Kapacitní krize ve zdravotnictví

Bc. Roman Zůbek

Zvolte typ práce
2023

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta logistiky a krizového řízení

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta logistiky a krizového řízení
Ústav krizového řízení

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	**Bc. Roman Zůbek**
Osobní číslo:	**L21288**
Studijní program:	**N1032A020002 Bezpečnost společnosti**
Specializace:	**Rizikové inženýrství**
Forma studia:	**Kombinovaná**
Téma práce:	**Kapacitní krize ve zdravotnictví**

Zásady pro vypracování

1. Na základě studia odborné literatury zpracujte literární rešerši týkající se kapacitní krize.
2. Analyzujte současnou situaci na Vámi vybrané zdravotnické organizaci.
3. Za pomoci vhodných metod proveďte analýzu příčin a důsledků kapacitní krize.
4. Na základě výsledků analýzy navrhněte plán stabilizace pracovníků vybrané zdravotnické organizace.

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

Seznam doporučené literatury:

1. ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR. *Armstrong´s handbook of human resource management practice.* 14th edition. London: KoganPage, 2017. ISBN 978-074-9474-119.
2. KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky.* Vyd. 5. Praha: Management Press, 2015. ISBN 978-80-7261-288-8.
3. SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích.* Vyd. 3. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80--247-3051-6.

Další odborná literatura dle doporučení vedoucí diplomové práce.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Eva Hoke, Ph.D.**
Ústav krizového řízení

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání diplomové práce: **28. dubna 2023**

L.S.

doc. Ing. Zuzana Tučková, Ph.D.
děkanka

Ing. et Ing. Jiří Konečný, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA
DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – diplomovou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem diplomové 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,

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

V Uherském Hradišti, dne: 28. 4. 2023

Jméno a příjmení studenta: Bc. Roman Zůbek

.....
podpis studenta

ABSTRAKT

Diplomová práce je zacílena do oblasti kapacitní krize ve vybrané zdravotnické organizaci. Teoretická východiska jsou zpracována k pojmům zdravotnictví a kapacitní krizi. V úvodu analytické části je představeno vybrané zdravotnické zařízení a je popsán současný stav zkoumané problematiky, za pomoci vybraných metod analýzy rizik. Technikami sběru dat byly rozhovory a celorepublikové dotazníkové šetření. Mezi použité metody patří ISHIKAWA diagram a matice rizik. Analytická část sloužila jako základ pro stanovení aplikační části, ve které je představen návrh stabilizačního plánu personálu ve vybrané organizaci.

Klíčová slova: zdravotnictví, zdravotnický personál, kapacitní krize

ABSTRACT

The diploma thesis is aimed at the area of capacity crisis in a selected healthcare organization. Theoretical starting points are elaborated on the concepts of healthcare, and capacity crisis. In the beginning of the analytical part, a selected medical facility is presented and the current state of the investigated issue is described, with the help of selected methods of risk analysis. Data collection techniques were interviews and nationwide questionnaire survey. Among the methods used are the ISHIKAWA diagram and the risk matrix. The analytical part served as a basis for determining the application part, in which the draft of the staff stabilization plan in the selected organization is presented.

Keywords: healthcare, medical staff, capacity crisis

Velmi rád bych poděkoval své vedoucí práce, Ing. Evě Hoke, Ph.D., za odborné vedení, cenné rady a veškerou trpělivost při konzultacích a zpracování mé diplomové práce.

Dále bych chtěl poděkovat všem, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

„*Non scholae, sed vitae discimus*“.

Ne pro školu, pro život se učíme.

Seneca

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

OBSAH

ÚVOD **9**
1 CÍLE A METODY **11**
I TEORETICKÁ ČÁST **12**
2 ZDRAVOTNICTVÍ **13**
2.1 Úvod do problematiky 13
2.2 Základní terminologie 16
2.2.1 Systém zdravotní péče 16
2.2.2 Financování zdravotnictví v ČR 18
2.2.3 Legislativa 18
2.3 Ekonomický význam plýtvání zdroji 19
2.3.1 Forma zdravotního systému ČR 20
2.3.2 Prevence ochrany zdraví 21
2.4 Význam lidské činnosti ve zdravotnictví 22
2.4.1 Lidský kapitál 22
2.4.2 Průmysl 4.0 22
2.4.3 Personální práce 24
2.4.4 Soft skills vs. Hard skills 25
2.5 Výkon lékaře jako hlavní příjem nemocnice 25
3 KAPACITNÍ KRIZE **27**
3.1 Krize 27
3.2 Kapacitní krize 28
3.3 Kapacitní krize ve zdravotnictví 28
3.4 Personální krize 29
3.4.1 Příčiny 29
4 METODY HODNOCENÍ **35**
4.1 Brainstorming 35
4.2 Metoda ISHIKAWA 36
4.3 Dotazníkové šetření, rozhovory 36
4.4 Matice rizik 37
4.5 Shrnutí teoretických východisek 38
II PRAKTICKÁ ČÁST **39**
4.6 Krize českého zdravotnictví – finanční, personální i morální 41
4.6.1 Mzda strachu 41
4.6.2 Zdravotnictví volá o pomoc 41
4.7 Vybrané zdravotnické zařízení, Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace 42

5 ANALYTICKO-EMPIRICKÁ ČÁST 47
5.1 VÝVOJ SITUACE AŽ DO SOUČASNÉHO STAVU KAPACITNÍ KRIZE 47
5.2 NEDOSTATEK LÉKAŘŮ 48
5.3 TECHNIKY SBĚRU DAT 54
5.4 ROZHOVORY 55
5.5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ 60
5.6 APLIKACE DAT DO METOD 64
5.7 ISHIKAWA 64
5.7.1 Lidé 65
5.7.2 Technologie 66
5.7.3 Metody 66
5.7.4 Měření 67
5.7.5 Prostředí 68
5.8 MATICE RIZIK 69
5.9 SHRNUTÍ 71
6 APLIKAČNÍ ČÁST 72
6.1 NÁVRH STABILIZAČNÍHO PLÁNU PERSONÁLNÍ STRUKTURY NA ZÁKLADĚ ROZHOVORŮ A POZOROVÁNÍ 72
6.2 REZIGNACE NA STAV A NÁVRHY ŘEŠENÍ 73
6.3 PRODLOUŽENÍ ČEKACÍCH DOB NA VYŠETŘENÍ A NÁVRHY ŘEŠENÍ 75
6.4 NÍZKÁ PRODUKTIVITA A EFEKTIVITA PRÁCE A NÁVRH ŘEŠENÍ 76
6.5 GENDEROVÁ A VĚKOVÁ NEVYVÁŽENOST PERSONÁLU A NÁVRH ŘEŠENÍ 77
6.5.1 Zvýšit efektivnost personálního útvaru jako návrh řešení 77
6.6 PŘETÍŽENOST PERSONÁLU A NÁVRH ŘEŠENÍ 78
6.7 ŠPATNÁ KOMUNIKACE S KOLEGY I PACIENTY A NÁVRH ŘEŠENÍ 79
6.8 DALŠÍ NÁVRHY ŘEŠENÍ STABILIZACE PERSONÁLU 79
6.8.1 Finance, benefity a návrh řešení problému 79
6.8.2 Organizační opatření – adaptační proces a návrh řešení 80
6.8.3 Ekonomický význam oddělení controlingu 81
6.8.4 Manažerské vedení oddělení 82
ZÁVĚR 83
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 85
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 92
SEZNAM OBRÁZKŮ 94
SEZNAM TABULEK 95
SEZNAM GRAFŮ 96
SEZNAM PŘÍLOH 97

ÚVOD

Zdravotnictví hraje v životě každého z nás velmi důležitou úlohu. Již první minuty našeho života se dostáváme do kontaktu s něčím, co nazýváme zdravotnictví. Jsou to nejen budovy, ve kterých se nám zdravotních služeb dostává a zdravotnické přístroje, které plní roli pomoci technologie na poli o péči o naše zdraví, ale hlavně jsou to lidé, kteří ve zdravotnictví pracují. Je to práce, která obsahuje mnoho odborností a rozdílných činností, které ve výsledku mohou za to, jaký je výsledek a celková kvalita poskytované péče. Zdravotnictví je obor, který nás provází celým naším životem. Někdy až do chvil posledních.

Stejně, jako se vyvíjí svět kolem nás, stejně tak se vyvíjí i zdravotnictví. V minulém režimu, který skončil v listopadu 1989 jsme byli zvyklí, vidět nejen velké zdravotnická zařízení, ale také spoustu menších zařízení jako poliklinik a zdravotních středisek, které byly téměř v každé střediskové obci. Dnešní trend spěje, oproti minulosti, k přesouvání náročnější a odbornější péče do specializovaných a lépe vybavených pracovišť. Tato centralizace specializované péče je důsledek hospodárných opatření, protože je to jeden ze způsobů, jak zajistit kvalitní a dostupnou zdravotní péči pro všechny a není ekonomicky udržitelné mít příliš velké množství těchto pracovišť vyššího řádu.

Naše zdravotnictví se v současnosti potýká hned s několika problémy. Křivka demografického vývoje naznačuje, že populace bude v příštích letech stárnout. To znamená, že i personál bude stárnout. Systém vzdělávání a získání atestace je jeden z faktů, který komplikuje příchod nových pracovních sil. Nezdravý styl života obyvatelstva a nárůst počtu civilizačních chorob, v důsledku znečištěného životního prostředí, přináší nezvratitelný fakt, že pacientů na stávající počet zdravotníků, přibývá. Pokud se současná personální krize bude ještě více prohlubovat, bude zapotřebí začít využívat více moderní technologie, digitalizaci, automatizaci a UI (umělou inteligenci). Jinou pomocí zase může přinést očekávané zavedení KDP (klinicky doporučené postupy). Náš zdravotní systém je velmi solidární. Všichni do něj přispívají svým finančním přispěním a všichni mají na oplátku přístup ke zdravotní péči. Otázka financí, bez které by naše zdravotnictví nebylo na takové výši kvality, a to i v porovnání s ostatními vyspělými zeměmi, hraje rozhodující úlohu. Jen stát s dobře fungujícím národním hospodářstvím a ekonomikou, může mít dostatek finančních prostředků, aby zajistil kvalitní zdravotnictví.

Cílem této práce bylo identifikovat a analyzovat současný stav našeho zdravotnictví z pohledu personálního zabezpečení. A to jak na úrovni celorepublikové, tak ve vybrané

zdravotnické organizaci. Tato zjištěná rizika pak byla zkoumána a byl proveden návrh řešení nejzávažnějších rizik. Teoretická část obsahuje rešerši týkající se zdravotnictví, zdravotního systému, personální krize a vybraných metod pro analýzu. V praktické části je popsán charakter vybrané organizace, analýza současného stavu a aplikace dat do vybraných metod. Na základě aktuálních zjištění a výsledků použitých analýz byl navržen stabilizační plán personálu této vybrané organizace. Některá řešení mohou přijít jen od státu, jakožto nejvyšší autority, jiná řešení, která jsou v kompetenci organizace jsou uvedena jako součást návrhu řešení.

1 CÍLE A METODY

Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je za pomoci vhodných metod analyzovat příčiny a důsledky kapacitní krize ve vybraném zdravotnickém zařízení. Výstupem diplomové práce bude návrh plánu stabilizace zdravotnického personálu v Nemocnici Kyjov, příspěvkové organizaci. Základem pro takový návrh je analýza a zhodnocení současného stavu, identifikace nejzávažnějších rizik a návrh opatření na řešení této kapacitní krize. Dílčím podcílem bude literární rešerše a analytická a aplikační část, které budou obsahovat výsledky zkoumaní na jejichž základě bude proveden návrh stabilizačního plánu personálu v této vybrané zdravotnické organizaci, kterou je Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace.

Použité metody

Technikou sběru dat byly rozhovory a celorepublikové dotazníkové šetření, které bylo zaměřeno na identifikaci rizik, jejich oblasti vlivu a možná řešení. Rozhovory sloužily pro doplnění celkového obrazu stavu českého zdravotnictví.

Při zpracování literární rešerše bude čerpáno s české i zahraniční literatury, mezi použité metody bude patřit analýza textu, syntéza, indukce a dedukce.

Praktická část diplomové práce bude mít za cíl analyzovat současný stav kapacitní krize v českém zdravotnictví, ale v neposlední řadě také ve vybrané zdravotnické organizaci. Mezi aplikované metody analýzy rizik, které nejprve slouží k identifikaci rizik, patří diagram ISHIKAWA, s příčinami vedoucími k hlavnímu problému. Rozhovory a dotazníky podají výpověď o aktuálním stavu v různých typech nemocnic v České republice. Metoda matice rizik bude použita k hodnocení rizik a vyhodnocení závažnosti těchto rizik.

Diplomová práce vyústí v aplikační část, která obsahuje návrh stabilizačního plánu personálu, který by řešil hlavní problémy nedostatku personálu a přetížení zaměstnanců stávajících.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotnictví je poměrně složitý systém, složený z několika základních kamenů. Stručně konstatováno, jsou to budovy, lidé, technika a mnoho rozdílných věd. Každá část tohoto systému má svůj úkol, který zastupuje a dohromady tvoří perfektně fungující stroj, který se stará o naše zdraví a zdraví našich blízkých. Občas lidé zapomínají, jak cenný je dar zdraví. Ani v dnešní době si za peníze zdraví koupit nelze. Tak složitý je lidský organismus, a tak vynalézavá umí být příroda, že i když vynalezneme lék na jednu nemoc, příroda přijde s nemocí novou. Lidé zapomínají, že i oni mohou svým každodenním jednáním a konáním přispět k tomu, jak si udržet zdraví, předcházet některým nemocem a zůstat v dobré kondici.

Ve zdravotnictví je úloha člověka naprosto jedinečná. Lidskou komunikaci, dotek lidské ruky a teplý lidský přístup zatím žádná technologie nahradit nemůže. Každý život jednou skončí a často jsou zdravotníci to poslední, co na tomto světě spatříme. Každý se občas potká se ztrátou blízkého člověka, ale zdravotníci se se ztrátou člověka, který je někomu blízký, potkávají mnohem častěji, a protože nejsou stroje, ale lidé, každá tato událost v nich zanechá připomínku, jak cenný je dar života a jak neúprosný je čas jenž nelze zastavit.

„Lidé obětují zdraví, aby vydělali peníze, potom obětují peníze, aby znovu získali zdraví, a pak se tak znepokojují budoucností, že si neužívají přítomnost, takže nežijí ani v přítomnosti, ani v budoucnosti.“ Dalajláma

2.1 Úvod do problematiky

Zdravotnictví je věda zabývající se prevencí nemocí, posilováním a prodlužováním života pomocí organizovaného úsilí společnosti. Na podkladě integrace poznatků biomedicínských a společenských věd poskytuje informace o organizaci, struktuře, funkcích a řízení jednotlivých složek systému péče o zdraví. (Strejčková, 2007)

Autor Vokurka pod pojmem zdravotní péče uvádí, že to je „výsledný produkt jednoho nebo více procesů zdravotní péče (např. vyléčení, ústup bolesti, zlepšení kvality života, ale také komplikace nemoci či nežádoucí účinek léku)“. Výsledek péče prý může být chápán jako stupeň, v němž léčebný zákrok či proces léčení naplní zdravotní potřeby a očekávání pacienta. (Vokurka a Hugo, 2006)

Poskytování zdravotní péče se během staletí vyvinulo v týmovou záležitost. Profesionálové zdravotnického týmu, tzv. zdravotničtí pracovníci, tvoří multidisciplinární skupinu odborníků různých kategorií, kteří se dokážou navzájem doplňovat a spolupracovat na

jednotném cíli. Výsledkem snažení zdravotnického týmu by měl být kvalitně ošetřený pacient. (Šliková Dingová a kolektiv, 2018)

Základem organizace zdravotní péče jsou organizační útvary různých podob (např. oddělení, stanice atd.), ve kterých pracují pracovníci jednotlivých specializací a druhů vzdělání stanovených zákonem. Jejich kompetence, vztahy nadřízenosti a podřízenosti, jakož i pracovněprávní vztahy jsou přesně stanoveny. Historicky je dán určitý způsob a podoba vztahů, dále koordinace a komunikace. V současnosti probíhá rozšiřování kompetencí všeobecných sester, delegování specializovaných činností z lékaře na všeobecné sestry. Mění se i vztahy mezi pracovníky různých specializací, rozšiřuje se vzájemná spolupráce. Zajištění kvality současné zdravotní péče není možné bez týmové spolupráce. Normativně stanovené fungování organizace již nestačí. Organizování pracovních týmů znamená seskupování pracovníků do stále nových a měnících se skupin, pomocí kterých se zvládají nové úkoly a funkce, zejména nestandartní interdisciplinární povahy. Role zdravotnického personálu v týmu, a především vztahy mezi všeobecnými sestrami a lékaři jsou zejména v posledních letech předmětem zvýšeného zájmu. (Vévoda, 2013)

Veřejné zdravotnictví je dle autorky Hamplové (2020) medicínský obor, který využívá poznatky dalších vědních disciplín, zejména hygieny, epidemiologie, zdravotnického managementu, statistiky, sociologie, psychologie, ekonomie a zdravotnického práva. Veřejné zdravotnictví se od ostatních klinických medicínských oborů liší tím, že se věnuje celé populaci, případně vybraným populačním skupinám, na rozdíl od klinické medicíny, kde je uplatňován individuální přístup ke každému pacientovi. Veřejné zdravotnictví řeší problémy, které se týkají veřejného zdraví, tedy určitých skupin obyvatel, vybraných komunit, a zdraví populace celého státu. Úlohou je pak pozitivně ovlivňovat životní a pracovní prostředí a zejména životní styl obyvatel a jeho cílem je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdraví obyvatel daného státu a snížit nerovnosti ve zdraví, např. v délce života. Nerovnosti ve zdraví vyplývají ze sociálních determinant, tedy podmínek, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, žijí, pracují, a stárnou. Veřejné zdravotnictví je tedy velmi úzce spjato se sociální lékařstvím. (Hamplová, 2020)

Nezastupitelnou roli hrají jednotlivé odborné profese, které se každá, dle svého zaměření, podílí na celkovém fungování zdravotnictví a poskytování zdravotnické péče. V následujících tabulkách je uvedeno, jak velké je početní obsazení pracovních míst v oboru zdravotnictví a v jednotlivých profesích.

Tabulka 1 - Porovnání celkových úvazků dle kategorií pracovníků ve zdravotnictví, (UZIS, 2021)

Kategorie	2017	2018	2019	2020	2021	Rozdíl 21-20	Rozdíl v %
Lékaři	42 012	42 488	43 164	43 475	44 717	1 242	103%
Zubní lékaři	7 541	7 621	7 631	7 585	7 531	-54	99%
Farmaceuti	6 464	6 525	6 450	6 728	6 582	-146	98%
Všeobecné sestry a porodní asistentky	82 345	82 328	82 582	82 576	82 838	262	100%
Ostatní ZPBD	28 166	30 036	30 435	31 431	33 142	1 711	105%
ZPSZ	12 326	12 630	12 834	13 523	13 967	444	103%
ZPOD	33 430	32 671	33 057	33 621	34 538	916	103%
JOP	2 512	2 658	2 688	2 627	2 640	14	101%
Celkem	**214 797**	**216 956**	**218 842**	**221 567**	**225 956**	**4 389**	**102%**

V uvedené tabulce, která uvádí počty zaměstnanců ve zdravotnictví v jednotlivých profesích, se může zdát, že až na profesi zubařů a farmaceutů, je situace příznivá. Realita je ovšem taková, že přibylo mnohem větší procento pacientů. Nárůst u lékařů 3 % tedy nelze považovat za adekvátní přírůstku těch, kteří lékařskou péči vyžadují.

Tabulka 2 - Celkový počet úvazků pracovníků ve zdravotnictví dle jednotlivých povolání v roce 2021 (UZIS, 2021)

Kategorie	Povolání	2021
Lékaři	Lékař § 4	**44 717**
Zubní lékaři	Zubní lékař § 7	**7 531**
Farmaceuti	Farmaceut § 10	**6 582**
Všeobecné sestry a porodní asistentky	Všeobecná sestra § 5	75 059
	Dětská sestra § 5a	3 925
	Porodní asistentka § 6	3 855
Všeobecné sestry a porodní asistentky Celkem		**82 838**

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.

Zdravotnická zařízení se zřizují, spravují, provozují a ruší podle jednotných celostátních zásad stanovených Ministerstvem zdravotnictví ČR (MZ ČR) pro uspořádání sítě zdravotnických zařízení. Síť zdravotnických zařízení vychází ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (§ 42, § 70 odst. 1, písm. c) a zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších

předpisů. Aktuálně je síť zdravotnických zařízení upřesňována metodickými opatřeními MZ ČR.

Zdravotnická zařízení je možno členit z hlediska zřizovatele na:

- **státní** - zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, ostatní centrální orgány
- **nestátní** - zřizovatelem je kraj, město (obec), církev, jiná právnická osoba, fyzická osoba

Český statistický úřad zjišťuje vybrané ukazatele finančního hospodaření zdravotních pojišťoven. Údaje o výdajích státního rozpočtu a územních rozpočtů (rozpočtů krajských úřadů a obcí) na zdravotnictví vycházejí z údajů účetních výkazů o plnění příjmů a výdajů organizačních složek státu, které ČSÚ získává od Ministerstva financí ČR. Všechny ostatní údaje z oblasti zdravotnictví přebírá ČSÚ do svých publikací z ÚZIS ČR. (czso.cz, 2023)

2.2 Základní terminologie

V následujících odstavcích tato práce podrobněji popíše některé základní pojmy, které souvisí s oborem zdravotnictví, a také s poskytováním zdravotní péče. Nedílnou součástí je financování zdravotního systému a to, jak se občané ČR podílí a jak využívají služby tohoto systému v péči o naše zdraví. Ať už se jedná o léčbu preventivní, akutní ambulantní, lůžkovou, či využití operativní léčby v obzvláště závažných případech s následnou pooperativní léčbou.

2.2.1 Systém zdravotní péče

Dle Strejčkové (2007) lze systém zdravotní péče chápat jako organizovanou činnost, která je prováděna za účelem ochrany zdraví obyvatel.

Představuje tedy péči o zdraví zahrnující veškerou činnost celé společnosti, která:

- posiluje zdraví,
- zabraňuje onemocnění,
- léčí již vzniklá onemocnění,
- snižuje následky nemoci.

Zdravotní péče může podle údajů Světové zdravotnické organizace ovlivnit zdraví obyvatel z 20 %. Z 80 % působí na zdravotní stav populace jiné vlivy, jako jsou životní styl, životní prostředí a škodlivé návyky.

Zdravotnická péče je péče o zdraví, na které se podílí zdravotnictví (poskytování zdravotnických služeb).

Zdravotnictví je soustava odborných zdravotnických institucí a činností, které se zaměřují na péči o zdraví občanů a slouží k uspokojování zdravotnických potřeb obyvatelstva.

