/cs/Vyzvy/Seznam/Vyzva-c-31-Zvyseni-kvality-navazne-pece>

IROP: Závazné stanovisko Řídícího orgánu IROP č. 7, 2018. In: *Ministerstvo pro místní rozvoj ČR* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <https://irop.mmr.cz/getmedia/3c7373a1-e5c7-406d-a2c5-37ee3c81a9a8/Zavazne-stanovisko-RO-IROP-c-7.pdf.aspx>

Jihomoravský kraj, 2017. Schválený rozpočet Jihomoravského kraje na rok 2018. In: *Jihomoravský kraj* [online]. 14.12.2017 [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: <https://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=353044&TypeID=2&origin=mobile>

MZ ČR: Koncepce návazné péče, 2014. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2.12.2014 [cit. 2018-11-14]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/koncepce-navazne-pece\\_9825\\_3217\\_8.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/koncepce-navazne-pece_9825_3217_8.html)

Platforma zdravotních pojišťenců ČR, 2017. *Ekonomická analýza zdravotních pojišťoven v České republice: Jak zdravé jsou zdravotní pojišťovny* [online]. Praha: Platforma zdravotních pojišťenců ČR, z.ú. [cit. 2018-12-10]. Dostupné z: <http://www.zdravotnipojistenci.cz/static/soubory/stranka-58/ekonomicka-analyza-zdravotnich-pojistoven-v-ceske-republice-2017-29.pdf>

Vyhláška č. 201/2018 Sb. ze dne 5. září 2018 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupná z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2018-201>

Zákon č. 258/2000 Sb. ze dne 14. července 2000 o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>

Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-11-14]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>

Zákon č. 48/1997 Sb. ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2018-11-26]. Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>

### **Ostatní zdroje**

Výroční zprávy Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace

Výroční zprávy Nemocnice TGM Hodonín, příspěvkové organizace

Výroční zprávy Nemocnice Břeclav, příspěvkové organizace



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ARO	Anesteziologicko – resuscitační oddělení
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
CRR	Centrum pro regionální rozvoj
CT	Počítačový tomograf Computer Tomography
CZV	Celkové způsobilé výdaje
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Klasifikační systém Diagnosis-Related Group
DSA	Digitální subtrakční angiografie
EFQM	Evropská nadace pro management kvality European Foundation for Quality Management
EK	Evropská komise
ERDF	Evropský fond pro regionální rozvoj European Regional Development Fund
ESIF	Evropské strukturální a investiční fondy
GYN	Gynekologie
ICT	Informační a komunikační technologie Information and Communication Technologies
IROP	Integrovaný Regionální Operační Program
ISO	Mezinárodní organizace pro normalizaci International Organization for Standardization
JCIA	Model akreditačních standardů Joint Commission International Accreditation
JIP	Jednotka intenzivní péče
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
PC	Pořizovací cena
PDCA	Plánuj - Proveď – Ověř – Jednej Plan – Do – Check – Act
PiCCO	Kardiopulmonální monitoring Pulse Contour Cardiac Output
RDG	Radiologie

---

ŘO	Řídicí orgán
SAK ČR	Spojená akreditační komise České republiky
SGEI	Služby obecného hospodářského zájmu Services of General Economic Interest
SPECT/CT	Jednofotonová emisní výpočetní tomografie Single-Photon Emission Computed Tomography
SR	Státní rozpočet
ÚČOCH	Ústní, čelistní a obličejová chirurgie
ZoU	Zpráva o udržitelnosti
ZP	Zdravotní pojišťovna/y
ZVZ	Zákon o zadávání veřejných zakázek