Zahrnuje:

- *orgány a instituce*: ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny atd.,
- *organizace a společnosti*: lékařská komora, odborné lékařské společnosti, ČAS atd.,
- *zdravotnická zařízení*: nemocnice, ambulantní zařízení, léčebné ústavy atd.,
- *pracovníky ve zdravotnictví*: lékaři, zdravotní sestry, laboranti atd.,
- *služby a činnosti*: léčebně-preventivní péče, hygienická služba, lékárenská služba, výchova ke zdraví, vědecký výzkum, zdravotnické školství atd. (Strejčková, 2007)

Dle MZČR je dělení zdravotních služeb jako součást zdravotnické péče následující:

Ambulantní péče - je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení.

Lůžková péče - léčba v zařízení poskytovatele lůžkové péče.

Zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba

V případě náhlých těžkých onemocnění nebo úrazů rychlé ošetření na místě události a případně přeprava do zdravotnického zařízení (ZZS).

Pracovně-lékařské služby - preventivní zdravotní služby, hodnotí se vliv pracovní činnosti, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví, provádějí se preventivní prohlídky a hodnocení zdravotního stavu.

Dispenzární péče - aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče - součástí léčebného procesu, kterou doporučuje ošetřující lékař. (mzcr.cz, 2023)

Dle Mertla (2020) má zdravotní systém svoje speciální rysy jako:

nejednoznačnost, neexistence univerzálního postupu léčby, část systému postavena na důvěře v lékaře, vysoká kvalifikace lékařů a neustálá aktualizace vzdělání. (Mertl, 2020)

2.2.2 Financování zdravotnictví v ČR

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou samostatnými účetními jednotkami a mají příslušné smlouvy se zdravotními pojišťovnami, kde jsou evidováni jednotliví občané. Toto pojištění funguje jako daň, kterou si jedinec platí přímo sám, či je rozděleno určitým poměrem mezi zaměstnance či zaměstnavatele, případně je pojištění placeno přímo státem za tu skupinu obyvatel, které nepatří mezi ekonomicky aktivní obyvatelstvo, tj. děti, studenti, důchodci, lidé registrováni na ÚP a další. (Mlčoch, 2017)

V ČR všichni pojištěnci odvádí platbu 13,5 % z vyměřovacího základu. Týká se to jak zaměstnanců (1/3 hradí zaměstnanec a 2/3 zaměstnavatel), tak OSVČ. Odvody na zdravotní pojištění jsou přerozdělovány jednotlivým nestátním zdravotním pojišťovnám, které tyto finanční prostředky shromažďují v pojišťovacích fondech. (mzcr.cz, 2018)

Správa finančních zdrojů by měla probíhat hospodárně a využívat tyto zdroje efektivně. Problém nastává v případě, že zdravotní zařízení jednají sami za sebe jako soukromé subjekty. Poté část financí vybraných na zdravotním pojištění se vrací zpět do státního rozpočtu díky zdanění právě oněch soukromých zdravotnických zařízení. (Durdisová, 2005)

Zdravotní systém uplatňovaný v rámci ČR umožnuje poskytovat zdravotní služby jak soukromými poskytovateli, tak také veřejně. Všichni poskytovatelé jsou povinni mít uzavřené smlouvy s příslušnou zdravotní pojišťovnou, které jim za odvedené výkony vyplácí příslušné částky. Jeden z alternativních způsobů a spíše doplňkové financování zdravotní péče existuje pomocí výběru dodatečných poplatků. (Němec, 2008)

Zvláštní kapitolou pro financování zdravotnictví jsou státní pojištěnci, za které hradí pojistné na zdravotní pojištění stát na základě § 7 zákona č. 48/1997 Sb. Zákonu o veřejném zdravotním pojištění. V systému financování zdravotní péče nesou odpovědnost také územní samosprávní celky, které mají na starosti zejména financování lůžkové a ambulantní péče, často formou investičních projektů. Často jsou finanční zdroje obcí a krajů využívány například na pokrytí ztrátového hospodaření daných institucí. (Mertl, 2020)

2.2.3 Legislativa

Rozumí se, že náš stát je ze zákona povinen ochraňovat veřejné zdraví. Z pohledu občana to lze brát tak, že každý občan má zákonem zajištěno právo, že mu bude poskytnuta nezbytná zdravotní péče, aby byl ochráněn jeho život a zdraví. Základním dokladem zajištění ochrany zdraví je **Listina základních práv a svobod** (dále zkr. LZPS) (Ústavní zákon č. 2/1993 Sb.,

čl. 31), od něhož se odvíjejí zákony a vyhlášky, které zabezpečují poskytnutí zdravotní péče a zdravotních služeb.

Zákon č. 371/2021 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Tento zákon řeší převážně problematiku zdravotního pojištění v rámci příslušných předpisů Evropské unie, stanovuje rozsah a podmínky hrazení pojištění a následných zdravotních služeb, stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění a způsob stanovení úhrad zdravotnických prostředků hrazených ze zdravotního pojištění.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Tento zákon 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. 258/2000 Sb., zákon, týkající se lidského zdraví, jinak též

Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. (Zakonyprolidi.cz, 2023)

2.3 Ekonomický význam plýtvání zdroji

Obecným problémem je rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní zdravotnictví a tím i rychle rostoucími výdaji a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí. Jedním z témat zdravotní politiky je financování zdravotnictví, tj. jaké zdroje a v jaké výši budou každoročně příjmem celého systému péče o zdraví. Středem pozornosti ze strany poskytovatelů jsou i způsoby, jimiž jsou následně finanční zdroje rozdělovány mezi jednotlivé segmenty zdravotnických služeb. Minimální otázka je naopak věnována efektivnosti využívání finančních zdrojů v praxi.

K plýtvání se zdroji dochází ve větší či menší míře téměř u všech zainteresovaných subjektů. Počínaje státem, přes hospodaření zdravotních pojišťoven a některých zdravotnických zařízení až po pacienty zbytečným nadužíváním zdravotnických služeb. S problémy s financováním souvisí problém odměňování zdravotníků a úhrady za poskytnuté služby.

Současný systém úhrad neobsahuje dostatečné množství motivačních prvků, které by vedly k efektivnímu zacházení se zdroji.

V současném systému nejsou ani pacienti motivováni k šetrnému zacházení se zdroji, což je přičítáno nízké míře spoluúčasti pacientů. Zde se ovšem objevuje další otázka týkající se rozsahu spoluúčasti, aby nedocházelo ke znevýhodnění určitých sociálních skupin a nebyla ohrožena ekvita zdravotní péče.

Problém s financováním a finanční udržitelností systému zdravotní péče budou do budoucna navíc podpořeny změnami v demografickém vývoji (zvyšování se počtu osob v důchodovém věku a toho plynoucí vyšší náklady státu na platby za tyto pojištěnce, snižování počtu ekonomicky aktivních osob a s tím související snižování příjmů z veřejného zdravotního pojištění. (Kebza, 2017)

2.3.1 Forma zdravotního systému ČR

I když by se dalo konstatovat, že vztah silné ekonomiky státu a kvalitního zdravotnictví je v úzce spjatém vztahu, nutno též dodat, že svoji roli hraje i to, jak velká část finančních prostředků, vyprodukovaných prosperující ekonomikou daného státu, bude dále přidělena resortu zdravotnictví, jako zdroj investic do kvalitnější a odbornější péče.

V současné době je v ČR uplatňován tzv. Bismarckův model. Z historického hlediska ČR využívá Bismarckův model od roku 1989. Tento systém veřejné péče je kromě ČR, uplatňován i v ostatních zemích napříč Evropou. Jako příklady lze uvést země jako jsou Německo, Rakousko, Francie, Nizozemsko, Slovensko, Polsko. Každá ze zemí má však odlišnou výši pojistného. (Gladkij, 2003)

Bismarckova forma zdravotního systému vyžaduje značnou dávku solidarity. Veřejné zdravotní pojištění je povinen odvádět každý, který má trvalý pobyt na území ČR nebo cizinec, který se přihlásil k trvalému pobytu v ČR a pracuje na daném územím.

Mezi výhody Bismarckova systému zdravotní péče patří vysoká dostupnost zdravotní péče či dostatečná nabídka zdravotnických zařízení za přiměřené náklady. Jako nevýhodu lze označit spotřebovaný objem peněz na správu zdravotních pojišťoven a také značnou administrativní zátěž. V současné době však problémy při tomto způsobu financování přibývají. Především v souvislosti s prodlužující se délkou života a snižujícím se množství ekonomicky aktivních obyvatel. Skupiny lidí, kteří aktivně do systému přispívají se ztenčuje.

Počet obyvatel, kteří ze systému čerpají se naopak razantně zvyšuje. (Blažek a kolektiv, 2016)

Někteří pacienti tedy využívají služeb našeho zdravotního systému více, jiní zase méně. Základem a smyslem našeho systému je však to, aby se každému dostalo takové péče, jaké je mu třeba. Vybrané finanční prostředky pak stát přerozděluje do jednotlivých kapitol ministerstva zdravotnictví.

Zcela přirozeně, pacient si žádá maximální možnou dostupnou péči, bez ohledu na cenu nákladů, lékař pak na základě vyšetření volí pomyslnou hranici, mezi požadavkem pacienta a jeho reálným zdravotním stavem, zjištěným na základě odborného vyšetření. Zásadním problémem v oblasti zdravotnictví může být informační asymetrie mezi pacientem a lékařem, kdy každá ze stran má určitou informační nadvládu. Lékař svojí odborností a zkušenostmi, zatímco pacient má dokonalé informace o svém zdravotním stavu. V takovém případě nelze uvažovat o kompenzacích ani z jedné strany, jedná se o přirozený stav. Asymetrii informací lze částečně omezit vzájemnou důvěrou obou subjektů. Z pohledu lékařů, je pak potřeba brát ohled na fakt, že každý člověk je individum, a ne každou léčbu a postup lze uplatnit na každého pacienta. Je zapotřebí si uvědomit, že existuje několik kritérií jako je stav přežití, proces a délka rekonvalescence, komplikace při léčbě, možnost recidivy a dlouhodobých následků. (Roemer, 1982)

2.3.2 Prevence ochrany zdraví

Jak z hlediska ekonomického, tak i z hlediska praktického, prevence je vždy lepší než řešit možné následky. V druhé polovině dvacátého století převládal názor, že za své fyzické zdraví si může každý sám a nese za něj zodpovědnost. Na duševní zdraví nebyl brán řádný zřetel. (Kazimour, 2016)

Zdravotní stav člověka nemusí zobrazovat nutně pouze faktory přímo ovlivňující zdraví člověka, ale velkou část zaujímají také faktory nezdravotní, jako je stres, pracovní podmínky, sociální vrstvy, životní prostředí, strava a další. (Wilkinson a Marmot, 2003)

Faktory odlišně působí na člověka při narození, poté v období dospívání, ekonomicky aktivního věku až po období důchodu. Nejčastějšími determinanty zdraví prolínající se v průběhu celého života, jsou ekonomické zdroje, sociální příležitosti, chování jednotlivce, výživa, vzdělání, majetkové možnosti. (Braveman a Gottlieb, 2014)

Životní styl a jeho význam pro zdraví

Největší vliv na zdraví má způsob života – životní styl. Je tedy stěžejní determinantou zdraví. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností). Rozhodování člověka je v souladu s rodinnými zvyklostmi, s tradicemi společnosti, je limitováno ekonomickou situací společnosti i vlastní a v neposlední řadě s jeho sociální pozicí. Záleží též na věku, temperamentu, vzdělání, zaměstnání, příjmu, příslušnosti k rase, pohlaví a hodnotové orientaci a postojích každého člověka. (Machová a Kubátová, 2015)

2.4 Význam lidské činnosti ve zdravotnictví

Lidská činnost je ve zdravotnictví naprosto nenahraditelná. Přesto, že v jiných odvětvích, například v průmyslu a zemědělství, je snaha o automatizaci a robotizaci značná, ve zdravotnictví je situace poněkud složitější. Nejde naprogramovat robota nebo linku, aby vnímal a hodnotil lidské pocity. Ve zdravotnictví hraje významnou roli lidský přístup, který dokáže něco, co nejde slovy popsat a už vůbec ne slovy počítačového jazyka. Lidská činnost je to nejdůležitější na čem záleží a ani nejmodernější přístroje a léky nedokážou zastat tuto významnou roli.

2.4.1 Lidský kapitál

V oboru tak specifickém, jako je zdravotnictví hraje lidský kapitál zcela rozhodující úlohu.

Autoři Mužík a Krpálek (2017) tvrdí, že lidský kapitál, tvoří určité schopnosti, osvojené znalosti, dovednosti a odpovídající motivace jedince. Lidský kapitál má v zásadě podobu vnitřní vybavenosti člověka, nejen dosaženým vzděláním, ale také profesními zkušenostmi i potenciálem pro další rozvoj a sebezdokonalování. Motivace člověka je velmi důležitá jednak pro uplatnění na trhu práce, tak i v síti mezilidských vztahů. Schopnosti, znalosti a dovednosti jsou integrovány v osobnosti, rozvojové aktivity člověka představují latentní možnost zkvalitňování individuálního kapitálu. Lidský kapitál je bohatství každé organizace a posiluje konkurenční schopnost celku. (Mužík a Krpálek, 2017)

2.4.2 Průmysl 4.0

Přesto, že lidský kapitál je v oboru zdravotnickém důležitý nejvíce, jedním z možných řešení pomoci řešit personální krizi může být využití nástrojů Průmyslu 4.0. Ten je již v plném proudu a znamená to pro nás, že oblast reálného a digitálního světa, bude opět propojena o

něco více. Nutno poznamenat, že oblast zdravotnictví, kde je objektem, se kterým se pracuje a zkoumá, lidské tělo, tak zde ještě takový pokrok, jako v oblasti průmyslu zaznamenán nebyl. Přece jen, oblast průmyslu se často zabývá průmyslovým zpracováním a výrobou a jinými činnostmi, kde hlavní součástí procesu, kdy dochází k přeměně vstupů na výstupy, jsou neživé materiály. Propojení těchto oblastí díky větší digitalizaci a automatizaci, je možné proto, že je snadnější získat a použít požadované parametry, nutné k nastavení kvalitně a spolehlivě fungujících činností a procesů. Tyto parametry jdou různými způsoby změřit a zjistit případné odchylky procesu. Není však zatím stroj, který by dokázal vyhodnotit pocity a myšlení člověka, který je vysvětluje lékaři během léčby či následně po ní. Vždyť jako důvod, proč Průmysl 4.0 ještě nepokročil mnohem dále, se uvádí problém v oblasti, že zatím nelze vyrobit dokonalejší čidla a senzory, které by v reálném čase poskytovaly dostatek aktuálních informací v průběhu procesu.

Jak již naznačila teoretická část této práce, digitalizace zdravotnictví a obecně využití moderních technologií je velkou otázkou do budoucnosti zdravotnictví po celém světě. Čím větší zapojení automatizovaných procesů či robotizace, tím snadnější bude řešení otázky nedostatku především personálních kapacit a zkrácení čekacích dob na zákrok do budoucna. (OECD, 2022a)

Určitou formou digitalizace, která souvisí s Průmyslem 4.0 je prodej léčiv díky zavedení e-receptu, tedy předepsání potřebných léků na dálku. Moderní záležitostí je také využití elektronických zdravotních systémů, které v mnohých ohledech mohou ušetřit administrativní práci jak lékařům, tak sestrám. Z průzkumu ČSÚ také vyplývá, že pouze 10 % lékařů využívá digitální podobu zdravotní dokumentace. Využití online služeb ve zdravotnictví, jako je např. online objednání k ošetření, či položení dotazu na lékaře, který zpětně může odpovědět také online, využilo v roce 2020 pouze 17 % všech ordinací, oproti roku 2010 se však jedná o 10% nárůst. (Wichová, 2021)

Jako příklad využití moderních technologií se nabízí četnost vyšetření magnetickou rezonancí. Data jasně potvrzují nastavený trend, a to uplatnění stále většího počtu vyšetření moderními technologiemi. Hlavní výhody, lze spatřit v přesnější stanovené diagnóze. Zatímco v roce 2010, byla magnetická rezonance uplatňována pouze u 30 případů na 1000 obyvatel, postupem stanovených let, počet případů proporcionálně rostl. Vrchol nastal v roce 2019, kdy bylo uplatněno 60 vyšetření magnetickou rezonancí na 1000 obyvatel, to znamenalo oproti roku 2010 nárůst o 100 %. Pandemický rok 2020 znamenal propad pod hranici 60 vyšetření na 1000 obyvatel. (OECD, 2022b)

2.4.3 Personální práce

Dle autora Koubka (2015) je personální práce ta, která tvoří část řízení organizace, a která se zaměřuje na vše, co se týká člověka v souvislosti s pracovním procesem, jeho získávání, formování, fungování, využívání, jeho organizování a propojování jeho činností, výsledků práce, pracovních schopností a pracovního chování, vztahu k vykonávané práci, organizaci, spolupracovníkům a rovněž jeho osobního uspokojení z vykonané práce, jeho personálního a sociálního rozvoje. Strategickým řízením lidských zdrojů, je pak praktickým vyústěním personální strategie organizace. Je to konkrétní aktivita, konkrétní úsilí, směřující k dosažení cílů obsažených v personální strategii. Nástrojem strategického řízení lidských zdrojů je strategické (dlouhodobé) personální plánování.

V souvislosti s řízením lidských zdrojů, je třeba ještě objasnit jeden pojem, kterým je intelektuální kapitál. Ten je tvořen zásobami a toky znalostí, dovedností a schopností, které jsou organizaci k dispozici, a která přispívají k procesům vytvářejícím hodnotu. Tato nehmotná složka pak spolu se složkami hmotnými tvoří celkovou hodnotu organizace. Intelektuální kapitál má tři složky: lidský kapitál, společenský kapitál a organizační kapitál. (Koubek, 2015)

Tak, jako se mění společnost, stejně s ní se mění i personální práce. Autoři Armstrong a Taylor (2020) ve své knize uvádějí, že je třeba brát v úvahu ještě jeden pohled, který souvisí se změnami vývoje společnosti, multikulturního propojování a světovou globalizací. Jsou jasně zřetelné změny v demografickém vývoji složení pracovní síly, kdy nabývá žen, jakožto pracujících, je zřetelná větší etnická rozmanitost, zaměstnanci jsou více vzdělaní a populace stárne. Více a více lidí je spojeno s tzv. znalostní prací. Znalostní pracovníci jsou takoví pracovníci, jejichž hlavním kapitálem jsou znalosti (např. IT specialisté, lékaři, lékárníci, architekti, inženýři, vědci, designéři, účetní, právníci, žurnalisté a akademici), oproti tomu čím dále méně lidí pracuje v továrnách. Tito znalostní pracovníci jsou individuality s vysokým stupněm vzdělání a speciálních znalostí kombinované s možností použít tyto schopnosti a vědomosti k identifikaci a řešení problémů. Znalostní management je potom o managementu a motivaci znalostních pracovníků, kteří vytváří znalosti a budou klíčovými hráči v tom, se o své znalosti podělit. Důležitý prospěch znalostního managementu tedy tkví v tom, že znalosti jsou sdíleny a předávány mezi lidmi. (Armstrong a Taylor, 2020)

2.4.4 Soft skills vs. Hard skills

Personální práce neznamená jen nábor pracovníků. Pro správný výběr nejvhodnějšího kandidáta, či hodnocení stávajících pracovníků je třeba zvážit několik kritérií. Je nutné také stanovit některá důležitá kritéria pro hodnocení pracovního výkonu. Jedním ze způsobů dělení kritérií hodnocení pracovního výkonu, se kterým se můžeme setkat, je anglosaské dělení na tzv. „hard skills“ a „soft skills“. „Hard skills“ je označení pro specifické technicko-odborné znalosti a dovednosti. Ty se dají poměrně snadno naučit a jejich ovládnutí lze změřit. Naproti tomu „soft skills“ označují dovednosti, které jsou méně hmatatelné, obtížněji uchopitelné a měřitelné, které jsou však neméně důležité. Sem spadá například schopnost jít příkladem, být dobrým učitelem, kreativita nebo schopnost spolupráce. (Hekelová, 2012)

Autoři Krpálek a Mužík (2017) uvádějí, že „skills“ jsou obecně znalosti, vědomosti člověka podpořené zkušenostmi z určité profesní oblasti, které slouží k naplnění základní myšlenky, vize a síle organizace. Je to i schopnost chápat, jak organizace funguje, co je její výhodou na trhu a jakým směrem se rozvíjí. (Mužík a Krpálek, 2017)

2.5 Výkon lékaře jako hlavní příjem nemocnice

Aby lékař mohl provádět odborné výkony na poli medicíny a ochrany zdraví, musí nejen vystudovat příslušný obor VŠ, projít odbornou praxí a následně získat atestaci. Každý odborný výkon lékaře je pak proplácen ZP. Tím lékař utváří základ zisku nemocničních zařízení. Zpravidla platí, že čím odbornější, náročnější a složitější výkon, tím je více bodově, a tedy finančně ohodnocen. Zdravotnické profese náleží mezi regulovaná povolání k jejichž výkonu je zapotřebí naplnění určitých speciálních pravidel neboli regulí. Takový prostředek představují např. právě licence. Je určitým rozporem, že ČLK sice odbornost a kompetence lékařských pracovníků garantuje, nicméně nemá možnost přípravu na odbornost, resp. kvalifikační přípravu na povolání, jakkoliv ovlivnit. Udělování licencí (z hlediska licenčního práva by tato oprávnění zřejmě měla být nazývána spíše koncesemi) je významnou činností České lékařské komory, kterou ČLK garantuje úroveň vykonávané profese lékařského povolání a nepřímo opět i eliminuje riziko neodborného či nekompetentního postupu při výkonu povolání.

V současné době uděluje ČLK dva typy licencí:

1. K výkonu soukromé lékařské praxe, pro výkon funkce lektora v lékařské praxi, pro výkon funkce odborného zástupce a pro poskytování poradenských služeb (má neomezenou platnost); o udělení této licence žádají lékaři v případě, že chtějí provozovat zdravotnické zařízení (poskytovatel zdravotních služeb), vykonávat funkci lektora (lektor dohlíží na odbornou stránku výkonu lékařské profese školence-lékaře, který nesplňuje kvalifikační požadavky stanovené licenčním řádem ČLK pro výkon soukromé lékařské praxe, průběžně prověřuje jeho teoretické znalosti a osvojení praktických dovedností) a v případě výkonu funkce odborného zástupce zdravotnického zařízení (poskytovatele zdravotních služeb). Licence k výkonu funkce odborného lektora není vázána na obor.
2. Pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře; licence je udělována na dobu 10 let, tato licence též opravňuje k výkonu funkce lektora v lékařské praxi, k výkonu funkce odborného zástupce a k poskytování poradenských služeb. Pro výkon těchto funkcí má platnost neomezenou. (Šupšáková, 2017)

3 KAPACITNÍ KRIZE

V následující kapitole této diplomové práce bude přistoupeno k objasnění pojmů, které souvisí s problémy současného zdravotnictví. Pod pojmem „kapacitní“ můžeme spatřit problém zejména v tom, že nejsme schopni něco vykonat, nebo také tak, že není čerpán potenciál v plné míře. A pod pojmem krize, můžeme vidět riziko nejistoty, kdy nevíme, jakým směrem se bude naše otázka kapacitního naplnění ubírat a jaká opatření zvolit, abychom tomuto druhu krize dokázali buď předejít a zvolili cestu preventivních kroků, anebo jak zajistit mitigaci těchto následků na nejnižší možnou úroveň. V tomto případě je na preventivní kroky již pozdě a nezbývá tedy než se uchýlit ke druhé možnosti.

3.1 Krize

Autor Fotr et al. (2020) tvrdí, že krize je cokoliv, co v sobě obsahuje potenciál významně ovlivnit chod organizace. Krizí se rovněž rozumí situace, která ohrožuje integritu, pověst a v neposlední řadě i životaschopnost organizace. Firemní krize již nemusí být odrazem fatálně výrazně špatného řízení společnosti, ale je stále častěji považována za změnu, jejíž charakter a dopady jsou vážnější. Odezva firmy na krizový stav má jak krátkodobé, tak dlouhodobé dopady. (Fotr et al., 2020)

Vlastnosti řízení rizik

Kde je krize, tam jsou přítomny i rizika. Ohrožení organizace může být způsobeno neschopností adekvátně řídit rizika, kterým organizace čelí, nedostatečným rozpoznáním rizik, nedostatečnou analýzou významných rizik a neschopností identifikovat vhodné aktivity jako reakce na rizika. Neschopnost nastavit riziko strategie řízení a absence sdělování této strategie může vést k nedostatečnému řízení rizik. Postupy nebo protokoly řízení rizik mohou být chybné, takže mohou být ve skutečnosti neschopné poskytovat požadované výsledky. Důsledky nedostatečného řízení rizik mohou být katastrofální a mohou mít za následek neefektivní operace, projekty, které nejsou dokončeny včas a strategie, které nebyly dodány nebo byly nesprávné. Úspěšná řešení ba měla být proporcionální, sladěná, komplexní a dynamická. Činnosti budou také muset být komplexní, aby bylo zajištěno řízení všech rizik. Iniciativa by měla pokrývat všechny aspekty organizace a všechna rizika, kterým čelí a reagovat na měnící se podnikatelské prostředí, kterému organizace čelí. (Hopkin, 2018)

3.2 Kapacitní krize

Nezaměstnanost je v ČR i přes všechny nenadálé zvraty, které v posledních letech proběhly, stále nízká a vede k zostřující se konkurenci. Nutí zaměstnavatele navyšovat mzdy, benefity apod. Kapacitní krize, která vyplývá z nízké nezaměstnanosti v České republice, znamená pro personální oddělení menší možnost výběru kvalitních pracovníků, o které musí bojovat nastavením lepších pracovních podmínek. Začínají se objevovat doposud nové skutečnosti v personálním managementu. Přestávají se tajit mzdy na jednotlivých pozicích a firmy naopak hrdě prezentují kolik na které pozici nabízejí peněz. Podle v minulosti provedené studie se pak pozornost firem a uchazečů přesunuje právě k firemní kultuře. Podle mnohých firem je firemní kultura, prostředí, chování zaměstnanců to, co budou lidé v budoucnu více hodnotit a podle čeho se budou rozhodovat, v jaké firmě chtějí pracovat. Dnešní doba vyžaduje aplikaci nových náborových metod či řízení odborné výchovy studentů. Je tedy otázkou, zda se v nynější situaci management lidských zdrojů uchytí příležitosti a svými schopnosti potvrdí důležitost pro celkový management podniku jak v krizi, tak mimo ni. (Hoke a kolektiv, 2018)

3.3 Kapacitní krize ve zdravotnictví

V návaznosti na situaci na trhu práce, která nutí firmy, aby při vyhledávání odborníků na vybrané pozice přistupovaly k inovativním řešením, stejný problém panuje i při obsazování pracovních pozic ve zdravotnických zařízeních. Příkladem je oslovování lidí v zahraničí nebo spolupráce s agenturami, které se na výběr a doporučování pracovníků zaměřují. Tím se samozřejmě celý náborový proces prodlužuje a prodražuje. Velký zájem je o studenty vysokých i středních škol, ale i o cizince, a to i bez znalosti českého jazyka. V tomto firmy cílí například na Slovensko, kde aktuálně panuje situace, kdy některá zdravotnická zařízení by bez pracovníků ze zahraničí ani nemohla plně fungovat.

Firmy a organizace se v zájmu efektivního řízení lidských zdrojů ve svých programech zaměřují nejen na získání těch nejlepších zaměstnanců, ale v dnešní době hlavně na jejich udržení a rozvoj, kdy přichází na řadu talent management či plány následnictví. Podniky musejí svým zaměstnancům nabídnout více než ostatní zaměstnavatelé na trhu práce. To něco, je vedle uceleného systému odměňování, především zajímavá kariéra a rozvoj zaměstnanců z dlouhodobého hlediska. Zejména u lékařů je systém celoživotního vzdělávání naprosto klíčový.

Vzdělávání a rozvoj je jedním ze zásadních faktorů lidských zdrojů, který zaměstnavatel může poskytnout. O tom, kde budou experti pracovat, může rozhodnout i dobrá či špatná firemní kultura a nesmírně důležitý je i sociální pohled. Současná situace na pracovním trhu je pro zaměstnavatele velkou výzvou, příležitostí pro talentované a loajální zaměstnance a zároveň přínosem pro celou naši společnost. (Hoke a kolektiv, 2018)

3.4 Personální krize

Personální krize je druh krize, kdy z nějakého důvodu nedochází k adekvátnímu stavu naplňování pracovních pozic a požadovaných počtů pracovníků. Personál je nedílnou součástí každé organizace, zdravotnické obzvláště, a jeho odborná úroveň a kvality hrají velmi významnou úlohu pro organizaci jakožto poskytovatele zdravotní péče. Nedostatek personálu hraje stěžejní úlohu v ekonomickém přínosu organizaci, kdy každý výkon lékaře znamená finanční přínos v podobě proplacení tohoto výkonu zdravotní pojišťovnou.

3.4.1 Příčiny

Pokud se tedy budeme zabývat názorem, že situace v našem zdravotnictví je taková, že není zdaleka optimální ohledně personálního naplnění u jednotlivých odborných profesí, je třeba si představit některé důvody, proč by tomu tak mohlo být. Co to v konečném výsledku znamená, je sestupující tendence výkonnosti s možností nenaplnění závazků. Lze uvézt několik důvodů, proč tomu tak může být.

Ekonomický růst a nezaměstnanost

Růst celé světové ekonomiky zůstává i nadále silný. Je podporován investicemi, dynamikou světového obchodu, příznivými finančními podmínkami a expanzivními hospodářskými politikami. Za hlavní bariéru pro vyšší růst je považována právě situace na trhu práce, kde jsou opět vidět symptomy přehřívání. S ekonomickým růstem roste i spokojenost veřejnosti s ekonomickou situací. Ekonomický růst znamená, že firmy si žádají pracovníky jako lidského kapitálu k realizaci výrobních plánů, prodeje svých výrobků a následnému zisku. Ať už však byla situace na pracovním trhu v průběhu posledních let jakákoliv, u pracovníků ve zdravotnictví, byla situace specifická v tom, že ani v době útlumu životního cyklu hospodářského vývoje, nestalo se, že by pracovníci ve zdravotnictví přicházeli o zaměstnání a plnili registry žadatelů o práci. Zde lze tedy spatřit jistý rozpor mezi zdravotnictvím a ostatními odvětvími.

Poptávka po lidské práci se dnes dramaticky snižuje a v jistých segmentech ekonomiky tradiční živá práce mizí. Ve zdravotnictví je však živá práce stále nenahraditelná. Zjišťujeme, že práce není pouze kategorií ekonomickou, ale také obecně kulturní, antropologickou, psychologickou a medicínskou. Pod tlakem zhoršování duševního zdraví nezaměstnaných a sociálně vyloučených lidí hájíme názor, že práce by měla náležet do souboru základních lidských práv a svobod. Zánik potřeby plnohodnotné práce je proto jedním z faktorů, které ponižují člověka a poškozují společnost. Hlavní pozornost je třeba věnovat psychologickým a zdravotním důsledkům dlouhodobé ztráty práce. (Buchtová a kolektiv, 2013)

Fluktuace zaměstnanců

Slovo fluktuace pochází z latinského „fluctuare“, což znamená, „houpat se na vlnách“ nebo také „pohybovat sem tam“. Tento pojem je užíván primárně v přírodních vědách, byl převzat také do managementu lidských zdrojů. Nejedná se vždy jen o odchod z organizace ze subjektivních příčin, kdy na uvolněné místo nastoupí někdo jiný, ale i odchod zaměstnance ze subjektivních příčin bez ohledu na to, zda na jeho místo bude později přijat někdo jiný a místo bude obsazeno.

Lze rozlišit tři druhy fluktuace:

- Přirozená – smrt zaměstnance, odchod do důchodu atd.
- V rámci organizace – změna pracovního umístění, povýšení atd.
- Ven z organizace – všechny odchody iniciovány ze strany zaměstnance, který následně nastupuje do jiné organizace.

Fluktuaci tedy považujeme za negativní faktor ovlivňující personální zajištění a kontinuitu znalostí v organizacích. Zaměstnanci, kteří odchází již neodvádějí plný výkon, odnášejí si nabyté znalosti a jejich odchody a následné nahrazení někým jiným stojí organizaci peníze. Je tedy pro organizaci žádoucí, udržet procento fluktuace na co nejnižší hodnotě. Jako pozitivní faktor považujeme fluktuaci tehdy, kdy má své přínosy, bez kterých by organizace stagnovala.

Autorka Vnoučková dále říká, že zaměstnanci, kteří jsou v organizacích spokojeni, nelpí na výši získaných finančních prostředků, naopak často se spokojí s platem nebo mzdou, která je v průměru nebo mírně pod průměrem v daném odvětví.

Pozitivní stránka fluktuace je tehdy, kdy mohou organizace růst pomocí inovací, které noví zaměstnanci přinášejí. Hlavním úkolem tedy je identifikovat kvalitní zaměstnance a zajistit jejich retenci. (Vnoučková, 2013)

Nastavený školský a vzdělávací systém

Další příčinu, která může za kapacitní krizi ve zdravotnictví je **špatně nastavený školský a vzdělávací systém**, kdy není brán zřetel na to, kolik bude česká populace, vzhledem ke svému demografickému vývoji, potřebovat pracovníků ve zdravotnictví, aby došlo k uspokojení potřeby ve smyslu postarat se o zajištění kvalitní zdravotní péče v takovém rozsahu, který je nařízen legislativními normami a zákony ve smyslu dostupnosti této péče.

Je třeba učinit takové kroky, aby byly zajištěny dostatečné počty uchazečů o obor medicíny. Jejich přípravě je třeba vytvořit podmínky již od studia na středních školách. Bylo by dobré opět přilákat zpět do oboru mužské osazenstvo. Celý atestační systém je pak třeba zjednodušit a zpřehlednit, aby neodrazoval mladé lékaře a ti, aby neodcházeli do zemí, kde je pro ně otázka získání atestace mnohem snazší.

Struktura vzdělávacího sytému vydržela nezměněna až do roku 2004. Důkazem o chybějící strategii lékařského vzdělávání bylo období mezi roky 2005 - 2009 kdy jsme to v ČR dotáhli na 83 atestačních oborů. Po čtyřech letech, došlo ke snížení. Další změna od roku 2012 byla, když vzdělávání v základních oborech bylo převedeno z IPVZ na lékařské fakulty. Postupně se zvýšil počet základních oborů na 46.

Tvůrci novely zákona o vzdělávání zvolili variantu „opravit“ systém stávající. První lékaři v tomto systému účinném od 1. 7. 2017 dlouhou dobu neměli k dispozici vzdělávací programy a vyhláška s programy není jediná, která scházela, aby změny, které novela zamýšlela, byly kompletní.

Kvalitní trénink lékařů je však kritickým faktorem kvality poskytované péče, proto na kvalitní vzdělávání nerezignujme. (Kočí, 2023)

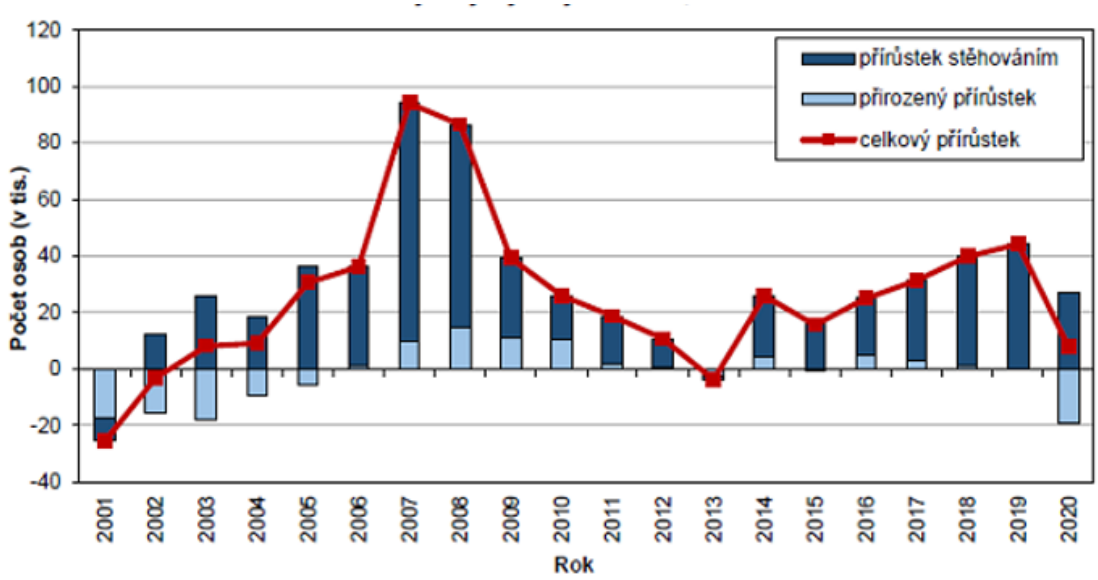
Demografický vývoj, stárnutí populace

Od počátku 21. století, resp. od roku 2003 až do konce druhé dekády, populace České republiky každoročně početně rostla, jedinou výjimku představoval rok 2013 (úbytek 3,7 tisíce obyvatel). Za posledních deset let, od počátku roku 2011 do konce roku 2020, počet obyvatel Česka vzrostl o 215,0 tisíce (o 2 %) na 10 701 777 (k 31. 12. 2020).

Seniorská složka reprezentující osoby starší 65 let, která má taktéž vzestupný trend posílila o dalších 26,7 tisíce osob na 2,16 milionu a poprvé v historii její podíl v populaci přesáhl 20% hranici (podíl činil 20,2 %, o 4,6 p. b. více než na počátku roku 2011).

Snižování podílu obyvatel v produktivním věku vede k postupnému stárnutí populace.

Tabulka 3 – Přírůstky/úbytky obyvatel ČR, 2001-2020, (czso.cz, 2023)



Z údajů ČSÚ jasně vyplívá, že populace v Česku stárne. Je to dáno jednak tím, že silné ročníky přichází do důchodového věku, a také tím, že průměrná délka života se prodlužuje. Pro naše zdravotnictví to znamená to, že bude více pacientů. S přibývajícím věkem, přibývají totiž i zdravotní problémy. Svou roli hraje i vliv znečištěného životního prostředí a všeobecný nárůst civilizačních chorob. To vše přichází v době, kdy české zdravotnictví očekává slibovanou reformu již více než dvacet let. (czso.cz, 2023)

Poměr obyvatelstva ve věku 65 let a více se zvyšuje ve všech členských státech EU-27, v zemích ESVO a v kandidátských zemích a také ve Spojeném království. (Eurostat, 2023)

Konkurenční boj

Tak jako v každém tržním prostředí, tak i na trhu zdravotnictví panuje konkurenční boj. Pokud se tedy bavíme o kapacitní krizi, zaměřme se na konkurenční boj, který jednotlivá zdravotnická zařízení a instituce svádějí v tom, jak vzbudit zájem možných uchazečů, přilákat jejich pozornost a poté je získat do svých řad. Konkurenční boj mezi sebou vedou jak státní sektor se soukromým, který láká pracovníky na lepší finanční ohodnocení a

pracovní podmínky. Stejně tak panuje podobný typ konkurenčního boje uvnitř státního sektoru, mezi velkými FN a krajskými nemocnicemi. Ty mají značnou konkurenční výhodu.

Trvalá konkurenční výhoda tvoří jistý druh navenek skrytého bohatství, které firma buduje skrze ryzí konkurenční boj. Za jistých okolností si může vybudovat trvalou konkurenční výhodu i podnik výhradním postavením jediného poskytovatele vyhledávané služby. Ocitne-li se podnik v pozici monopolu, bude jeho hospodářství za předpokladu kvalitního vedení vždy jen růst. Výsledkem takového hospodaření je plně vydělávající podnik s rozvahou bez dluhů. A s takovýmto ekonomickým profilem bude při jakýchkoliv konkurenčních nájezdech těžko porazitelným soupeřem. Konkurence bude vystavena obrovským počátečním nákladům, potažmo vyšším fixním nákladům, které ve svém důsledku výrazně snižují ziskovou marži. Za těchto okolností se kdysi cenově konkurenční podnik proměnil v podnik s trvalou konkurenční výhodou. Jestliže si podnik jednou vybuduje doménu trvalé konkurenční výhody, je téměř nemožné ji ztratit, s jedinou výjimkou, pokud nenastane v ekonomickém prostředí nějaká převratná změna. (Buffett a Clark, 2012)

Soukromé zdravotnictví a státní zdravotnictví

Páteří českého zdravotního systému z pohledu financování je veřejné zdravotní pojištění. Do zdravotnictví tak každoročně plyne řádově 350 miliard korun. Takto získané prostředky jsou dále využívány na úhradu poskytnuté zdravotní péče. V ČR jsou používány tyto metody úhrad:

- Platba za výkon (praktičtí lékaři, ambulantní specialisté, gynekologové, stomatologové, laboratoře, diagnostika)
- Kapitační platby (praktičtí lékaři)
- Paušální platba za ošetřovací den (následná dlouhodobá péče, psychiatrie, lázně)
- Platba za diagnózu (akutní lůžková péče)

Úhrady jsou zdravotnickým zařízením vypláceny prospektivně, pojišťovny nejprve hradí měsíční zálohy, konečné vyúčtování probíhá až v následujícím roce. Celý systém úhrad je dlouhodobě všemi aktéry, soukromými i státními, vnímám jako netransparentní a neodrážející reálné náklady. Úhradový systém vytváří prostředí k tomu, že **za stejný výkon** mohou různá zařízení dostávat **různou úhradu**, přičemž rozdíl není v kvalitě péče, ale většinou v historicky vzniklých okolnostech, které zůstávají v systému zakonzervovány.

V ČR díky široce vymezenému krytí zdravotní péče v rámci veřejného zdravotního pojištění a poměrně nízké spoluúčasti pacientů není příliš velký prostor pro rozvoj doplňkového soukromoprávního pojištění zdraví. Řada soukromoprávních pojišťoven však nabízí pojistné produkty, které zajišťují jejich klientům nadstandartní služby (např. nadstandartní pokoje v nemocnici či jiném zdravotnickém zařízení, uhrazení zdravotní péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, estetická medicína, některé typy rehabilitace, úhrada druhého lékařského názoru apod.) (Šámalová a Vojtíšek, 2021)

Praktičtí lékaři se mohou v případě, že zdravotní pojišťovny provedou vysoké srážky z překročení limitu úhrad poskytnuté zdravotní péče obrátit na Českou lékařskou komoru. Lze argumentovat zdravotní pojišťovně tak, že v daném případě nešlo o péči nehospodárnou nebo nadbytečnou a všechny případy indukované péče lze odborně odůvodnit. Překročení limitu tedy bylo nutností. Z Listiny základních práv a svobod a zákona vyplývá povinnost poskytnout odborně správnou péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, odpovídající profesním povinnostem, kdy tato povinnost vyplývá i z uzavřené smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče s touto zdravotní pojišťovnou.

Naopak v nemocnicích je vytvářen, zejména ekonomickými prostředky, tlak na ředitele a jejich prostřednictvím na jednotlivé primáře, aby se vešli do určitých limitů, které jsou považovány za hospodárné, a pokud se „podaří ušetřit“, pak je příslušný přednosta nebo primář odměněn. Naopak, pokud se do limitu nevejde, je sankcionován. Podle toho pochopitelně přistupuje k podřízeným lékařům a řízení celého oddělení. Lékař tak pracuje pod jistým tlakem, kdy na straně jedné mu hrozí případný trestný postih za odborně nesprávný postup, na straně druhé mu hrozí ekonomický postih za nehospodárný postup. Lékař je povinen poskytovat zdravotní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a skutečnost, že to pro něho může být i ekonomicky nevýhodné, neznamená, že takto postupovat nemusí. Naopak obhajoba, že pokud by postupoval zcela lege artis a ekonomicky by na to doplatil, by patrně byla ve většině případů považována za zcela nemorální. (Mach, 2010)

4 METODY HODNOCENÍ

Aby se mohlo přistoupit k analýze a hodnocení problému, který tato práce řeší, je třeba nejprve zvolit co nejvhodnější metody hodnocení, které by nejlépe mohly vystihnou danou problematiku a svým obsahem pak poskytnout co nejpřesnější obraz skutečnosti. Z mnoha metod, které v oblasti krizového managementu existují, byly vybrány metody: brainstorming, matice rizik, metoda rybí kosti ISHIKAWA a dotazníkové šetření s rozhovory. Metoda ISHIKAWA se zabývá oblastmi, které mají za následek jasnou příčinu, v tomto případě je to kapacitní krize ve zdravotnictví. Oblasti poté obsahují důvody, které způsobují či vedou ke zvolené krizové situaci. Rozhovory a dotazníkové šetření byly zvoleny proto, aby poskytly pohled tzv. zevnitř systému. Tam, kde odborná literatura končí se svými možnostmi, tam lze dále čerpat z osobních názorů jednotlivých účastníků, kteří se vyjádří k dané problematice a jejich léta praxe a zkušeností z lékařského oboru jsou velmi cennými daty pro další zkoumání.

4.1 Brainstorming

Metoda velmi často užívaná, pokud jsme schopni dát dohromady tým, který by se během týmové práce, kterou brainstorming je, dokázal zamyslet nad identifikací nejzávažnějších problémů a sestavil žebříček priorit těchto identifikovaných zdrojů rizik.

Autor Hernández (2017) uvádí, že brainstorming je kreativní cvičení, při kterém se sejdou individuality nebo skupiny lidí, za účelem spontánně generovat list nápadů s cílem najít řešení těchto specifických problémů. Tyto nápady a myšlenky je třeba zaznamenávat, a to hned z několika důvodů. Za prvé proto, aby bylo potom s odstupem času možné pozorovat vývoj myšlení nad tématem, za druhé, někdy opakovaný pohled na známou věc dokáže zažehnout novou jiskru kreativity, a za třetí, je to dobrý způsob, jak všechny nápady dostat ven, ze své hlavy a uvolnit si tak v hlavě místo pro nové nápady. Je třeba dodržovat několik pravidel:

- Vhodné místo
- Žádné „ne“, nic nezavrhovat
- Být připraven
- Časový limit (příliš mnoho času neznamená větší úspěch) (Hernández, 2017)

Této metody bylo využito pro základní identifikaci hlavních rizik a jejich roztříděni, dle jednotlivých sekcí. Tato určená rizika jsou pak pro grafickou názornost použita při sestrojení diagramu rybí kosti ISHIKAWA a do vypracování matice rizik, která na základě pravděpodobnosti a dopadu ukazuje, která rizika nutno řešit hned, a která později.