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Úrovně koncepcí péče o zdraví dle WHO (Žďára, 2018, s. 33), vlastní zpracování.....	11
Obrázek 2 – Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví (Machová a kol., 2016, s. 12), vlastní zpracování .....	12
Obrázek 3 – Priorita 3: Atraktivní region pro obyvatele, návštěvníky i investory (Databáze Strategií: Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017, Část 4. Programová část, 2014, s. 7), vlastní zpracování.....	16
Obrázek 4 - Zastoupení jednotlivých pojišťoven v počtu pojištěnců (Platforma zdravotních pojištěnců ČR, 2017, s. 9), vlastní zpracování.....	20
Obrázek 5 – Demingův cyklus, vlastní zpracování .....	25
Obrázek 6 – Model PDCA v pohledu na kvalitu poskytované zdravotnické péče (Bednařík, 2018, s. 32), vlastní zpracování .....	26
Obrázek 7 - Determinanty kvality (Žďára, 2018, s. 66), vlastní zpracování .....	27
Obrázek 8 – Komponenty strategického plánování (Jarošová a Plevová, 2013, s. 30), vlastní zpracování .....	28
Obrázek 9 – Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR, 2010 – 2016 (mld. Kč; podíl na HDP), (Česká republika: Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, 2018), vlastní zpracování .....	30
Obrázek 10 - Vertikální model organizace péče v návazné na systém vysoce specializované péče. (MZ ČR, Koncepce návazné péče, 2014), vlastní zpracování ..	34
Obrázek 11 – Vývoj počtu obyvatel ČR v letech 1989 – 2017 (v tis. obyvatel), (Česká republika: Vybrané demografické údaje (1989-2017), 2018), vlastní zpracování .....	38
Obrázek 12 - Srovnání počtu obyvatel JMK a okresu Hodonín v letech 1991–2017 (Česká republika: Obyvatelstvo podle pohlaví a hlavních věkových skupin v letech 1991 až 2017, 2018), vlastní zpracování .....	39
Obrázek 13 – Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace.....	40
Obrázek 14 Ing. arch. Bedřich Rozehnal .....	40
Obrázek 15 – Plán areálu Nemocnice Kyjov .....	41
Obrázek 16 - Vývoj tržeb z prodeje služeb v Nemocnici Kyjov 2009 - 2017, vlastní zpracování.....	44
Obrázek 17 - Vývoj provozních nákladů v Nemocnici Kyjov 2009 - 2017, vlastní zpracování.....	45

---

Obrázek 18 – Lůžkový fond v Nemocnici Kyjov, vlastní zpracování.....	49
Obrázek 19 - Srovnání lůžkového fondu s okolními nemocnicemi, vlastní zpracování .....	49
Obrázek 20 – Fáze řízení projektu (Doležal a Krátký, 2017, s. 20), vlastní zpracování .....	53

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Globální a specifický cíl (Databáze Strategii: Program rozvoje Jihomoravského kraje 2014 – 2017, Část 4. Programová část, 2014, s. 5.), vlastní zpracování.....	15
Tabulka 2 – Základní modely statutárního zdravotního pojištění a jejich výhody a nevýhody (Čeledová a kol., 2017, s. 144) .....	19
Tabulka 3 - Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování, 2010–2016 (mil. Kč), (Česká republika: Celkové výdaje na zdravotní péči – základní údaje, 2018), vlastní zpracování .....	30
Tabulka 4 – Klíčové pojmy (Doležal a Krátký, 2017, s. 17).....	53
Tabulka 5 – Třídění faktorů v analýze SWOT .....	54
Tabulka 6 – SWOT analýza projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov, vlastní zpracování.....	55
Tabulka 7 – Finanční plán stavebních úprav .....	61
Tabulka 8 – Finanční plán pro pořízení přístrojového vybavení .....	62
Tabulka 9 – Doplňkové náklady projektu.....	64
Tabulka 10 – Finanční harmonogram projektu.....	65
Tabulka 11 – Změna technologického vybavení a předpokládané hodnoty pořizovaných přístrojů, vlastní zpracování .....	67
Tabulka 12 – Finanční rekapitulace projektu Návazné péče v Nemocnici Kyjov.....	69