4.2 Metoda ISHIKAWA

Tato metoda je také známá jako metoda rybí kosti, dle svého tvaru, který použil Kaoru Ishikawa v 60. letech minulého století. Princip diagramu spočívá v tom, že „hlavou" rybí kosti je hlavní následek, který se řeší. Na hlavní páteř ve tvaru šipky navazují jednotlivé kategorie příčin a pro každou kategorii jsou znázorněny jednotlivé příčiny. Nejprve jsou identifikovány základní oblasti, ze kterých mohou příčiny vycházet (technologie, procesy, lidé, materiál apod.). Z diagramu je možné zejména vyčíst možné příčiny, na které se je třeba při řešení problému soustředit. Z některých příčin je možné identifikovat samostatná rizika. Uvedená analýza je užitečná pro zpracování seznamu rizik na konci fáze identifikace rizik. Některé příčiny se mohou podílet na více rizicích. Na základě podrobnější struktury rizik se mohou vytvořit skupiny rizik a lze je řešit se znalostí vazby na ostatní rizika. (Korecký a Trkovský, 2011)

Doplňující pohled na metodu rybí kosti je takový, že se jedná o kognitivní metodu, kdy diagram příčin a následků je technika pro zobrazení problému s následnou analýzou příčin. S diagramem s může pracovat různým způsobem. Lehčí verzí je, že diagram bude mít již zadané kategorie „hlavní příčina", zkušenější si už mohou kategorie určovat samostatně. V případě Ishikawova diagramu tedy lze nejprve brainstormingovým způsobem shromáždit důvody, sepsat je a později strukturovat do kategorií a podkategorií. (Čapek, 2015)

4.3 Dotazníkové šetření, rozhovory

Dotazníkové šetření je jednou z nejčastějších metod sběru dat. Má relativně nízkou časovou a finanční náročnost, umožňuje opakované použití dotazníku, zajišťuje určitou míru anonymity. Výhodou zůstává, že lze tedy provádět opakované dotazování a snadno porovnat výsledky.

Autorka Sedláková (2014) zase uvádí, že dotazníkové šetření je technika poskytující vysoce standardizovaná data. Právě vysoká míra standardizace, kdy se snažíme vytvořit pro všechny dotazované stejné podmínky, má zajistit srovnatelnost získaných dat a zároveň přispívá k jejich vyšší reliabilitě. Dotazník nezkoumá realitu jako takovou, ale jak lidé sociální realitu

vidí, jak o ní uvažují, jaký k ní zaujímají postoj, jak se stylizují a co si myslí o svém jednání. Obecnou výhodou dotazníkového šetření je schopnost poskytovat data z velkých souborů, a zároveň relativně jednoduchá administrace, protože velká míra standardizace kladených otázek nevyžaduje zvláštní vysvětlení. Jeho nevýhody naznačuje základní východisko dotazníkových šetření, které předpokládá, že respondenti odpovídají standardizovaně na standardizované otázky, a navíc tak, jek to zamýšlel výzkumník. Nevýhodou může být i velká redukce získávaných údajů, ke které dochází při jejich standardizaci a převodu do statisticky zpracovatelných dat. (Sedláková, 2014)

4.4 Matice rizik

Autorka Šupšáková (2017) uvádí, jako jednu ze vhodných metod pro zkoumání a hodnocení rizika, analýzu matici rizik. Rizika, ať už jsou detekována retrospektivně, či prospektivně, musí být vždy hodnocena ve dvou základních dimenzích. První je pravděpodobnost jevu a druhá je závažnost následků neboli dopad. Každé zařízení volí vlastní stupnici s rozsahem pravděpodobnosti a následků. V matici rizika jsou určitým rizikům přidělovány hodnoty ve dvou hlavních škálách. Mimo to, že zařadíme rizika do matice, je třeba zvážit, zda máme jistotu o správném rozhodnutí, nebo je třeba zjistit hodnocení odborníka. Míra rizika je stanovena slovní škálou od minimálních následků, nízkých, středních, vysokých až po maximální. Kdy každý slovní výraz představuje příklady a závažnosti následků při stanovené míře rizika. Dopad rizika je rovněž vyjádřen slovní škálou od nízkého, dále střední, vysoký až po kritický. Každému stupni odpovídá rozsah a závažnost dopadů hodnocených rizik. (Šupšáková, 2017)

4.5 Shrnutí teoretických východisek

Teoretická část této diplomové práce měla za cíl představit literární zdroje týkající se teorie ke zkoumanému tématu kapacitní krize. Na začátku jsou obsaženy kapitoly, které definují některé pojmy z oboru zdravotnictví, popis systému zdravotní péče, způsoby financování a platnou legislativu. Je zde zmíněna i stránka negativních jevů, které lze pozorovat ve fungování zavedeného systému související s plýtváním jak materiálních, tak i lidských zdrojů. Snaha o novou koncepci našeho zdravotnictví se doposud neposunula do fáze reálného hmatatelného výsledku, a tak neutěšená situace není stále řešena. Naše forma zdravotního systému se vyznačuje značně solidární formou a zaručuje všem bez rozdílu stejný přístup k nejnovějším léčebným postupům a možností léčby.

Druhá část teoretické části pojednává o tom, co je krize, kapacitní krize a krize personální. Bylo popsáno, jak specifický je obor zdravotnictví a jak nenahraditelný je přínos lidské činnosti jako „živé práce“. Lidský kapitál je představen, jako to nejcennější, co může organizace mít, a je třeba zajistit, aby o toto jmění bylo náležitě postaráno a vyslyšeno jeho potřebám a oprávněným požadavkům. To je to, oč běží v personální práci. Je to práce s lidmi, o lidech a pro lidi. Nově příchozí inovativní přístupy průmyslové revoluce Průmysl 4.0 se pomalu snaží, aby alespoň část povinností personálu přešla do jeho pravomocí a odlehčila personálu výkon povolání. Stejně tak vyvstává otázka, zda může UI nahradit v oboru zdravotnictví člověka?

Lze předpokládat, že v blízké budoucnosti tyto nástroje nastupujících nových technologií budou hrát větší roli než dosud. Může to být výraznou pomocí pro řešení personální krize. Teoretická část obsahuje i kapitolu, co způsobuje kapacitní krizi, její příčiny a možné důsledky. Tyto důsledky je možno osobně pozorovat při každém kontaktu se zdravotnickým zařízením.

Ve třetí části teoretické části diplomové práce byly představeny vybrané metody pro identifikaci a hodnocení rizik. Tyto představené metody budou použity při analýze stavu vybrané organizace a budou nápomocny jako východisko pro návrhy řešení.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

Tato diplomová práce se zabývá kapacitní krizí ve zdravotnictví. Jak tedy vlastně vnímáme naše zdravotnictví? Hodně záleží na úhlu pohledu. Záleží, zdali jsme na straně pacientů, kteří přijdou vyhledat lékařskou pomoc, kdy ji opravdu potřebují, jsou ošetřeni a jdou opět domů pokračovat ve svých životech a plnění každodenních pracovních a rodinných povinností. Záleží také na tom, v jaké věkové skupině se nacházíme, jaký je náš zdravotní stav, jakého jsme dosáhli sociálního postavení a jak se o své zdraví, z vlastního uvědomění a odpovědnosti, staráme. Jsme-li věku mladšího, setkáváme se s lékaři většinou jen ve výjimečných případech. Jeden příklad z praxe ZZS, který trochu odpovídá i situaci v normálním zdravotnictví. Je vcelku alarmující, že dnešní mladí lidé se nezdráhají volat linku první pomoci a žádat výjezd vozidla ZZS i v případech, že jejich zdravotní stav se rozhodně nenachází v ohrožení života či vážných zdravotních komplikací, které by tento výjezd vyžadovaly. Buď je dnešní mladá generace tak přecitlivělá, že sebemenší náznak zdravotního diskomfortu hned považuje za ohrožení svého zdraví, nebo tak rozmazlená, že očekává v každém případě, že veřejná služba, kterou je ZZS a podobné složky IZS, jsou tu vždy připraveny k službám, plnit úkoly na vyžádání. Ani jedno tvrzení nezní příliš lichotivě. Statistiky záznamů linek tísňového volání však hovoří jasně. Nadpoloviční většina výjezdů vozidel ZZS jede k případům, ke kterým by vlastně ani vyjíždět nemusela a zcela zjevně se jedná o zneužití ZZS. Posádka vozu, pak je vytížena těmito druhy tísňového volání a není k dispozici u výjezdu, kdy jde skutečně o život. Dispečer na lince 155 či 112 však nemá nikdy jistotu a vozidlo prostě na výjezd poslat musí. I když lékař či zdravotník po příjezdu shledá, že výjezd nebyl nutný, není běžnou praxí, aby ten, kdo zneužil nouzové volání byl právními kroky přinucen k úhradě tohoto výjezdu. Zde je nutné dodat, že situace se liší okres od okresu a kraj od kraje. V zásadě však mají společného jmenovatele, a tím je zahlcení požadavky na počet výjezdů k pacientům. Otázkou tedy zůstává. Je skutečně potřeba budovat další výjezdní stanice ZZS, najímat více řidičů, zdravotníků, záchranářů a lékařů jako obsluhu těchto stanic? Nebo je třeba se zamyslet, a učinit potřebné, mnohdy nepopulární kroky, kdy v případě, že zásah nebyl nutný, budou si ho muset ti, kteří si jej vyžádali, finančně uhradit? Podobná je i situace v ambulancích a lékařů. Mnoho pacientů vyhledává lékaře, i když tuto odbornou pomoc zrovna akutně nepotřebují. Není však jednoduché odmítnout některého pacienta.

4.6 Krize českého zdravotnictví – finanční, personální i morální

Z odborných lékařských časopisů se dozvídáme, že zdravotnictví je chronicky podfinancované. S nedostatkem peněz úzce souvisí prohlubující se nedostatek zdravotníků. Kvůli nedostatku personálu je zdravotní péče zajišťována pouze za cenu systematického porušování zákoníku práce a dalších právních předpisů. Dostupnost, kvalita i bezpečnost zdravotní péče klesá!

Nemocniční lékaři jsou existenčně závislí na penězích za přesčasovou práci, ambulantní lékaři jsou zase ekonomickým tlakem motivováni k tomu, aby na vlastní zodpovědnost omezovali oprávněné nároky svých pacientů. (Tempus Medicorum, 2018)

4.6.1 Mzda strachu

V dalším článku se pak píše, že zdravotníci zůstávají v pozici nedobrovolných sponzorů špatného systému. Nízká cena lidské práce je příčinou zdánlivě vysoké efektivity našeho zdravotnictví. Zdravotníci si to však již nechtějí nechat líbit, a když nemají sílu neutěšený stav změnit, hlasují takříkajíc nohama. Lékaři odcházejí do zahraničí, zdravotní sestry pak mimo obor.

Personálně zdevastované nemocnice se dostávají do smrtící spirály. Platí totiž pravidlo, že čím méně zůstává v nemocnici zaměstnanců, tím jsou přepracovanější, a tak tím spíše také oni odejdou. Už ani na první pohled velmi lukrativní nabídky nezabírají. Nejde totiž o nic jiného než o tzv. mzdu strachu. Peníze za to, že převezmete zodpovědnost za něco, o čem dobře víte, že to nemůže fungovat. Nikdo nechce dělat primáře tam, kde nejsou sestry ani lékaři sekundáři. Nikdo nechce být jednou nohou v kriminále. (Tempus Medicorum, 2018)

4.6.2 Zdravotnictví volá o pomoc

Na hrozící personální krizi upozorňuje lékařská komora již řadu let. Naposledy před pár lety se pokoušeli přimět vládu k tomu, aby se personální devastací zdravotnictví začala zabývat, prostřednictvím informační kampaně „Zdravotnictví volá o pomoc“. Marně. Nezabrala ani vážná varování předních odborníků z té doby:

„92 % chirurgických oddělení funguje pouze díky porušování zákoníku práce.“ – Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.

„Dochází k zavírání interních oddělení napříč celou ČR.“ – Prof. MUDr. Richard Češka, CSc.

„V porodnicích chybělo v roce 2018 na 200 kvalifikovaných lékařů.“ – Doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl, CSc.

Prezident ČLK prohlásil, že pro politiky je pohodlnější občanům lhát než jejich problémy skutečně řešit. Papaláši spoléhají na to, že oni si svoji VIP péči vždy nějak seženou, a na ostatní „obyčejné“ lidi kašlou.

MUDr. Milan Kubek, prezident ČLK (Tempus Medicorum, 2018)

4.7 Vybrané zdravotnické zařízení, Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace

Zdravotnické zařízení, které bylo primárně inspirací k této diplomové práci je Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace Jihomoravského kraje.

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace poskytuje obyvatelstvu základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou zdravotní péči a výdej léků a zdravotnických prostředků ve svých lékárnách. Všechna pracoviště zajišťují odbornou praxi studentů lékařských a farmaceutických fakult včetně odborné praxe studentů středních zdravotnických škol. Nemocnice současně provádí klinické hodnocení léčiv a zdravotnických prostředků. V rozsahu potřebném pro zajištění výše uvedených činností zajišťuje činnost ekonomickou, technicko-provozní a administrativní včetně činnosti obslužných provozů. Nemocnice Kyjov je držitelem platného Certifikátu kvality a bezpečí, který jí byl udělen Českou společností pro akreditaci ve zdravotnictví. Oddělení klinické biochemie, oddělení klinické mikrobiologie, hematologicko-transfúzní oddělení a patologické oddělení jsou držiteli certifikátu Audit III dle Národního autorizačního střediska pro klinické laboratoře (NASKL).

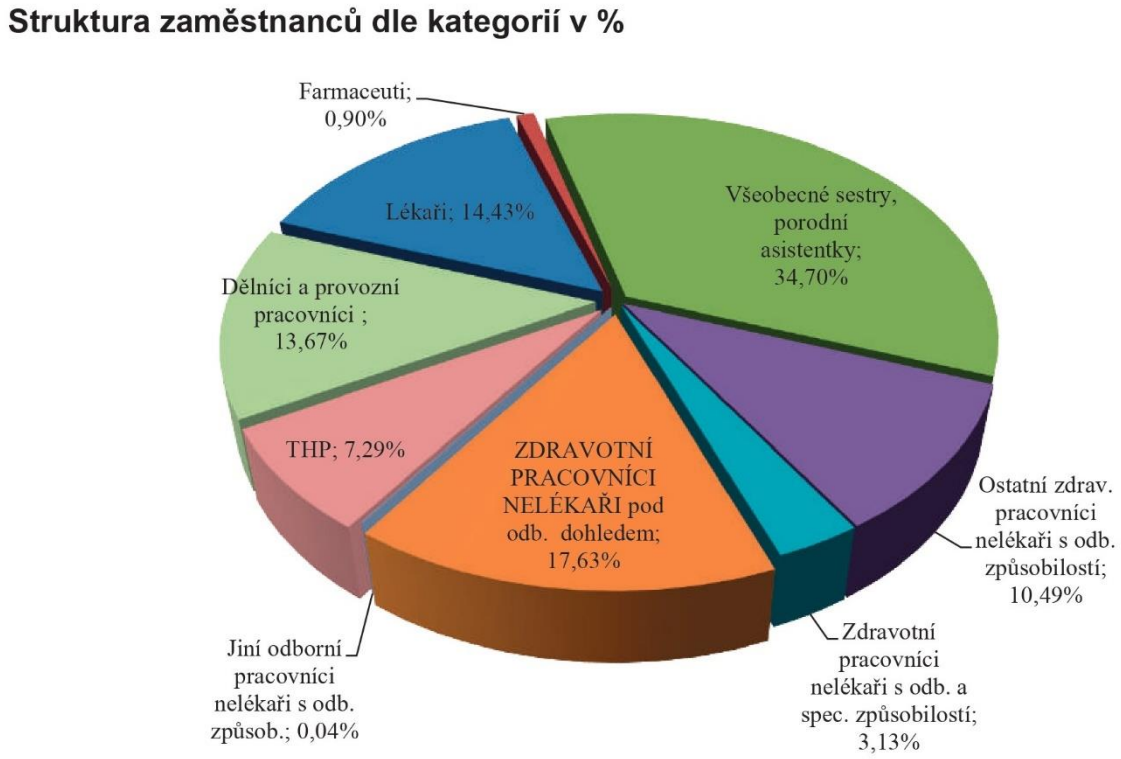
Obrázek 1 – Certifikát kvality a bezpečí a NASKL ČLS JEP, zdroj: Výroční zpráva, 2022

Jak je vidět z tabulky, Nemocnice Kyjov má k dnešnímu dni téměř 1300 zaměstnanců a tímto počtem se řadí k největším zaměstnavatelům našeho regionu. Tato nemocnice je též spádovou oblastí pro 162 000 obyvatel z okolních regionů.

Tabulka 4 - Kategorie a počty zaměstnanců, (Výroční zpráva, 2022)

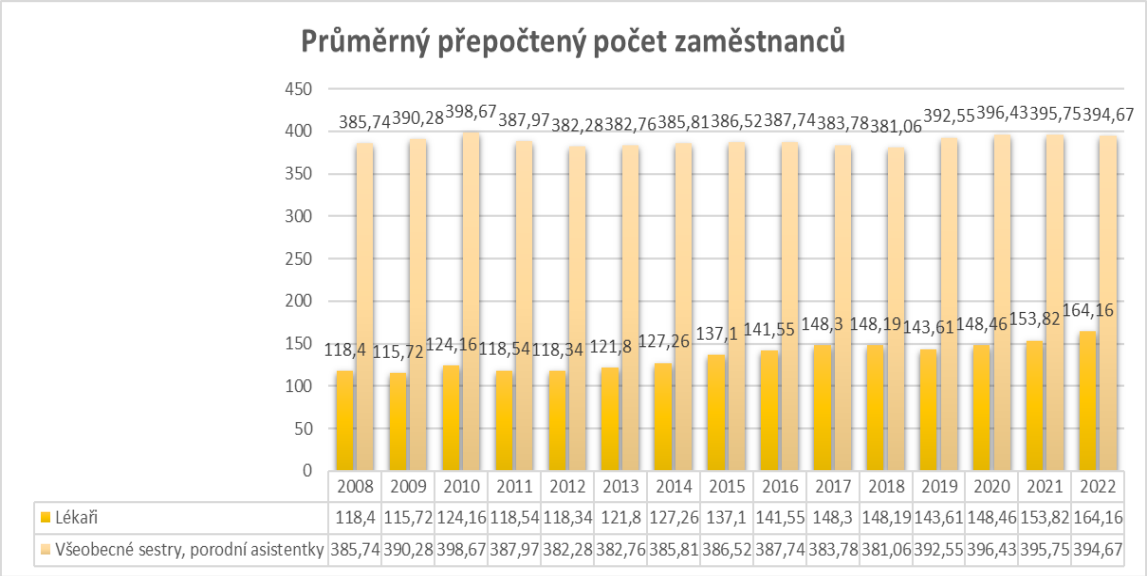
Kategorie zaměstnanců	**Průměrný přepočtený počet zaměstnanců**			**Evidenční počet zaměstnanců (fyzické osoby) k 31.12.2022**
	2020	**2021**	**2022**	
Lékaři	148,46	153,82	164,16	206
Farmaceuti	10,22	10	10,27	11
Všeobecné sestry, porodní asistentky	396,43	395,75	394,67	430
Ostatní zdrav. pracovníci nelékaři s odb. způsobilostí	100,09	113,48	119,33	140
Zdravotní pracovníci nelékaři s odb. a spec. způsobilostí	32,71	33,63	35,55	42
Zdravotní pracovníci nelékaři pod odb. dohledem nebo přímým vedením	168,41	174,2	174,57	182
Jiní odborní pracovníci nelékaři s odb. způsob.	0,03	0	0,4	1
THP	76,44	78,24	82,9	89
Dělníci a provozní pracovníci	142,68	146,4	155,41	163
Celkem za všechny kategorie	**1075,47**	**1105,52**	**1137,26**	**1264**

Z uvedené tabulky lze vyčíst, kategorie a počty pracovníků jednotlivých profesí. Největší nárůst počtu lze pozorovat u lékařů. Je do dáno finanční politikou nového vedení nemocnice, které se rozhodlo uvolnit finanční prostředky k tomu, aby posílené počty lékařů zajistili zkrácení čekacích dob, které se poslední roky stále prodlužovaly. Každý lékař však nezbytně potřebuje asistenci sester, kterých počet nijak významně nevzrostl. Ještě horší je situace u odborných pracovníků nelékařských profesí. Je totiž častým jevem, že za prodloužením čekacích dobu je doba, kdy lékař čeká na laboratorní či RDG výsledky, protože personální kapacity v laboratořích a jiných odborných odděleních nestačí zvládat svoji činnost, bez které lékař nemůže postoupit dále v přístupu k druhu léčby.



Obrázek 2 - Struktura zaměstnanců (Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, 2022)

Na obrázku č. 2 lze vidět jaká je současná struktura zaměstnanců organizace. Největší podíl na celkovém počtu zaměstnanců mají zdravotní sestry, za nimi pak zdravotničtí pracovníci nelékaři, kteří rovněž přispívají svojí prací v laboratořích a specializovaných odborných pracovištích, kde plní úlohu při výkonu podpůrných procesů, které jsou nezbytné pro procesy hlavní, kterými jsou léčba samotná a poskytování zdravotní péče dle stavu a potřeb pacienta. Poté už následují jako třetí nejpočetnější skupina lékaři, kteří jsou však na vrcholu v hierarchii zdravotnictví a nesou veškerou odpovědnost za úspěch či případný neúspěch léčby.



Obrázek 3 - Počet zaměstnanců – lékařů a sester 2008-2022 (zdroj vlastní)

Nemocnice Kyjov je komplexním zařízením poskytujícím ambulantní i lůžkovou péči obyvatelům okresu Hodonín. V oborech interna, chirurgie, dětské, gynekologie-porodnictví a ARO poskytuje péči, v dalších lůžkových oborech, kterými jsou neurologie, ortopedie, urologie, kožní, oční, rehabilitace, ušní-nosní-krční, plicní a infekční zajišťuje ústavní péči samostatně. Mimo to provozuje i lůžka následné péče v počtu 38, a to na detašovaném lůžkovém pracovišti ve Veselí nad Moravou. Nemocnice zajišťuje i organizuje dětskou, všeobecnou a stomatologickou lékařskou službu první pomoci. V areálu nemocnice působí celkem 47 odborných ambulancí, několik dalších je umístěno na poliklinice ve Veselí nad Moravou i Hodoníně. (Nemkyj.cz, 2023)

Od doby svého uvedení do provozu je, vzhledem ke své poloze, ve středu hodonínského okresu, spádovou nemocnicí pro široké okolí a páteřní nemocnicí Jihomoravského kraje. V posledních letech proběhlo čerpání z dotačních titulů, které napomohlo kompletnímu zateplení postupně všech budov, a tím významně přispěly ke snížení energetické náročnosti budov. Jiné dotační tituly zase napomohly k obnově a nákupu modernějšího zdravotnické vybavení a přístrojů, které zajišťují moderní odborné vyšetření na nejvyšší úrovni. Kyjovská nemocnice byla v minulém období, kdy světem proběhla pandemie viru Covid 19 postupně celá přeměněna na covidovou nemocnici a tato krizová situace se dotkla všech oddělení a personálu nemocnice. Nyní se věci postupně vrací k normálu a lékařský personál se s pomocí sester snaží dohnat odkládanou operativu, kterou jednak v první řadě pomůže pacientům ke zlepšení jejich zdravotního stavu, ve druhé řadě dohání finanční ztrátu, způsobenou výpadkem provedených lékařských výkonů a následného proplácení zdravotními

pojišťovnami. Toto vybrané zdravotnické zařízení se stejně, jako většina ostatních v našem státě, potýká s nedostatkem zdravotnického personálu. V oblasti sesterského personálu je situace mírně lepší, protože se v místě nachází SZŠ, jejích žáci docházejí do nemocnice na praxi a po ukončení školy pak přicházejí žádat o zaměstnání. Stav chybějících lékařů se odráží na čekacích lhůtách na vyšetření a následné zákroky. Nedostatek personálu způsobuje přetíženost stávajícího personálu a z dlouhodobého hlediska je taková situace těžko udržitelná. Je třeba hledat řešení, jak vývoj této situace obrátit k lepšímu.

Obrázek 4 - Mapa areálu Nemocnice Kyjov (zdroj: Nemkyj.cz, 2023)

5 ANALYTICKO-EMPIRICKÁ ČÁST

V této části práce bude přistoupeno k analýze současného stavu našeho zdravotnictví i s jeho aktuálními problémy a přísliby řešení do budoucnosti. Dotazníkové celorepublikové šetření zodpovědělo otázky z různých pohledů na existující problémy ve zdravotnictví. Rozhovory, diagram ISHIKAWA a matice rizik se použily pro analýzu a šetření vybrané zdravotnické organizace.

5.1 Vývoj situace až do současného stavu kapacitní krize

Lze se domnívat, že české zdravotnictví už v dobách Československa patřilo k jedněm z nejlepších v Evropě, resp. ve světě. Zdravotnictví v tehdejším ČSSR nevynikalo ani tak moderní lékařskou technikou, jako spíše vědeckým potenciálem, který má zásluhu na mnoha oblastech lékařského pokroku, technikách, lékařských a operačních postupech, a v neposlední řadě i ve farmacii a výsledcích laboratorních výzkumů. Otázkou zůstává, proč toho tehdejší režim nedokázal lépe využít a zajistit větší finanční prospěch z těchto získaných poznatků. Realita a praxe ukázala, že socialistický způsob hospodaření, kde všechno patří všem, a ve výsledku nepatří nic nikomu, příliš nefunguje. Není proto dlouhodobě udržitelný. Nikdo nemá zájem budovat něco, co mu vlastně nepatří a z čeho nemá žádný profit. Čeští lékaři však patřili před listopadem k nejlepším lékařům, z nejhorším (v porovnání se západní Evropou a USA) vybavením.

Něco dobrého však bývalému režimu přece jen musíme nechat. Bylo to centrální plánování. Po revoluci tolik vysmívané „pětiletky“, se dnes, téměř po třiceti letech od sametové revoluce, ukazují jako ideální doba, během které lze realizovat změny většího rázu, v systému tak složitém, jako je systém zdravotní péče. Jeden až dva roky je třeba věnovat přípravě projektu k realizaci, zhruba rok trvá vyřízení povolení a přistoupení k realizaci, další dva roky je třeba k realizaci samotné a nastává velmi důležitá část, kdy lze pomocí monitorování a kontroly zjistit, jak dobře byl naplněn stanovený záměr a na kolik procent byl realizovaný projekt úspěšný. Tohle všechno platí v ideálních podmínkách, které často komplikují změny na politickém poli. Tyto změny bohužel přicházejí poměrně často a většinou v kratším intervalu, než pěti let. Při takových změnách pak nastává absence vůle dokončit dílo již započaté a vlastními novými nápady chce každý získat plusové body u veřejnosti.

Ještě jednu věc je třeba zmínit, která již dnes není možná. Bylo to aktuální reagování na demografický vývoj populace a vývoj průmyslového vývoje. Reakce na to, aby bylo dostatek

konkrétních profesí, na uspokojení potřeb nejen národního hospodářství, ale i o to, jak se postarat o narůstající počet obyvatel a zajistit jim kapacity pro vzdělání, bydlení, a zajištění kulturních a společenských potřeb.

Tato diplomová práce jistě nemá za cíl vychvalovat systém, který tu do listopadu roku 1989 fungoval. K tomuto období už nastavený systém dojížděl jen setrvačností a změna byla nevyhnutelná a jistě všemi vítaná.

V období 90. let probíhal příliv západních výrobců a investorů, kteří na území nového státu s demokratickým zřízením a volným trhem spatřovali nové oblasti jako cíle svého obchodního trhu. Tak jako v oblasti průmyslu, tak i v oblasti zdravotnictví byly vynakládány nemalé finanční prostředky do budování nových zařízení, rekonstrukcí stávajících objektů a byly realizovány investice do nové zdravotnické techniky, přístrojů a dalšího vybavení. (uzis.cz, 2023)

5.2 Nedostatek lékařů

Proč tedy naše zdravotnictví trpí nedostatkem lékařů? Nedostatek lékařů je závažným problémem, na který komora již několik let marně upozorňuje. Řešením nemůže být zaměstnávání cizinců, kteří neumějí česky a jejichž odborná úroveň je nejasná. Jde o bezpečnost pacientů, o jejich zdraví a životy. Vedle rozdílné úrovně medicínského vzdělání je příčinou špatných výsledků u zkoušek bezpochyby skutečnost, že cizinci zneužívaní nemocnicemi jako laciná pracovní síla nemají podmínky k tomu, aby se mohli na zkoušky řádně připravovat.

Na neexistenci vyhlášek vzdělávání upozorňuje i MUDr. Kubek, který dále tvrdí, že podle nového zákona, je to obrovský problém, jenž komplikuje život mladým lékařům, kteří zůstávají v nejistotě. Kvůli nízkým mzdám a nevyhovujícím pracovním podmínkám mladí lékaři utíkají do ciziny a Ministerstvo zdravotnictví je navíc vyhání svojí neschopností stanovit jasná pravidla pro jejich vzdělávání. Již delší dobu běží celé specializační vzdělávání na čestné slovo, zdůrazňuje k tomu dále Kubek. (Tempus Medicorum, 2018)

Následně je popsáno, jak vidí stav našeho zdravotnictví odborníci přímo z praxe. Jsou použita vyjádření z odborných lékařských časopisů, které se problematikou související se zdravotnictvím pravidelně zaobírají a snaží se nalézt možné příčiny, které souvisí s existencí řešené problematiky. Velmi často přináší i nápady a řešení, která mohou být podnětem k zavedení potřebných změn. Jedná se o oblasti vzdělávání lékařů, finančním ohodnocení a

svěřenou zodpovědností za lidský život, důvody možných odchodů do zahraničí a v neposlední řadě problematiku platné legislativy. Jako možné řešení je uvedena změna koncepce zdravotnictví a přínos pomoci UI, která by nahradila část činností lidských.

Rozpor mezi požadavkem na znalosti a dovednosti a složitostí postgraduálního vzdělávání lékařů v ČR:

Lékař končí medicínu nejdříve v 25 letech, poté ještě asi 5 let intenzivně sbírá znalosti, dovednosti a zkušenosti, aby mohl vykonat atestační zkoušku a být schopen samostatné práce. Systém povinných stáží je však v ČR mimořádně složitý, navíc finančně i časově náročný, takže roky do atestace jsou mnohdy skutečným martyriem.

Rozpor mezi finančním ohodnocením a zodpovědností:

Platy lékařů ZZS nejsou nízké ve srovnání s ostatními profesemi, a to i kdybychom vzali za reálné příjmy prezentované v médiích, tedy včetně přesčasů. Nicméně kdo dobrovolně a s radostí tráví v práci 300 hodin v měsíci, tedy téměř dvojnásobek normální pracovní doby? Lékařské fakulty v ČR ročně opouští asi 1500 čerstvých lékařů absolventů. Někteří odejdou za západní hranice, neboť tam si jejich znalostí váží více – a znovu: nejde hlavně o peníze. V ČR jich pak zůstává stěží polovina. Myšlenka, že si lékaři budou platit studium, pokud nenastoupí do pracovního procesu, je hodná totalitní moci. Udělali bychom to tak i pro jiné profese? Nebylo by lepší vytvořit v ČR takové podmínky, aby zde i lékaři chtěli žít a pracovat? Druhá popsaná cesta je optimální, nicméně již včera bylo pozdě. (Tempus Medicorum, 2016)

***Lékaři v Česku stárnou, jiní odcházejí** – ti zkušení odcházejí do důchodu a mladých není dost na to, aby je nahradili. Průměrnému českému lékaři je přes 48 let, což je o čtyři roky více než v roce 1999. Pro pacienty, kteří potřebují praktického lékaře, je péče nejdostupnější hlavně v centrech velkých měst. Zatímco v roce 2003 bylo okresů, kde počet pacientů na jednoho praktika přesahoval 2200, celkem 12, o deset let později už jich bylo 25. Situace se ale mírně zlepšila, protože v roce 2008 bylo problematických regionů dokonce 29. Z údajů České lékařské komory vyplývá, že v roce 2016, celkem 209 absolventů medicíny z celkových 1500 loni nenastoupilo do žádné z českých nemocnic nebo ordinací. K tomu v roce 2015 odešlo dalších 354 lékařů s praxí. Množství lékařů, kteří se rozhodli odejít až po nějaké době strávené v českém zdravotnictví, mírně klesl. Nejvíce zkušených lékařů odešlo v roce 2010, což vyvrcholilo protestní akcí „Děkujeme, odcházíme“.* (Tempus Medicorum, 2016)

Emigrace lékařů

Je zcela evidentní a lze to samozřejmě doložit i aktuálními daty, že někteří lékaři poté, co v naší zemi vystudují medicínu, buď ihned, po ukončení studia, nebo později, po získání odborné praxe, rozhodnou se vycestovat za lepšími pracovními a finančními podmínkami do některé země EU, někdy i mnohem dále, kde je uznáván lékařský diplom z našich univerzit.

V Anglii pracuje již přes tisíc českých lékařů

Podle ČLK už v roce 2016 chybělo v nemocnicích 967 lékařů, nejvíc v Moravskoslezském kraji, kde nemocnice sháněly 124 doktorů, a v Praze, kde se nemocnice marně snažily sehnat 118 lékařů. Zdravotnické záchranné službě v té době scházelo 394 lékařů. Čísla chybějících doktorů v jednotlivých krajích ČLK monitoruje na webu Zdravotnictvivolaopomoc.cz. Čerstvá čísla o absenci zdravotnického personálu bude mít Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) k dispozici.

Nejčastěji čeští lékaři odcházejí pracovat do Velké Británie, kde v roce 2016 podle údajů ČLK pracovalo 1266 českých lékařů. Druhou nejčastější zemí je Německo, kde pracuje zhruba přes tisíc českých lékařů, a v Rakousku zhruba stovka. Německá lékařská komora dokonce uvedla, že se počet českých lékařů v Německu každoročně zvyšuje asi o sto. „Počet doktorů, kteří odcházejí, zůstává stejný. Neklesá, osciluje v těchto číslech, anebo spíše ještě stoupá," dodal k faktům mluvčí ČLK Michal Sojka. Podle něj nejčastěji opouštějí ČR specialisté na chirurgii, internu či ortopedii. (Tempus Medicorum, 2018)

UI v dnešní medicíně

Co by naopak mohlo být řešením je umělá inteligence, která je aplikovatelná k široké škále postupů v medicíně, jako jsou robotika, medicínská diagnostika, medicínská statistika a humánní biologie. UI (a robotika) zcela mění prostředí medicíny a zdravotní peče. Tyto změny také budou měnit role ošetřujícího personálu. Dnes je UI považována za inženýrský obor, který implementuje nové koncepty a řešení, které jsou schopny řešit složitě úkoly. Přitom se studují biologické i umělé systémy. UI je definována také jako nehumánní inteligence měřená schopností replikovat lidské duševní schopnosti, jako rozeznávání obrazců, porozumění přirozenému jazyku, adaptivní učení ze zkušeností a uvažování o ostatních. Vstupujeme, do kognitivní éry, v které softwarové systémy se již tak neprogramuji k vykonání určitých kroků, nýbrž se automaticky učí ve fázi tréninku, a používáni zpětné vazby od uživatelů.

Oblasti umělé inteligence a robotiky v medicíně

Jde o oblasti aplikaci:

- *udržování zdraví,*
- *včasná detekce poruch,*
- *diagnostika,*
- *rozhodování,*
- *terapie,*
- *paliativní peče,*
- *výzkum,*
- *výuka.* (Hendl, 2018)

UI v medicíně a etika

Nicméně, zmíněné nové technologie kladou před nás i etické otázky, na které se hledají odpovědi, protože v možnostech prostředků UI je ohrožení preferencí, bezpečnosti a soukromí pacientů. Diskuse o etických otázkách aplikací UI má vést k tomu, aby lékaři, další ošetřující personál a pacienti více rozuměli těmto aspektům UI. Získané poznatky mají umožnit realisticky odhadnout, co UI může nebo nemůže vykonat v procesu péče o pacienta.

Pro všechny sektory zdravotnictví platí, že cílem UI aplikací je usnadnit a podporovat práci lékařského a ošetřovatelského personálu. Technologické inovace mají být užitečné pro pacienty a osoby vyžadující ošetřovatelskou péči. Umělá inteligence je pro oblast péče o zdraví příslibem do budoucna. Aplikace nástrojů a systémů podporovaných UI sahá od přesnější analýzy zobrazovacích dat až po rozsáhlé systémy s miliony záznamů od pacientů, které umožňují například efektivní a rychlá rozhodnutí, jak přistupovat ke stavu pacienta.

Objevují se však důležité právní a etické otázky v oblasti nasazení UI prostředků ve zdravotnictví. Dosavadní diskuse v tomto směru vedly k několika předběžným závěrům. Bezpečnostní prvky musí být zabudovány přímo do UI technologií. Technologie musí být spolehlivé a bezpečné. Protože se jedná mnohdy o učící se systémy je nutné, aby tyto technologie byly také schopné rozpoznat zcela nová nebezpečí a vhodně na ně reagovat. (Hendl, 2020)

Skutečný dopad změn vzdělávání

Novela zákona č. 95/2004 Sb., kterou po vráceni Senátem schválila Poslanecká sněmovna, sama o sobě problémy ve specializačním vzdělávání lékařů nevyřeší. Systém se nestane kvalitnějším a skutečně funkčním, nebude pro mladé lékaře vstřícnějším, takže absolventi budou nadále odcházet za dalším vzděláním do zahraničí, kde je cesta k atestaci přímější a podmínky přehlednější. Vysoké školy novelu uvítaly jako krok správným směrem, politici tvrdí, že lépe je přijmout nedokonalý zákon než setrvávat u nevyhovující normy. Lékařská komora takový postoj kritizuje, novela podle ní zakonzervuje nynější špatný systém na několik dalších let.

Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., rektor Univerzity Karlovy se vyjádřil následovně:

Novela zákona č. 95/2004 Sb. přináší řešení řady problémů, jež se nakupily za dvanáct let platnosti původního zákona. Hlavní přínosy této novely jsou v tom, že specifikuje úlohu školenců a školitelů ve vzdělávacím procesu, rozšiřuje možnost vzdělávání do menších a okresních nemocnic, nově vymezuje skladbu a úlohu akreditačních komisí, kde budou nově zástupci krajů a České lékařské komory dohlížet na to, aby praxe byla vykonávána v terénu. Novela neprodlužuje školencům dobu vzdělávání a umožňuje větší flexibilitu zapojeným školencům. Konkrétně pak, že školenec bude výraznou část doby působit v domovském zařízení a pouze v minimální míře bude působit na pracovištích vyššího typu. Délka vzdělávání ve specializačních oborech se oproti současnosti novelou zkracuje a harmonizuje stav s evropskou směrnicí. Kritika se často snáší i na počet oborů. Novela obsahuje 44 oborů, což je v souladu s tím, jak to vypadá v jiných evropských zemích. Nejde tedy rovněž o žádnou výraznou změnu. Celý systém vzdělávání by měl být přívětivější, jednodušší a s jasně definovanými rolemi.

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, předseda ČLS JEP, přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze k tomu dodává:

Dopad zákona na naši kliniku a nemocnici je malý, uvolní se nám ale trochu prostor pro specializovanější výuku. Lékaři v řadě oborů včetně interny budou moci být školeni mimo fakultní nemocnici, třeba na okresech, a to je dobře. To nám umožní více školit třeba v endokrinologii a dalších oborech, kde vhodné sestavy pacientů jinde skoro neexistují. Celkem jsem s přijetím zákona velmi spokojen. Umožní mladým lékařům rychlé získání třeba i dvou atestací a kvalifikovanou a dobře placenou práci i po kmeni. Sám si myslím, že základních oborů mělo být kolem dvaceti; ten původní vládní návrh jich obsahoval kolem

třiceti, a byl proto tragédií, protože vnášel nerovnováhu mezi obory. Těch zhruba čtyřicet základních oborů je realistický kompromis a alespoň medicínu nedestabilizuje; v budoucnu se snad k revizi toho, co je základní obor, zákonodárci vrátí.

MUDr. Jiří Šedo, Ph.D., předseda spolu Mladí lékaři, z. s., vysvětluje svůj pohled na problém dnešní zdravotnictví takto:

Vzdělávání není prioritou

Jsou ale i věci řekněme organizačního charakteru, které zákon sám o sobě nikdy nevyřeší. Jde o vytvoření motivujícího prostředí v nemocnicích. Vedení nemocnice by mělo mladým lékařům nabízet jasný harmonogram a lepší kvalitu atestační přípravy, než je tomu nyní. Mělo by mít jasný plán stáží všech mladých lékařů, aby bylo jasné, jak budou po odděleních cirkulovat a vzájemně se zastupovat. Z druhé strany musí také zkušeným lékařům vytvářet podmínky pro to, aby mohli nebo spíše museli vzdělávat. Pokud má starší lékař celý den v ambulanci na ošetření jednoho pacienta řadově deset nebo dvacet minut, nelze čekat, že najde ještě čas na vysvětlování léčebného postupu mladšímu kolegovi – čas na výuku musí být jasně chráněný. Stejně tak ale nelze trénovat tím způsobem, že mladý lékař zůstane sám v ambulanci bez fyzické přítomnosti zkušeného lékaře, který by pacienta sám vyšetřil a zkontroloval navržený postup. Činnost zkušeného a mladého lékaře je potřeba účelně provázat.

Jak čelit rostoucímu nedostatku lékařů

Nedostatek lékařů v nemocnicích nelze vyřešit jednoduchým navýšením počtu studentů lékařských fakult. Je potřeba vytvářet podmínky motivující lékaře, aby neodcházeli z českého zdravotnictví. Vedle poskytnutí kvalitního tréninku je dalším dlouhodobě neřešeným problémem českého zdravotnictví velmi neefektivní využití práce lékařů, kteří jsou u nás přetíženi různými administrativními a jinými rutinními činnostmi. Zde je nutné konečně vypracovat koncepci a zahájit přesun administrativních činností a části kompetencí z lékařů na adekvátně vzdělané a speciálně vyškolené pracovníky. Ani ty nejbohatší země si nemohou dovolit takové plýtvání lidským potenciálem, jaké vidíme v ČR. Pokud se týká nemožnosti zajistit ambulantní péči v některých regionech ČR, zde by výrazně pomohl systém monitorace pokrytí zdravotní péče s jasným a aktualizovaným přehledem o potřebě lékařů dané odbornosti v konkrétní oblasti třeba formou interaktivních map. Měla by být zřízena centrální databáze vypisovaných výběrových řízení a zavedena pravidelná a dlouhodobá bonifikace u lékařů v těchto regionech a nedostatkových specializacích.

Čekáme na systémové řízení resortu

Již teď pociťujeme katastrofální nedostatek dentistů. Fungující zubařské ordinace již nepřijímají nové pacienty, akutní stavy jezdí do krajských měst desítky až stovky kilometrů a čekají v plných čekárnách na ošetření, protože jinou možnost prostě nemají. Bohužel, také onkologických pacientů přibývá.

Oproti minulým desetiletím se též mění podíl žen a mužů na vysokých školách s medicínskými obory. Snad je mužské pohlaví více lákáno jinými obory jako je studium ekonomie či práva, kde finanční stránka budoucího lukrativního zaměstnání je jistě lákavá a odpadá tíha odpovědnosti při rozhodování o lidském životě při stanovení správné lékařské diagnózy. V reálu to však bude znamenat, že ženy-lékařky kterým bylo dáno jedinečného daru možnosti plodit děti, bude to pro ně znamenat nutnou přestávku při vykonávání lékařské praxe a při celoživotním vzdělávání, které tato profese vyžaduje. Tento dar, stává se tak zároveň určitým handicapem vůči mužům-lékařům. Pokud tedy bude růst počet žen-lékařek, bude to znamenat větší výpadky jejich přítomnosti v procesu poskytování zdravotní péče z důvodu plnění mateřských povinností.

Nezbývá než věřit, že se někdy dočkáme systémového řízení resortu, které bude anticipovat blížící se hrozby a nebude je řešit, teprve až nastanou. O blížícím se nedostatku zdravotních sester jsme věděli dávno, dnes se kvůli němu zavírají oddělení po celé republice. Víme také, že na základě demografických analýz UZIS lze nejpozději do několika let očekávat personální krizi u lékařů. Navyšování počtu mediků není řešením a stejně přichází pozdě, vezmeme-li v potaz fakt, že tito noví studenti dospějí k atestaci ve většině oborů nejdříve za jedenáct let. Není nejvyšší čas začít situaci řešit? Najdou se někdy politici schopni dohlédnout za horizont vlastního volebního období? (Tempus Medicorum, 2018)

5.3 Techniky sběru dat

Jako techniky sběru dat byly v této práci použity rozhovory s odbornými pracovníky, s laboranty, s lékaři a primáři, se sestrami, s managementem nemocnice a odbornou veřejností. Každý názor je potom dílkem pomyslné skládačky toho, jak by měl vypadat ideální obraz našeho zdravotnictví a jak tomu co nejvíce napomoci.

5.4 Rozhovory

První rozhovory proběhly vlastně ještě před započetím práce na této diplomové práci. V průběhu let lze jasně pozorovat změny v postojích a názorech nově nastupující generace lékařů a sester.

Nyní, bylo kvůli zjištění aktuální situace provedeno několik rozhovorů. Tématem byla Kapacitní krize ve zdravotnictví, příčiny a důvody, které vedli k této krizi a snaha o nalezení řešení pro tuto nastalou situaci. Všichni dotazovaní jsou zaměstnanci Nemocnice Kyjov, příspěvkové organizace Jihomoravského kraje. Jedná se o lékaře s atestací, věk 36 let, pracující na nejmenovaném oddělení již desátým rokem a staniční sestru s vysokoškolským vzděláním, věk 45 let, která pracuje ve zdravotnictví dvacet šest let.

1.) Je počet pracovníků na oddělení, kde pracujete dostatečný?

Lékař/ka: *„Dá se říci, že neustále trvá stav, kdy by ještě jeden či dva lékaři na oddělení či v ambulanci našli své uplatnění. Pacientů je opravdu velký počet a zvládnout takové počty pacientů, kteří každé ráno zaplní čekárny ambulancí, je velmi vyčerpávající. Málokdo tuší, že samotné vyšetření trvá kolem 20 minut. Stejně dlouhou dobu ale trvá, zápis anamnézy do počítače, a mnohdy je poměrně obtížné, proklikat se všemi okny až do konce, aby bylo vše uloženo, případně vytištěno a odesláno (zpráva pro pacienta, recept, e-recept apod.). Nové programy i přes svoji modernost jsou často komplikované, obsahující nesčetně mnoho kroků a oken. Občas si s kolegy lékaři říkáme, že místo anatomie jsme měli brát lekce psaní na stroji. Množství byrokracie nás otravuje a unavuje. Nedostatek lékařů na pracovišti nastává např v době svátků a dovolených, kdy každý chce vybrat svou dovolenou k zotavení. Zimní období chřipek a viróz si též vybírá svoji daň a dokáže totálně popřeházet rozpis služeb. I v době Covidu to bylo občas na hraně, ale vše se nakonec nějak zvládlo, i když se značným vypětím sil. Najít nového lékaře však vždy trvá dobu v řádech několika měsíců. Pokud někdo odejde do důchodu nebo dá výpověď, vždy to znamená práci navíc a plánovat záskoky.“*

Sestra: *„Nějaká sestra navíc by se vždy hodila. I když musím říci, že hodně práce, které dříve dělali sestry, dnes vykonávají sanitářky. Sestry pak mají více prostoru k odborným výkonům při poskytování péče. Problém nastává, v době nemocí, kdy sestry mají malé děti a musejí si vzít OČR a starat se doma o dítě, po dobu nemoci. Samozřejmě, sestry též odcházejí na MD a je nutné najít náhradu. Mladší ročníky sester zase někdy nezvládají velký díl odpovědnosti a práce a odcházejí na jiná pracoviště, i za cenu*

dojíždění. Ve fakultních nemocnicích, které se nacházejí poměrně blízko (50 km) je jim nabídnuto více peněz, a protože je tam personálu dostatek, tak i méně práce. Tomu se dá těžko konkurovat. Jiné sestry někdy odchází zcela mimo obor zdravotnictví a volí se více civilní zaměstnání.“

Zde panuje shoda obou dotazovaných, kde občasné výkyvy v systému lze zajistit tak, aby nebyla ohrožen průběh procesu poskytování zdravotní péče.

2.) Co má největší vliv nebo co způsobuje nedostatek či odchod lékařů a sester?

Lékař/ka: *„Je faktem, že hodně, převážně mladých lékařů, odchází krátce po ukončení studia a získání nezbytné praxe v oboru, do zahraničí. Převážně se jedná o země jako Německo a Velká Británie. Tyto země nabízí nepoměrně lepší platové i vzdělávací podmínky. O české lékaře mají velký zájem, protože ví, že český systém vzdělávání v medicíně je na poměrně vysoké úrovni. Někteří lékaři zase brzy po nastoupení do zaměstnání u nás vystřízliví, a jejich prvotní nadšení brzy opadne, když se jejich práce stává rutinní záležitostí, která je nadměrně vyčerpává a osobně nenaplňuje. Ztráta motivace po srážce s realitou je vidět hned v prvním roku po nástupu do pracovního poměru. Stále více je dnes lékařů – žen. Samozřejmě, že po odborné stránce, se mužům -lékařům naprosto vyrovnají, je tu ovšem ten problém, že přijde doba, kdy chtějí založit rodinu a znamená to pro ně tedy i několikaletou přestávku v lékařské praxi. Dalším častým důvodem odchodu, je přechod ze státního sektoru do privátního. Po získání praxe a atestace si ten, kdo může, zařídí soukromou praxi a je takříkajíc svým pánem. Případně se nechá zaměstnat, ale za přijatelnějších podmínek, než může naše státní zdravotnictví nabídnout.“*

Sestra: *„Samozřejmě, co se týče odchodů na MD, tak tam je to stejné, jako u lékařek. Založení rodiny a starost o děti je celkem běžná věc. V dnešní době, je to stále většinou žena, která zůstává na rodičovské dovolené. Jsou výjimky, kdy muž převezme péči o děti, ale je to většinou jen dočasné. A stejně tak, jako u lékařů, lidé, kteří se dali na práci ve zdravotnictví, jen kvůli dobrému finančnímu ohodnocení, po čase hledají jiné možnosti. Někdy hraje roli i to, že sestra musí sloužit i noční služby. Ne každý je ochoten se tomuto přizpůsobit. S přibývajícím věkem se to dá i pochopit. Je téměř jasné, že jev, kdy člověk nastoupil do zaměstnání a setrval tam celý svůj život, jsou minulostí. Dnešní trh práce nabízí spoustu příležitostí. Někdy se stává, že sestry odchází z důvodu stěhování za partnerem.“*

Zde lze pozorovat jistý rozdíl, kdy více odchází do soukromého sektoru lékařů nežli sester. Pro sestry je přece jen státní organizace zárukou větší stability jakožto zaměstnavatele.

3.) Jaký máte názor na časovou náročnost směn?

Lékař/ka: *„Každý lékař vám potvrdí, že kdo nesloužil denní směnu, po ní měl noční a pak ještě zůstal na další směnu, tak zůstat celou dobu v naprosté pohotovosti a soustředěnosti je po nějakém čase velmi vyčerpávající. To, že noční směna je směnou klidnou, je bláhová iluze. V noci je přítomno na pracovišti méně personálu, a tudíž méně pomocných rukou v případě potřeby. Také někdy není po ruce nikdo, kdo by podal fundovanou radu v případě akutních stavů. Konečné rozhodnutí a všechna odpovědnost je vždy na bedrech lékaře.“*

Sestra: *„Každý měsíc je znám rozpis služeb. Setry slouží denní, noční, dva dny volna. A tak se to stále opakuje. V případě dovolených a svátků je někdy problém služby plně obsadit. Do toho sem tam nějaká neplánovaná nemoc nebo dlouhodobější pracovní neschopnost a hned máte těch směn v měsíci více. Určitou dobu se to dá vydržet, dlouhodobě je to však velmi vyčerpávající.“*

V otázce časové náročnosti se dala opět očekávat shoda. Prokazatelně se jedná o druh povolání, který tuto časovou náročnost obsahuje a je tedy nutné, se na tuto náročnost připravit.

4.) Považujete svoji práci za náročnou?

Lékař/ka: *„Už když jsem si volil toto povolání a tento obor, bylo my jasné, že snadné to nebude. Už jen doba na vysoké škole byla z velké části věnována studiu, na rozdíl od kamarádů na jiných technických a humanitních fakultách, kteří si užívali studentského života. Přesto jsem však věděl, že to je to, co chci dělat, i přes tu všechnu náročnost tohoto povolání. Svoji velkou roli patrně hrálo i to, že oba rodiče jsou lékaři. Lékař na sobě musí celý život neustále pracovat a zdokonalovat. Stále se vzdělávat. Jsou stále nové a nové lékařské postupy, metody, nová přístroje a vybavení. Povinnou atestací to vše začíná, ale zdaleka nekončí.“*

Sestra: *“Musím se přiznat, že jsem si to vše představovala poněkud idyličtěji. Samozřejmě, že odpovědnost za léčbu nese lékař, na sestře však zůstává ta lidská stránka věci. Teplý přístup k nemocnému člověku, pochopení jeho stavu a jak zdravotnímu, tak psychickému. Sestra musí stále být v pohotovosti naslouchat, být ochotna pomoci a nějak*

prospět. Často musí jednat i se členy rodiny. Někdy pacient vyžaduje nadstandartní péči v našich standartních podmínkách. Při tom milionu různých povinností musí stále zachovat plnou soustředěnost na výkon tak, aby nedošlo k pochybení, které by mohlo mít závažné důsledky.“

Při této otázce se projevil rozdíl v pohledu na náročnost práce u každého dle své profese. Již z obsahu náplně práce je zřejmé, že každý funguje jednak za sebe, společný jmenovatel je pacient a velmi důležitá je spolupráce lékař – sestra, jako neoddělitelný tandem, který spolu úzce spolupracuje.

5.) Je těžké stát se lékařem/sestrou?

Lékař/ka: *„V dnešní době je to volba, která je zavazující na celý život. Pokud jednou vystudujete medicínu a stanete se lékařem, těžko pak nacházíte uplatnění jinde. Musíte předvádět velmi dobré výsledky už na gymnáziu, abyste byl dobře připraven na přijímací zkoušky na vysokou školu. Pak 6 let studia, které je opravdu studium se vším všudy a trávíte celý čas jen na přednáškách nebo ležíte v knížkách. Zkoušky jsou velmi těžké, a to se ani nebavím o přípravě k samotné atestaci.“*

Sestra: *„Domnívám se, že nyní je to trošku jednoduší než za časů mé maminky. Tehdy byla zdravotní škola něco, kam šli většinou dívky s výborným a velmi dobrým prospěchem. Dnes je laťka nastavená trochu níže. Profese je to poměrně náročná z pohledu nočních služeb, a také se musíte věnovat pacientům, kteří ne vždy spolupracují. To samé platí i při styku s rodinou, kdy je někdy těžké ukáznit jak pacienta, tak i jeho příbuzné. Oni mají někdy pocit, že naše nemocnice by měla být luxusní hotel se vším komfortem a všichni jim být kdykoliv k službám. Každý se ohání svými právy, málo si už ale každý uvědomuje, že jako pacient má i své povinnosti.“*

Tady lze pozorovat rozpor, kdy u sester jsou možná v dnešní době sníženy podmínky přijetí na SZŠ. Částečně to lze vysvětlit, že kapacity SZŠ jsou větší než kapacity univerzit a větší náročnost uspět u přijímacích zkoušek na VŠ.

6.) Co Vás motivuje k Vaší práci?

Lékař/ka: *„Motivuje mě, že tato profese má stále poměrně dobrý respekt ve společnosti a to, že díky svým znalostem a schopnostem, mohu opravdu zachránit někomu život, nebo alespoň pomoci k lepší kvalitě života.“*

Sestra: *„Nejvíce je pro mne asi motivující, že i přes všechno to zlé, co sebou toto povolání někdy nese, přesto jde o práci s lidmi, se kterými jste v neustálém kontaktu. A pocit vnitřního uspokojení, když pacient odchází v pořádku domů a je šťastný, že může opět trávit čas se svou rodinou a blízkými.“*

Motivace je společným faktorem obou profesí. Finanční podmínky jsou v rámci možností dobré, práce s lidmi a pro lidi je to, proč si někdo volí zdravotnictví jako svoji životní profesi.

7.) Berete Vaše povolání jako práci nebo jako poslání?

Lékař/ka: *„Asi více jako poslání. Kdybych to bral jen jako povolání, asi jsou i lepší povolání, kde se může člověk uplatnit.“*

Sestra: *„Pro mne je to tak napůl. Je to však povolání, kde kromě fyzické práce a práce zdravotnické, musíte mít i to srdce na pravém místě a empatii k člověku. „*

Částečná shoda dotazovaných, která navazuje a doplňuje předchozí otázku.

8.) Jakým způsobem řešíte nedostatek pracovníků?

Lékař/ka: *„Jsou to hlavně přesčasy a sjednané dohody. Jinak by asi nešlo pokrýt obsazení služeb. Někdy je těch služeb v měsíci už opravdu hodně, co by měl člověk zvládnout, ale zatím to tak nějak zdárně funguje.*

Sestra: „*Přes den se snažíme využít žáky SZŠ, kteří docházejí na praxi pomáhají s tím, co zastanou. To je pro ně zároveň nejlepší praxí. Někdy je třeba požádat o výpomoc setry z jiného oddělení. Např v době COVIDU byly setry na oddělení ARO, infekčním a plicním oddělení doplněny o sestry z kožního, očního, RHB, ušního a jiných oddělení.“*

Zde vyplývá zřejmý fakt, že je obtížněji nahraditelný lékař než sestra.

9.) Proč právě Nemocnice Kyjov? Jak jste se zde ocitl?

Lékař/ka: *„Pocházím z blízkého města, a i když je to město okresní, v Kyjově je větší nemocnice a je zde nachází se zde oddělení, na kterém jsem chtěl pracovat. Primář oddělení je špičkový odborník v oboru a mohu se od něj profesně velmi mnoho naučit, pro svoji budoucí praxi lékaře.“*

Sestra: *„Já jsem tu chodila na SZŠ a už jsem se tu cítila tak trochu jako doma. Chvíli jsem pracovala v jiné nemocnici, ale když přišli děti, vrátila jsem z důvodu klidného rodinného života z velkoměsta zpět.“*

Lze konstatovat, že místní region má svou nepopiratelnou výhodu. Jedná se o krásné prostředí k životu a dostatek možností pro kulturní a sociální vyžití. Nemocnice je významným zaměstnavatelem a má širokou spádovou oblast obyvatel.

10.) Myslíte, že je české zdravotnictví v krizi? Máte řešení?

Lékař/ka: *„Pokud stát, resp. Ministerstvo zdravotnictví nepřijde s nějakou smysluplnou koncepcí, která by zjednodušila proces vzdělávání lékařů a usnadnila cestu k atestaci, myslím, že obor bude krize, a je to krize skutečná, odrazovat čím dál více potenciálních zájemců o tuto profesi. Bohužel, koncepce je stále v nedohlednu a zdravotnictví si jede tak nějak setrvačností dál. Nebo se bude čím dál častěji stávat, že lékaři po studiu odjedou někam za hranice.“*

Sestra: *„Před několika lety byla krize ve stavu sester zcela evidentní. Dnes je situace poněkud lepší. Otázkou je, jestli to tak zůstane, nebo jestli se situace zase zhorší a sestry budou opět chybět. Možná, kdyby ubylo papírování a zbytečné byrokracie, a přešlo se opět jen a jen k péči o pacienta, zájem o tuto profesi by byl větší. Stejně tak si myslím, že chtít po každé sestře, aby si udělala vysokou školu, je trochu přehnané. „*

České zdravotnictví je zcela zjevně v ohrožení. Zvláště dnes, kdy rostou cen energií, potravin, PHM a různého zboží, rostou i náklady na péči. To zase znamená větší zátěž pro krajský a státní rozpočet. Návrh na řešení krize je otázkou, která by se měla brzy objevit k projednání na nejvyšších místech našeho státu. Ministerstvo zdravotnictví by mělo navrhnou koncepci do budoucnosti, aby se situace dále nezhoršovala.

5.5 Dotazníkové šetření

Na základě toho, co by mělo být žádaným výstupem dotazníkového šetření, byly sestaveny sady otázek. Tyto otázky byly postaveny tak, aby odpovědi na ně poskytly co možná nejlepší odpovědi zkoumaného tématu a pomohly lépe identifikovat nejzávažnější problémy a takto zjištěné problémy podrobit zkoumání, jak je nejlépe řešit.

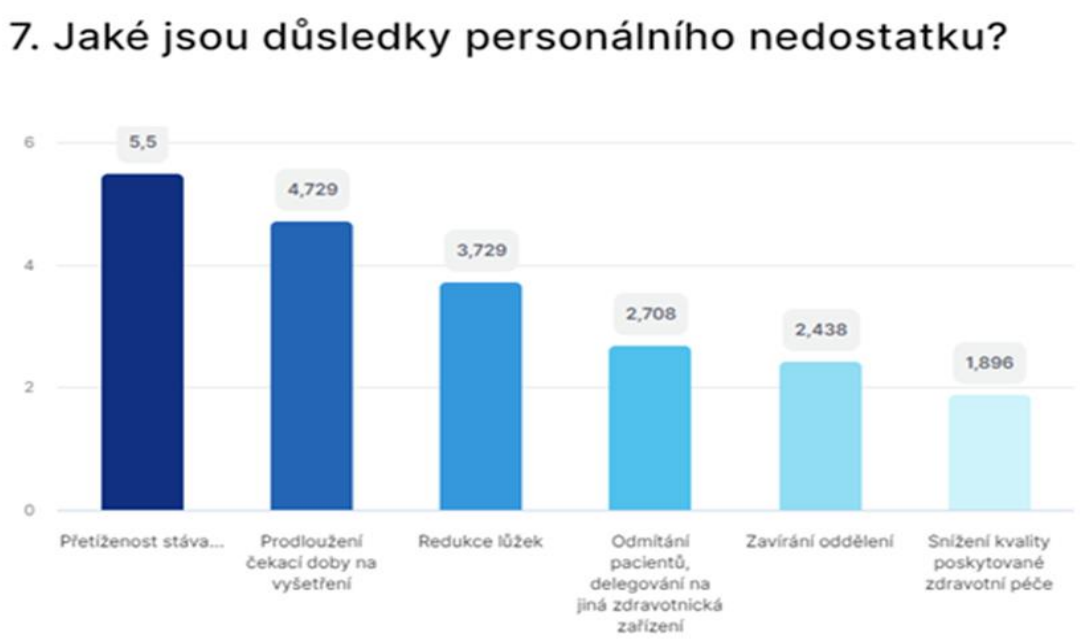
Celkem bylo osloveno 127 nemocničních zařízení v celé ČR. Termín na vyplnění dotazníku byl dán 14 dní. Z počtu 124 návštěv dokončilo dotazník 48 dotazovaných. Celková úspěšnost vyplnění dotazníku byla 39,7 %. Dotazníkové šetření bylo distribuováno elektronicky přes webový portál Survio.

Otázka č. 1. byla na typ nemocnice, hlediska vlastníka či provozovatele zařízení. Na výběr byl typ nemocnice okresní, krajská, fakultní a soukromá. Nejmenší zájem vyplnit dotazník

byl u FN. **Otázka č. 2**. byla na počet personálu pracujícího v organizaci. Nejčastěji se jednalo o zařízení s počtem zdravotnického personálu 501-1000. **Otázka č. 3**. specifikovala, jedná-li se o profesi sestry nebo lékaře. Sester odpovědělo dvakrát více než lékařů. **Otázka č. 4**. na počet lůžek v nemocnici ukázala, že nejvíce nemocnic mělo 100-499 lůžek pro pacienty. **Otázka č. 5.** odpověděla na dotaz na nedostatek sester lékařů. Stav je tedy takový, že více chybí na pracovištích lékaři. **Otázka č. 6.** zjistila, že nejčastějším jevem, jak je nedostatek personálu řešen, je přetěžování personálu stávajícího (více směn v měsíci a hodiny přesčasů). **Otázka č. 7.**, (viz. graf č.1.) uvedla jako nejzávažnější důsledek nedostatek personálu přetíženost stávajícího personálu a pro pacienty to znamená prodloužení čekacích dob na vyšetření. Utěšující může být odpověď na **otázku č. 8.**, že i přes všechny problémy, která práce ve zdravotnictví přináší, 80 % dotázaných přesto hodlá v tomto oboru setrvat. Nejčastějším důvodem odchodů ze zaměstnání je v **otázce č. 9.**, (viz. graf č.2.) odpověď, že se tak děje kvůli nedostatečnému mzdovému ohodnocení a přílišné vytíženosti. Hned vzápětí je uveden důvod nedostatečné motivace. V **otázce č. 10.** není 67 % dotázaných spokojeno s výší své základní mzdy. **Otázka 11.,** (viz. graf č. 3.) přináší vyjádření, že by 77 % pracovníků uvítalo zvýšení mzdy a 56 % zlepšení pracovních podmínek. Na požadavek zvýšení mzdy má nejspíše svůj podíl vysoká inflace a zdražování zboží a energií. Na **otázku č. 12.** pak panuje názor, že většina zaměstnanců je na svém pracovišti docela spokojena. Otevřená **otázka č. 13.** pak přinesla cenné postřehy jako možné objekty k řešení a zlepšení stavu. Nejčastěji byl vyjádřen zájem o:

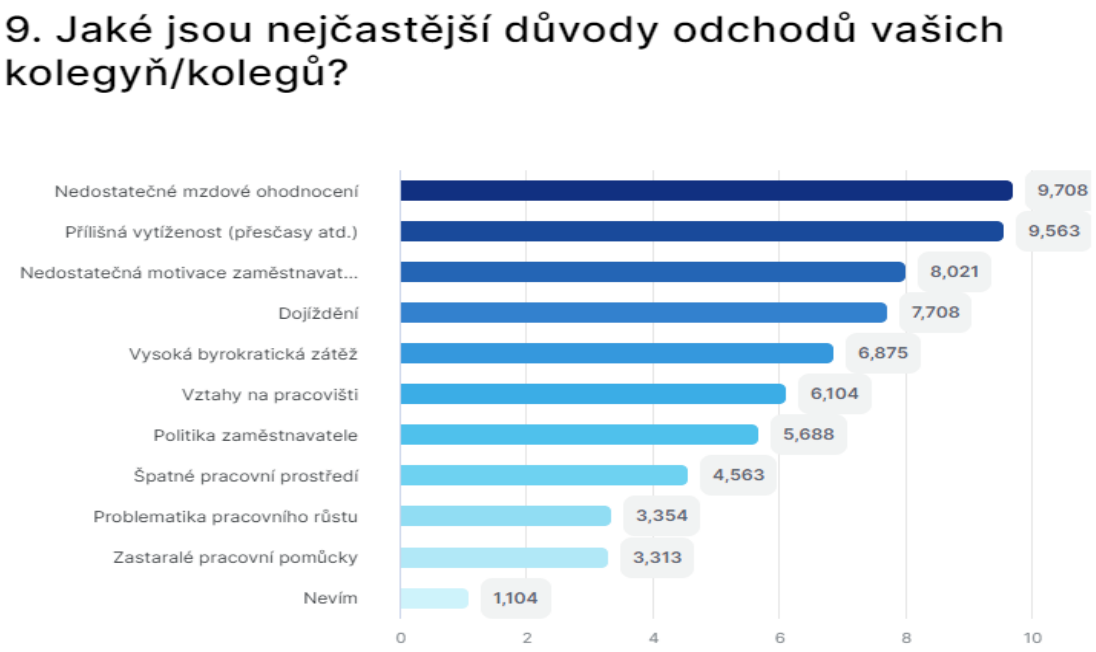
- lepší a korektní komunikaci, která mi mohla zlepšit interpersonální vztahy
- korektní přístup kolegů
- lepší motivační systém
- méně stresu, služeb a pacientů
- posílení personálu
- lepší pracovní podmínky

Největší provozní rizika v **otázce 15** byl uveden **nedostatek personálu**.



Graf 1 – Jaké jsou důsledky personálního nedostatku?

Na grafu č. 1. lze vidět konkrétní negativní jevy, které vyplívají z nedostatku personálu, který má za následek nejen přetížení stávajícího personálu, ale pro pacienty to znamená prodloužení čekacích dob. Již nyní trvá objednání na odborné vyšetření v řádech týdnů až měsíců. K redukci lůžek se přistupuje tehdy, není-li přítomno dost sester a lékařů, kteří by pně obsadili rozpis služeb. Odmítání pacientů a delegování jinam, znamená finanční ztrátu, ale pro pacienta to může znamenat dostat se k vyšetření na jiném zařízení dříve a zkrácení čekací doby.



Graf 2 – Jaké jsou nejčastější důvody obchodů vašich kolegyň/kolegů?

Tento graf č. 2. uvádí důvody, proč zaměstnanci opouštějí své zaměstnání. V dnešní době není až tak neobvyklé, že zdravotní sestry odchází z oboru a najdou si jiné zaměstnání, kde není odpovědnost za lidské životy a finanční ohodnocení bývá také někdy lepší. S personální krizí pak úzce souvisí to, že nedostatek personálu způsobuje množství přesčasů a hodin strávených v práci.

Graf 3- Jaká opatření ke stabilizaci lékařů/sester/nelékařů vnímáte jako potřebná?

Není s podivem, že graf. č. 3. vykazuje jako prostředek ke stabilizaci zvýšení patu a zlepšení pracovních podmínek. Organizace a způsob práce, a také pracovní prostředí na mnohých pracovištích dnes zcela neodpovídá požadavkům dnešní doby. Situace je pravděpodobně odlišná dle typu jednotlivých zdravotnických zařízení. Dá se však předpokládat, že situace ve státním sektoru bude o něco horší než v sektoru soukromém.

Tato kapitola stručně shrnovala výsledky celorepublikového dotazníkového šetření a poukázala na hlavní příčiny a důsledky nedostatku zdravotnického personálu. Na základě rozhovorů a dotazníkového šetření budou dále implementovány metody analýzy rizik.

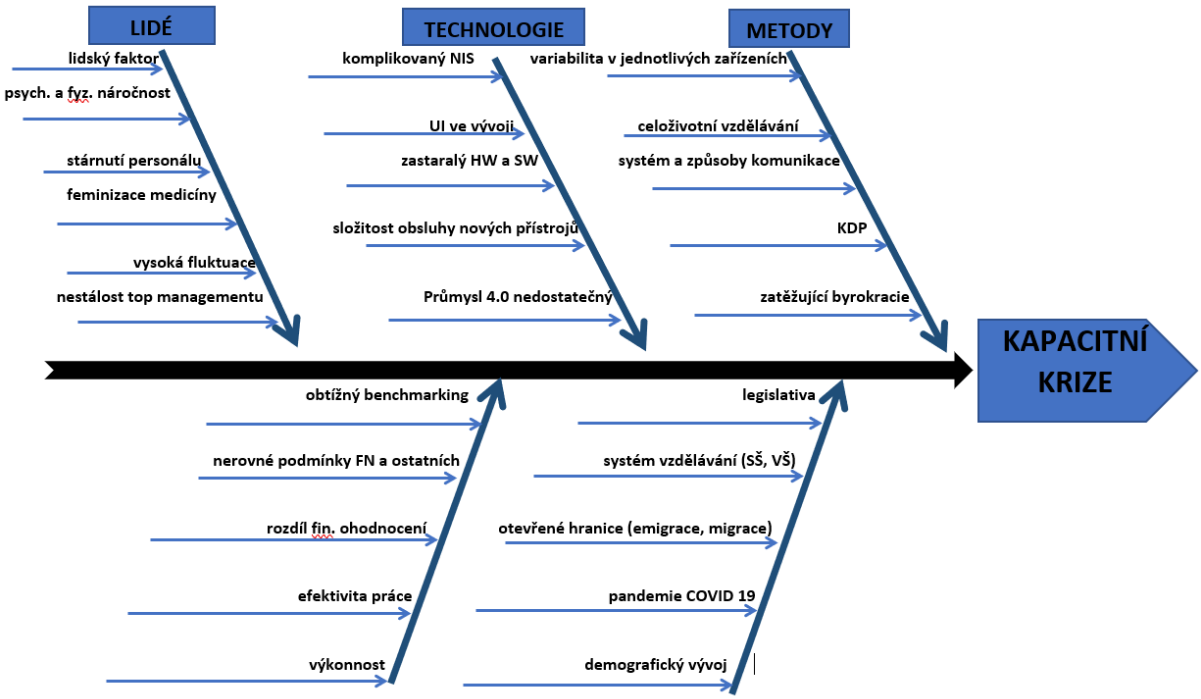
5.6 Aplikace dat do metod

V této části práce bude přistoupeno k aplikaci zjištěných dat do vybraných metod. Každá metoda je svým provedením vyhotovena tak, že v konečném výsledku sloučením těchto rozdílných metod, dojdeme ke komplexnímu obrazu zkoumaného problému.

5.7 ISHIKAWA

Tento typ diagramu obsahuje v rybí hlavě pojem kapacitní krize, jako stěžejní problém. Konkrétně se jedná o problém, kterým je kapacitní krize ve zdravotnictví. V jednotlivých rybích kostech pak jsou uvedeny příčiny, které vzešly z provedeného brainstormingu a vedou k tomuto důsledku.

Jednotlivé oblasti, které způsobují daný problém tedy byly určeny. Jsou to lidé, technologie, metody, měření a prostředí.



Obrázek 5 – ISHIKAWA diagram (vlastní zpracování)

5.7.1 Lidé

Do této oblasti byly zařazeny aktivity, které jsou lidmi vykonávány, přímo souvisejí s lidskou činností, nebo ji bezprostředně ovlivňují. **Lidský faktor** hraje svoji úlohu v tom, že každý občas chybuje. Chyba, která se však týká lidského zdraví nebo života, může znamenat nepokročení v úspěšné léčbě, v horším případě poškození zdraví až ztrátu života. Statistiky jsou neúprosné a na každý tisíc zákroků, které se povedou, připadá jeden, který z nějakého důvodu úspěšný není. Někdy hraje svou úlohu nějaká komplikace, která nastane, nemusí mít však ani přímou souvislost se zákrokem. Pokud je na vině lidská chyba, je nezbytné sjednat nápravu a realizovat opatření, aby se takové nežádoucí události v budoucnu podařilo zamezit. Jistý podíl na lidské chybě může mít i **psychická a fyzická náročnost** práce v oboru poskytování zdravotní péče. Stárnutí personálu jde ruku v ruce se stárnutím populace. Personál je přeci součástí populace. Statistické údaje potvrzují vyšší věkové kategorie, které se podílí na celkové věkové struktuře lidí, pracujících ve zdravotnictví. **Feminizace** zase značí, že počty ženského pohlaví začínají převládat nad pohlavím mužským, jejichž doménou ještě donedávna obor medicíny byl. Znamená to jediné. Ženy, jakožto nenahraditelná role v péče o děti a o rodinu budou mít několikaleté přestávky,

vzhledem k těmto povinnostem a mohou i později projít přípravou k získání atestace. **Fluktuace** je něco, co má své kladné i záporné stránky. Nadměrné procento fluktuace však zcela jistě znamená nestabilitu v kontinuálním procesu zajištění zdravotní péče a nepříjemné prodloužení doby čekání na potřebná vyšetření či zákroky. V této vybrané organizaci se jedná nejvíce o fluktuaci mladých lékařů. Ti berou většinou tuto nemocnici jen jako odrazový můstek pro svoji budoucí kariéru a po absolvování povinného „kolečka“ a po získání základní praxe odcházejí buď do velkých měst, fakultních nemocnic nebo do zahraničí. **Nestálost managementu** se projevuje nejvíce v tom, že každé nové vedení si přináší nové pojetí koncepce fungování tohoto vybraného zdravotnického zařízení. Každé nové vedení má jiné priority než vedení předešlé. Realitou pak bývá nedokončení předchozích plánů, změny v plánech, jiné realizované projekty, a po nastolení nového vedení, vždy probíhá fáze „seznamování“, kdy se nové vedení seznamuje s chodem nemocnice a zjišťuje místní poměry a vztahy. Po tuto dobu jede nemocnice vlastně jen setrvačností s napjatým očekáváním, kterým směrem se budou věci vyvíjet.

5.7.2 Technologie

V současné době probíhá ve vybrané organizaci přechod na **nový NIS (nemocniční informační systém).** Bohužel, tento nový NIS je nejen že značně komplikovaný, ale v mnoho potřebných funkcí neobsahuje vůbec. To způsobuje, že lékař tráví ještě více času při psaní lékařské zpráva než dosud, propouštění pacienta domů trvá i několikanásobek času, než bývalo obvyklé. Pokud tedy nový NIS dokázal zpomalit až téměř ochromit chod organizace, jak bude vypadat přechod k **UI**, až tato nová technologie přijde, a bude třeba se na ní připravit? **Zastaralý HW a SW** si těžko poradí s novými technologiemi, které sebou přinášejí značně vysoké požadavky na IT. Nové **zdravotnické přístroje a vybavení** jsou dnes **složitá zařízení** a kladou značné požadavky na orientaci ve výpočetní technice a ovládacích programů. U starších zaměstnanců, kteří tak neovládají nejnovější technologie to již může znamenat značný problém. **Průmysl 4.0** je zatím v oboru zdravotnictví v počátcích. Specializovaná pracoviště v krajských městech jsou již daleko před malými okresními a krajskými nemocnicemi. V těchto menších nemocnicích zatím digitalizace a automatizace představuje používání e-receptů a automatizaci přístrojů v laboratořích a na RDG.

5.7.3 Metody

Každá zdravotnické pracoviště má svá specifika a je mezi jednotlivými pracovišti **značná variabilita.** Jednak v organizaci práce, tak v aplikaci pracovních a léčebných postupů. Je

velmi obtížné přejít na jiné pracoviště. Zdaleka to neznamená, že by se lékař či sestra mohli hned zapojit do pracovního procesu na novém oddělení. Tato unifikace a jednotnost, známá zejména z oboru průmyslu, zatím ve zdravotnictví chybí. Ergonomický přístup na pracovišti by jistě přinesl k lepší organizaci práce a pracoviště samotného. **Celoživotní vzdělávání** je pro zdravotnictví typické. Stále se mění léčebné postupy a technologie v péči o zdraví jdou rovněž kupředu. Znamená to ale, že pracovník, který se věnuje studiu nebo se vzdělává, pak na pracovišti chybí a neexistují rezervy, které by šlo využít. Často se též stává, že po dosažení vyšší odbornosti nebo vzdělání, odchází tito pracovníci jinam za lepším finančním ohodnocením. **Systém a způsob komunikace** jsou rozhodně záležitosti, na kterých by se dalo pracovat. Buď neexistují vůbec, nebo jsou značně nesnadné, komplikované a nejasné. Přesto však, bez dobré komunikace, těžko lze odstranit komunikační bariéry, lidské i technické. **KDP** je něco, co již v zahraničí delší dobu funguje. U nás však bude třeba začít proces komunikace s veřejností, a její ujištění, že KDP ještě neznamenají snížení kvality poskytované péče. Nebude to proces ani jednoduchý ani krátký, ale dá se téměř s jistotou říci, že je to otázka jen několika budoucích let. **Zatěžující byrokracie** je něco, s čím se zatím nikdo nedokázal vypořádat. I přesto, že je veškerá dokumentace v PC, přesto je nutné mít ještě kopie v papírové podobě. K založení do karty, pro pacienta, pro ZP apod. Některé byrokratické úkony jsou dány legislativou českou, některé legislativou EU a některé požadavky kraje. Těžko říci, jakým způsobem, by šel poměr práce věnovaného byrokratickým úkonům snížit, aby se na jeho úkor zvýšil poměr práce věnovaného pacientům.

5.7.4 Měření

Jedním ze základních nástrojů porovnávání výkonnosti mezi podobnými organizacemi je **benchmarking**. Proces aplikace této metody je však značně komplikovaný. Každá organizace pracuje v jiném prostředí, jiném regionu a s jinými podmínkami a je mnoho rozdílných faktorů způsobujících, že lze obtížně nastavit srovnávací kritéria. To, že **FN mají** nepopiratelnou **výhodu** v tom, že mají nadstandartní pomoc od státu, ZP, přístup k nejnovějším technologiím a dostatečný stav zdravotnického personálu, lze vyčíst ze statistických údajů, kde na počet pacientů připadá až dvakrát více personálu ve FN než v této vybrané organizaci. Stejně tak panuje **nerovnost ve finančním ohodnocení** lékařského bodu či lékařského výkonu. Za operace kolene nebo oční kontaktní čočky, jsou FN nemocnicím propláceny mnohem vyšší částky než tomuto krajskému zdravotnickému zařízení. To souvisí s faktem, že FN potom mohou nabídnout lepší plat svým lékařům a

sestrám. **Efektivita práce** pak znamená, kolik lékařských výkonů, se provedlo v daném čase s danými prostředky. To záleží na profesionalitě lékařských odborníků, jejich vybavení a také jejich osobní motivaci. Toto všechno vede k vetší či menší **výkonnosti**, jednotlivých oddělení a celé organizace jako sjednocujícího celku.

5.7.5 Prostředí

Jsou věci, které lze organizace ovlivnit může. To, jaká je schválená **legislativa**, však ovlivnit schopna není a musí nastavit svoji činnost tak, aby bezpodmínečně splnila podmínky dané platnou legislativou. Může to znamenat dostupnost z hlediska regionální spádovosti, rozsah poskytované péče, plnění platových podmínek při navyšování platů apod. **Systém vzdělávání** je téma, které bylo v minulosti již mnohokrát řešeno a tato DP práce se jím rovněž zajímá. Dříve byla probírána problematika vzdělávání zdravotních sester, tlak odborné i široké veřejnosti však přispěl k tomu, že z těchto přehnaně vysokých nároků, bylo postupně docíleno mírného snížení. U lékařů je zase problém vzdělávání a odborné praxe, přistoupení k atestaci, po ukončení studia, je nutná příprava trvající po dobu tří let. **Otevřené hranice** jsou jako mince o dvou stranách. Mnoho lékařů se nechalo zlákat vidinou kariéry ve státech západní Evropy, jiní lékaři a sestry, zejména ze Slovenska, zase zajišťují, že náš zdravotní systém stále funguje. Na některých odděleních jsou počty pracovníků ze Slovenska nezastupitelné. Migrace též přináší to, že více migrantů, znamená i více pacientů. V současné době nemocnice eviduje značný nárůst pacientů z Ukrajiny, kteří dočasně žijí na území ČR a jako legální migranti mají právo využívat náš zdravotní systém. **Covid 19** v minulosti znamenal něco, co nikdo nepředpokládal a nikdo nepočítal s tím, co přijde, a jakých obrovských finančních nákladů a lidských sil bude třeba ke zvládnutí této krizové situace. Pozastavená operativa se dohání prováděnými výkony ještě dnes. Pro mnoho pacientů však bylo již pozdě. Vyčerpání a únava za dlouhé měsíce, kdy zdravotníci pracovali ze všech sil, aby zvládli vlnu za vlnou pacientů, kteří plnili nemocniční lůžka, si vybrala svoji daň. Někteří odešli pracovat do jiných zařízení, někteří zcela opustili obor. **Demografický vývoj** předznamenává, že stárnoucí populace bude znamenat poměrně značnou zátěž pro náš zdravotní systém. Jednak věk pacientů, jednak existence civilizačních chorob budou způsobovat, že čekárny ambulancí se budou plnit ještě větším počtem pacientů, než se plní dnes. Lékaři a sestry budou rovněž stárnout a není jisté, zdali bude dost nových, kteří by je zastoupili. Snad přijde pomoc od UI, Průmyslu 4.0. a KDP.

5.8 Matice rizik

Poté co byla provedena identifikace rizik, bude přistoupeno k analýze a hodnocení těchto zjištěných rizik. Jako nástroj bude použita matice rizik, ze které bude zajištěna přehlednost o identifikovaných rizicích. Tato matice rovněž určí míru závažnosti rizik a priority v řešení jejich přítomnosti a snaha o snížení dopadu a závažnosti. Na tomto základě pak lze vypracovat plán opatření, která by organizaci zajistila proces zvládání neakceptovatelných rizik. V tabulkách jsou hodnoty závažnosti důsledků a závažnosti dopadu rizika, v další tabulce pak pravděpodobnost, s jakou se riziko může vyskytnout. Výsledkem budou hodnoty pro jednotlivá rizika. Výsledek je tvořen součinem P x D (pravděpodobnost x dopad). Dle výsledné hodnoty je pak stanoveno, zdali je ještě riziko akceptovatelné či již nikoliv. Poslední tabulka představuje vyhodnocení identifikovaných rizik a jejich seřazením, dle výsledného hodnocení. Prvních šest rizik je nejvíce rizikových a vyžadují okamžité řešení v podobě návrhu a aplikace opatření, aby byla tato vyhodnocená rizika snížena co nejvíce, jelikož závažnost jejich dopadu má vážné následky pro organizaci.

Tabulka 5 - Pravděpodobnost výskytu

Pořadí	Pravděpodobnost	Popis
I.	Zanedbatelné	nestalo se
II.	Málo významné	stalo se 1x za rok
III.	Středně důležité	stalo se 1x za měsíc
IV.	Velmi důležité	stalo se 1x za týden
V.	Kriticky důležité	stalo se 1x a vice za týden

Tabulka 5 značí pravděpodobnost výskytu, tedy to, jak velká je možnost, že k negativnímu dojde. Škála stupnice pak odpovídá frekvenci možného výskytu rizikového jevu.

Tabulka 6 – Kvalifikace závažnosti dopadu (důsledku)

Pořadí	Závažnost	Popis
A	zanedbatelný	nemá dopad
B	málo významný	téměř bez dopadu
C	středně důležitý	částečný/dočasný dopad
D	těžký	těžký dopad
E	kriticky důležitý	maximální dopad

Tabulka 6 zobrazuje kvalifikaci závažnosti, která odpovídá významu důsledku a jeho rozsahu jeho dopadu. Škála je koncipována od minimálního, či téměř žádného dopadu až k dopadu maximálnímu.

Tabulka 7 – Matice rizik

P/D	A	B	C	D	E
I.	1	3	6	10	15
II.	2	5	9	14	19
III.	4	8	13	18	22
IV.	7	12	17	21	24
V.	11	16	20	23	25

Tabulka 8 – Přijatelnost rizika

Hodnota	Akceptovatelnost rizika
1 - 6	akceptovatelné riziko
7 - 19	dočasně/částečně akceptovatelné
20 - 25	neakceptovatelné riziko

Tabulka č. 9 uvádí kartu nejzávažnějších identifikovaných rizik a jejich seřazení po procesu ohodnocení identifikovaných rizik. Výsledná hodnota pak vypovídá o závažnosti dle nastavené matice rizik a seřazuje rizika dle vyhodnocené závažnosti, a také přiřazuje prioritu řešení dle stupně závažnosti. Rizika označená červeně, jsou ta, která musí být ošetřena okamžitě. Opatření na zmírnění žlutých rizik budou následovat. Rizika označená zeleně ještě snesou odklad, jelikož je při ošetření vyhodnocených rizik třeba přistupovat systematicky a racionálně.

Tabulka 9 – Hodnocení rizik

Poř. č.	**Rizikové faktory**	**P**	**D**	**výsledek**
11.	Resignace na stav (ztráta motivace, vyhoření)	4	E	**24**
3.	Prodloužení čekacích dob na vyšetření	5	D	**23**
12.	Nízká produktivita a efektivita práce	5	D	**23**
2.	Genderová a věková nevyváženost personálu	4	D	**21**
8.	Přetíženost personálu	4	D	**21**
10.	Špatná komunikace (s kolegy i vůči pacientům)	5	C	**20**
15.	Komplikace při přechodu na nový NIS	4	C	**17**
1.	Více finančních prostředků na zvýšení platů (a proplácení přesčasů)	4	C	**17**
5.	Chyby způsobené lidským faktorem	4	C	**17**
6.	Ztráta v důsledku odchodu zaměstnance (odborníka)	1	E	**15**
4.	Nižší kvalita poskytované péče	3	C	**13**
9.	Nespokojenost pacientů	4	B	**12**

7.	Stárnutí populace (více pacientů, odchod lékařů do důchodu)	2	B	**5**
14.	Obtížná konkurence vůči FN a soukromému sektoru	2	B	**5**
13.	Absence koncepce zdravotnictví (UI, KDP, vzdělávání, atestace)	1	B	**3**

5.9 Shrnutí

Výsledky provedených analýz, které byly aplikovány ve vybrané organizaci poukázaly na několik nejvážnějších rizik, na které musí být zaměřena pozornost ve smyslu zavedení opatření, která by snížila nežádoucí účinky těchto identifikovaných rizik. Identifikovaná rizika jsou zdrojem značným problémů a překážkami při naplňování stanovených cílů organizace. Nejvýznamnější rizikové faktory, byla tedy určena následující rizika:

- Rezignace na stav, která vede ke ztrátě motivace a vlivem dlouhodobého a intenzivního působení až k syndromu vyhoření.
- Prodloužení čekacích dob, které je velkým problémem, pro pacienty, kdy každý odklad může způsobit zhoršení jejich zdravotního stavu a opožděná péče pak je zpravidla i nákladnější.
- Nízká produktivita a efektivita práce, může souviset s motivací a přetěžováním personálu. Ze statistik ZP pak lze vyčíst, že počty personálu a pacientů se nemění, počet provedených výkonů má však klesající tendenci.
- Genderová a věková nevyváženost, lze problém řešit jen částečně, kdy by pracovník senior měl pod svými křídly pracovníka nového a tomu postupně předával své pracovní povinnosti. Z pohledu rovnosti pohlaví a počty žen a mužů příliš mnoho dělat nelze.
- Přetíženost personálu je mnoho let trvající problém. Příchod průmyslu 4.O., UI a KDP, by mohl této situaci napomoci a odlehčit personálu převzetím části pravomocí a úkonů.
- Špatná komunikace se zcela jistě odráží jednak v chování vůči kolegům, tak i vůči pacientům, také spoluvytváří nedobré pracovní prostředí a může významně ovlivnit produktivitu práce.

V další části této diplomové práce bude přistoupeno k návrhu stabilizačního plánu, který bude obsahovat návrh řešení uvedených problémů.

6 APLIKAČNÍ ČÁST

V této části se tato diplomová práce pokusí nastínit několik řešení, jejichž očekávaným výsledkem by mělo mít zlepšení situace ohledně kapacitní krize ve zdravotnictví. Jedná se o oblast návrhu stabilizačního plánu stávajícího personálu, který již v současnosti působí v našem vybraném zdravotnickém zařízení, další částí bude pak přilákání nového personálu, kde svoji roli bude hrát atraktivita pracovního prostředí. Jedná se o otázku přilákání zdravotního personálu z jiných zdravotnických zařízení a vzhledem k dnešní době, kdy globalizace již několik desítek let úspěšně funguje, tak i přilákání odborných pracovníků ze zahraničí a nalezení způsobu, jak tyto odborníky adaptovat pro zdejší podmínky českého zdravotnictví, a to včetně odstranění jazykové bariéry a splnění podmínek uznatelnosti jejich vzdělání pro působení v ČR. Dalším způsobem, jak zlepšit stávající situaci by mohlo dojít pomocí finančního ohodnocení za odvedený pracovní výkon. Poslední otázkou, kterou bude tato práce řešit je zavedení KDP, tedy klinicky doporučených postupů. Tato otázka bude jistě budit bouřlivé diskuze jak mezi odborníky, tak i mezi širokou veřejností. Přesto je to však cesta, kterou dříve nebo později, bude muset naše zdravotnictví nastoupit a vydat se po ní.

6.1 Návrh stabilizačního plánu personální struktury na základě rozhovorů a pozorování

Pokud se budeme dívat na zdravotnické zařízení, kterým nemocnice je, zajisté lze na jednotlivá oddělení nemocnice pohlížet jako na SBU (autonomní podnikatelské jednotky), které mají každé svého vedoucího managera ve formě primáře, každá jsou odlišná od jiných svou odborností a druhem poskytované péče. Každé oddělení také generuje různou výši zisku, některá bohužel hospodaří s finanční ztrátou. A všude jsou to lidé, bez kterých by oddělení fungovat nemohla a bez nichž by celý zdravotní systém nemohl existovat. Na problematiku kapacitní krize lze nahlížet z několika pohledů. Patrně nejdůležitější je pohled zaměřit se na stabilizaci současného stávajícího personálu. Jak už bylo několikrát uvedeno v této práci, lidský kapitál je nejcennější jmění organizace. V případě nemocnice to platí dvojnásob. Jak tedy přistoupit k tvorbě plánu samotného. Nejprve je třeba identifikovat strategii a cíleně ji zformulovat dle předem stanoveného modelu strategického řízení. Nějaké vrcholové představy v organizaci existují, ale atributy strategie zřejmé nejsou a jednotlivé oddělení, jakožto organizační složky, si formulují každá svoji „strategii“. Smyslem je zjistit, v jaké situaci se organizace a jednotlivá odd. nemocnice/SBU, nacházejí.

Na tyto otázky nám daly odpověď dotazníky a rozhovory. Pro každé oddělení/SBU, je třeba identifikovat jednu strategii a zvolit cíle a cesty k jejich naplnění, v souladu s podmínkami SMART. V praxi to znamená, co které oddělení nejvíce trápí, co je prioritou pro volbu a způsob nápravných opatření a nastavit plán ke splnění procesu nápravy. Některé oddělení trpí nedostatkem, lékařů, jiné nedostatkem sester. Další zase pracuje v nevyhovujících podmínkách či s nedostatkem technického či zdravotnického vybavení. Některé jednotky mají problém naplnit stavy pacientů, jiná praskají ve švech, ale z kapacitních a personálních důvodů i vhodných pracovních prostor, není jejich rozšíření a navýšení kapacity možné.

Strategie stability, kterou tato práce řeší, byla zvolena proto, že SBU jednotky se nachází ve stádiu zralosti z hlediska životního cyklu a je třeba hledat efektivnější využití jejich kapacit. Strategie by měla být vytýčena tak, aby zajistila i do budoucna z hlediska časového vývoje stabilní rozvoj a aby byla činnost jednotlivých oddělení schopna odolávat dočasným výkyvům, poruchám a chybám pracovníků. Jako stabilizační faktor je nezbytné mít v záloze připravené rezervy. Plán stabilizace, tedy může být v některých bodech u všech jednotek stejný, u některých jednotek je však třeba použít individuálního posouzení. (Hanzelková a kolektiv, 2017)

6.2 Rezignace na stav a návrhy řešení

Jako největší riziko bylo určeno, že je to rezignace na stav. Ztráta motivace, vyhoření, dlouhodobý vliv stresového prostředí a přetíženost, která vyčerpává fyzicky i psychicky, to vše vede postupně k výše uvedenému stavu. Z provedených analýz a šetření bylo zjištěno, že zkoumaná organizace vcelku dobře odvádí svoji práci ve funkci poskytování zdravotní péče. Volná pracovní místa lékařů a sester se s většími či menšími problémy daří obsadit. Je zde však jeden podstatný fakt. Personál se téměř na všech úrovních cítí značně vyčerpán. Pandemie, způsobená virem Covid 19 zapříčinila, že zdravotnický personál byl vystaven extrémnímu pracovnímu zatížení. Situace se vyvíjela zcela neočekávaně a bez reálných prognóz vývoje. Pracovníci odváděli vyčerpávající a nekončící práci po dobu několika měsíců. Pracovali v často početně oslabených týmech s množstvím přesčasových hodin. Fyzické a psychické vypětí zapříčinilo, že někteří zdravotníci odešli pracovat mimo obor. Po skončení pandemie nebyla ani chvíle k oddechu, která by umožnila nabrat síly. Ihned se rozjela operativa, která byla po dobu pandemie pozastavena. Toto všechno a mnoho jiného má na svědomí nemálo pracovníků, kteří upadli do stavu chronické únavy. Jejich psychika se rovněž nedá nazvat vyrovnanou. To má zase vliv na vzájemnou komunikaci a efektivitu

práce. Bude třeba se zaměřit nejen na práci na opravách budov, nákupech nového vybavení, ale postarat se o to nejcennější jmění organizace, a to, o její pracovníky. Několik věcí k řešení bude následně uvedeno. Všechny návrhy by mohly přispět ke zlepšení situace, která do budoucna, vzhledem k chybějící nové koncepci našeho zdravotnictví a demografickým vývojem populace, není příliš optimistická. V následujících podkapitolách budou navrženy možná řešení pro jednotlivé oblasti problému.

6.2.1 Návrh řešení - psycholog

Tam, kde je personál zároveň nepostradatelným lidským kapitálem a motorem, který pohání výkonnost celé organizace, je komunikace mezi lidmi a jejich motivace patrně to nejzásadnější, na co se třeba zaměřit, aby bezchybně fungoval dále. Pracovníci ve zdravotnictví absolvují každoročně nespočet školení. Některá školení jsou odborná, dle dané profese, některá školení jsou technického rázu, z důvodu nutnosti obsluhy přístrojů a zdravotní techniky, se kterou zaměstnanci ve zdravotnictví pracují. To poslední, co by pomohlo této obtížné situaci, je další školení. Na problém, kterým je péče o psychické zdraví, by pouhé školení, v rámci několika málo hodin ročně, nedokázalo zajistit dostatečnou péči o psychickou stránku personálu. Jako **součást stabilizačního plánu personálu nemocnice**, **je** po obsazení místa **personálního náměstka**, také pracovní místo, které by obsadil erudovaný **odborník z oboru psychologie**. Ten by měl za úkol analyzovat stav a navrhnou plán psychologické pomoci, který by byl ušit na míru vybrané organizaci a konkrétním lidem, nebo skupin lidí, kteří v ní pracují, např. formou relaxačních skupinových sezení apod. Odborná pomoc psychologa neznamená jen pomoc pro pracovníka samého. Každý pracovník má většinou rodinu, manžela, manželku, děti a přátele. Psychický stav se odráží i na chování a jednání každého člověka vůči těmto blízkým. Špatný psychický stav může znamenat narušení těchto cenných sociálních vztahů a jen prohloubení pádu psychiky jednotlivce do stavu, kdy už je velmi obtížný návrat zpět k normálu. Čím více zanedbaná psychika, tím déle trvá rekonvalescence. Plán psychologa by navazoval na práci personálního náměstka. Tam, kde by personální náměstek splnil své úkoly ve smyslu motivace zaměstnanců, navazoval by na jeho činnost psycholog, s úkolem zajistit, aby nedošlo k psychickému zhroucení, demotivaci, rezignaci na neutěšený stav a následnému syndromu vyhoření. Každý odchod zkušeného zaměstnance je v dnešní době ztrátou a žádná možnost předcházení této negativní skutečnosti nesmí být opomenuta. V jednoduchých případech by se jednalo o pouhou konzultaci, ve složitějších případech už o program intervence a zahájení aktivní psychologické pomoci. O tom, že tento přístup spolupráce by

se zcela jistě odrazil na vyšší výkonosti pracovníků už bylo zmíněno dříve. Navržené zařazení dle katalogu prací:

Název pracovního místa: Psycholog ve zdravotnictví, klinický psycholog, kat. č. 2.19.31

Platová tř.: 13, Provádění specializovaných činností na úseku klinické psychologie, například psychologická diagnostika, psychoterapie a socioterapie, rehabilitace, reedukace a resocializace psychických funkcí, provádění psychologické prevence, výchovy a poradenství ke zdravému způsobu života, poskytování neodkladné péče v případě akutních psychických krizí a traumat, k jejichž výkonu je nezbytné získání specializované nebo zvláštní odborné způsobilosti. (zákonyprolidi.cz, 2022)

Finanční náklady však je možné vyúčtovat jako péči o pacienty přes registrovaná rodná čísla. Dle předběžného odhadu by zisk této ambulance byl zajištěn a pokryl by investované náklady. V blízké době má být také spuštěn program dotačního titulu MZČR, který by měl obsahovat i možnost čerpání finančních prostředků v souvislosti s péčí o psychickou stránku zaměstnanců.

6.3 Prodloužení čekacích dob na vyšetření a návrhy řešení

Doba strávená v čekárně u lékaře většinou není dobou příjemnou. Buď jsme z nějakého důvodu ohrožení svého zdraví nebo zdravotních problémů my sami, nebo čekáme na ošetření a lékařskou pomoc, které se dostává našim blízkým. Situace je taková, že čekárny jsou plné pacientů a počty ambulancí a sloužících lékařů mají své limity. Každému pacientu musí být poskytnuta náležitá péče, která též znamená, že musí být pacientovi věnována určitá doba, po kterou vyšetření probíhá. Při jednoduchých počtech, kdy doba vyšetření trvá asi 20 minut dojdeme k výsledku, že lékař zvládne vyšetřit tak tři pacienty za hodinu. Součástí vyšetření je i související lékařský zápis do spisu každého pacienta a další vedlejší úkony. Pokud dáme chvíli stranou myšlenku navýšení počtu lékařů, jako naskýtající se řešení problému, je třeba se pokusit podívat více do budoucna a hledat dlouhodobé řešení. V západní Evropě už systém KDP několik let běží. Je otázkou času, kdy přijde k nám a stane se součástí i našeho zdravotnictví. Je zapotřebí již teď zjišťovat, co bude potřeba k přípravě na použití těchto postupů, nástroje Průmyslu 4.0 by také jistě mohly převzít část činností.

6.3.1 Návrh řešení - klinicky doporučené postupy

Velmi často bylo zmiňováno riziko přetíženost personálu. Tak jako v průmyslu a jiných odvětvích národního hospodářství, pojmy jako je „proces“ a „procesní řízení“ si nacházejí

svoje místo i v oblasti zdravotnictví. Někomu se to snad může zdát, jako něco, co nejde dohromady. Lze však konstatovat, že i když se stále jedná o nastavení procesů pro léčbu a poskytování zdravotní péče, podmínky pro nastavení těchto procesů jsou velmi podrobně zkoumány s ohledem na jejich vhodnost použití při zapracování do těchto procesů. Proč se vlastně přistupuje k tomuto řešení? Odpověď je jednodušší, než se může zdát. Je to proto, protože správně a efektivně nastavený proces může mít hned několik pozitivních efektů. Každý jednotlivý krok procesu je nastaven tak, aby šetřil čas, finance, lidské zdroje apod. Pokud už bylo uvedeno, že nás v budoucnu čeká prohlubující se personální krize, kdy nedostatek lékařů a sester bude překážkou v tom, aby mohli poskytnout péči všem, kdo o ni budou žádat, jeví se tento postup jako jednou z cest, jak ušetřit tento cenný lidský kapitál, kde to je možné. KDP lze přirovnat k operativním manuálům, kterými se budou lékaři řídit. KDP si lze představit jako závazný metodický postup, dle kterého zdravotničtí profesionálové postupují při řešení konkrétního zdravotnického problému v procesu diagnostiky a léčby, a který garantuje použití efektivních a aktuálních diagnosticko-léčebných prostředků, a to jak z hlediska medicínských a dalších zdravotnických věd, tak i z hlediska efektivního využívání veřejných zdrojů. Ještě je dlouhá k tomu, kdy tyto KDP budou zcela běžnou praxí na všech pracovištích poskytující zdravotní péče. Jsme však již zcela jistě na začátku této cesty. (Management rizik, 2019)

6.4 Nízká produktivita a efektivita práce a návrh řešení

V teoretické části bylo uvedeno, jak důležitá je motivace zaměstnance. Jaký je rozdíl ve výkonnosti vnitřně motivovaného zaměstnance a zaměstnance motivovaného vnějšími stimuly, nebo zaměstnance zcela bez motivace.

6.4.1 Motivace a návrh řešení

Téma celé této práce pojednává kolem práce s lidmi a oboru personálního řízení. Co by tedy bylo dalším z úkolů personálního odboru? Motivace zaměstnanců, ztotožnění se s činností organizace a s budováním dobré image organizace. Je naprosto nezbytné a nanejvýš žádoucí, aby byl pracovník správně motivován. Již při výběru a přijímání pracovníků, měla by být probírána otázka, proč si zvolili svoji profesi, zda se ztotožňují s cíli a vizí organizace a co mohou udělat pro organizaci a následně co od organizace na oplátku očekávají? Tato činnost by neměla být jen součástí pohovorů a přijímání, ale měla by se provádět opakovaně, aby bylo jisté, pracovník neztratil prvotní nadšení a jeho motivace trvá nadále. Součásti a podmínky motivace se totiž mohou v průběhu času měnit a je třeba na tyto změny adekvátně

reagovat. Ztráta demotivovaného pracovníka by mohla být pro organizaci ztrátou velmi významnou a možná i zcela zbytečnou.

6.5 Genderová a věková nevyváženost personálu a návrh řešení

V této otázce hraje výraznou roli demografický vývoj populace. Nelze příliš ovlivnit to, že populace stárne a starší lékaři odcházejí do důchodu. Nelze ani dost dobře reagovat na feminizaci medicíny kdy stále více žen přichází a volí si medicínu, jako oblast své životní profese. Personální útvar by však měl činit jisté kroky, aby odcházející lékař předával postupně své zkušenosti nastupujícím kolegům. Jeli na pracovišti příliš mnoho mladých žen, lze předpokládat, že nastane doba, kdy budou chtít založit rodinu a věnovat se mateřským povinnostem.

6.5.1 Zvýšit efektivnost personálního útvaru jako návrh řešení

I když má vybraná zdravotnická organizace téměř 1300 zaměstnanců, přesto tento podnik s takovým počtem zaměstnanců, a tak výhradním postavením lidské činnosti, která je ve zdravotnictví nenahraditelná, přesto není obsazeno místo personálního náměstka. Místo bylo aktuálně zřízeno přijetím nového organizačního řádu ke dni 1. 3. 2023 a není to věcí náhody, že tato diplomová práce místo personálního náměstka uvádí jako stěžejní podmínku pro úspěšné naplnění cílů organizace. Místo je dosud neobsazeno, a tak situace v oblasti personální práce stále není řešena. Personální náměstek bude muset nastavit vlastní systém spolupráce a zajistit svému útvaru náležitou prestiž a autoritu. Inspirovat by se mohl u autora Koubka, který radí že jednou z cest, jak to zlepšit, je marketing personální práce či personálního útvaru. Jde v podstatě o to, aby personální útvar získal určitou moc, uměl efektivně „prodávat“ personální činnosti, více se orientoval na problémy organizace a utvářel pozitivní vztahy s ostatními liniovými manažery. Aby měl personální útvar moc ovlivnit ostatní, musí použít několik následujících postupů:

- Vytváření závislosti: pomocí odborných znalostí pomáhat ostatním manažerům.
- Prokazování významu svých činností: důkazy o tom, že jeho činnost přispívá k plnění cílů organizace.
- Vytváření povědomí o nenahraditelnosti: nemůže jej nahradit jiný útvar.
- Snižování nejistoty: pomáhat s dodávkou pracovní síly.

Zajištěním efektivního fungování personálního útvaru lze řízením lidských zdrojů zajistit zvyšování výkonnosti, konkurenceschopnosti, a tedy lepší ekonomické úspěšnosti organizace, resp. k lepší hospodářským výsledkům. (Koubek, 2015)

O formě nutné přítomnosti motivace je psáno v jiné kapitole této diplomové práce.

6.6 Přetíženost personálu a návrh řešení

Pokud se jedná o přetíženost personálu, znamená to, že není v dostatečném počtu, aby zvládal nápor pracovního nasazení a každá nemoc, nebo absence jednoho či více zaměstnanců způsobuje, že ostatní musí zvládnout práci i za něj. Náhrady ani rezervy nejsou a je i poměrně složitý proces někoho zaučit na dané pracoviště tak, aby se rychle zapojil. Dostatečné personální reservy by byly zcela jistě dobrou pojistkou pro takové stavy.

6.6.1 Přilákání nového personálu jako návrh řešení

Zde by opět měl hrát klíčovou roli personální odbor organizace. Mělo by se využít jednak místních kontaktů na SZŠ, která je zdrojem budoucích možných pracovníků, sester, které by mohly v naší vybrané organizaci naleznout uspokojivé zaměstnání. Naše nemocnice by mohla lépe využít kontaktů s naším městem a při oficiálních slavnostech více propagovat svoji přítomnost a vzbudit tak zájem někoho, kdo by snad dnes, jako návštěvník či turista, mohl začít uvažovat o změně bydliště a přestěhovat se do našeho regionu a začít pracovat v místní nemocnici.

V dnešní elektronické době se nelze spoléhat jen na tištěné tiskopisy a propagační letáky. Je třeba využít sociálních sítí a elektronických databází, které sahají daleko za hranice nejen regionu a kraje, ale také za hranice státu. Vždyť v dnešním světě lze přes internet a sociální sítě oslovit uchazeče prakticky z celého světa. Pokud by se tak stalo a někdo projevil zájem, je třeba mu zajistit veškeré úřední náležitosti ohledně uznání jeho vzdělání, pracovního povolení a víza, zjistit jiné osobní požadavky zájemce. Např. v Německu je vcelku běžné, příchozím lékařům ze zahraničí zajistit tlumočníka, případně jazykovou školu a školku pro děti, pokud je přiváží sebou. Nová forma hledání odborníků, tzv. „head hunting“ se stává již známou i v našich podmínkách. Je třeba, aby tato cílená forma „lovení“ odborníků byla rozvinuta do širší oblasti dopadu a individuálního přístupu k případným zájemcům o pracovní místo.

Bylo by rovněž přínosné začít blíže spolupracovat s vysokými školami a pracovat již s mediky na tom, aby si zvolili Nemocnici Kyjov jako místo pro svoji praxi a utvořit jim

podmínky, které by naplnili jejich očekávání ať už ohledně získané odborné praxe, přístupu k odborným lékařským postupům, či očekávaného finančního ohodnocení.

6.7 Špatná komunikace s kolegy i pacienty a návrh řešení

V armádě platí, že bez spojení, není velení. Podobně se to dá brát i ve zdravotnictví. Špatná komunikace může být zdrojem nepříjemných konfliktů a k dobré spolupráci rozhodně nepřispívá. K tomu, aby byla komunikace více efektivní a fungující často stačí jen zvolit si vhodný způsob komunikace. Dobré pracovní podmínky a příjemné pracovní prostředí jsou nepochybně tam, kde panuje pouze dobrá komunikace.

6.7.1 Pracovní prostředí, vztahy na pracovišti a návrh řešení problému

Vztahy na pracovišti se považují za součást pracovního prostředí. Práce ve zdravotnictví je poměrně namáhavá, časově náročná a vliv stresu na lidskou psychiku je značný. Během pandemie Covid 19 začaly působit v naší vybrané organizaci dvě zdravotní sestry (později tým rozšířen na čtyři), které absolvovali školení **PEER**, v rámci SPIS (Systém psychosociální intervenční služby). Jedná se o psychosociální pomoc v případě, že se člověk nachází v takovém, stavu, kdy je tato intervenční pomoc vítána ke zvládnutí těžké životní situace. Jelikož však má tato organizace téměř 1300 zaměstnanců, bolo by vhodné přemýšlet a zajištění erudovaného psychologa, který by doplnil a vedl PEER tým. Je to jedna z cest, jak předcházet syndromu vyhoření pracovníků a tím je udržet ve fungujícím stavu v systému a nenechat je zbytečně odejít z oboru.

6.8 Další návrhy řešení stabilizace personálu

Poté, co byly uvedeny nejzávažnější rizikové faktory spolu s návrhy řešení, budou v následujících kapitolách uvedeny ještě doplňující návrhy pro různé případy, ve kterých lze realizovat změny ke zlepšení současného stavu.

6.8.1 Finance, benefity a návrh řešení problému

O zajištění finančního ohodnocení se stará zaměstnavatel a je tím povinen ze zákona a také z toho, že se zaměstnancem uzavřel pracovní smlouvu. Čas od času ještě zaměstnavatel najde nějaké finanční rezervy a dá zaměstnancům odměny. Naše vybraná organizace též poskytuje stravování v místě a doplácí část ceny za oběd, což se dá také považovat za finanční benefit a v dnešní době, kdy zdražení potravin a veškerých služeb dosáhlo nového maxima, ne nezanedbatelný. Nevýhodou však je, že sestry a lékaři, kteří mají noční službu,

této výhody nemohou využít. Zde by se dal tento stav napravit tím, že by každý zaměstnanec obdržel **elektronickou kartu na jídlo** a čerpal by oprávněné výhody i nákupem jinde a v tu dobu, kdy by sám potřeboval.

A ještě jeden návrh pro nakládání se ziskem. Zde by se dala vzít inspirace z Japonska, kde každý zaměstnanec, je také akcionářem firmy a zisk organizace znamená tedy zisk i pro něj. Převedeno do našich lokálních podmínek a podmínek státního sektoru by to vypadalo asi tak, že každé oddělení, je-li ziskové, může vidět na konci roku, jakého zisku dosáhlo. Nejvyšší představitelé kraje, popřípadě vrcholové vedení organizace by s vedením oddělení uzavřelo dohodu, jak velkou **část ze zisku, by oddělení mohlo použít dle svého uvážení**. Nesmělo by se však jednat o rozdělení zisku jako odměn pro pracovníky, ale jako investice pro další rozvoj pracoviště. Na principu subsidiarity, kdy návrh zlepšení by přicházel zdola a byl tak co nejblíže ke splnění aktuálních potřeb oddělení. Každé oddělení má jiné priority a po schválení vedením, by mohlo nakládat s odsouhlasenými finančními prostředky, dle svého uvážení.

Jako další možný benefit by bylo možné zajistit novým pracovníkům **bydlení přímo v místě**, v areálu nemocnice. V areálu se nachází sedmipatrová výšková bytová budova, ve které se rovněž nachází sekretariát, kanceláře vedení nemocnice a kanceláře provozně-technických a ekonomických úseků nemocnice. Stále zůstává k dispozici k pronájmu 60 bytových jednotek. Budova prošla zateplením, má novou fasádu, prostorné lodžie a nová okna. Nebyla však provedena rekonstrukce interiéru, kde se stále v bytech nacházejí původní umakartová jádra a původní kuchyně a sociální zařízení. Návrh na rekonstrukci bytových jader a realizace moderních stavebních úprav by jistě zatraktivnila tuto možnost ubytování a mohla by hrát rovněž důležitou úlohu v podobě finančního benefitu. Zejména v dnešní době, kdy ceny realit a nájemného bydlení jsou na svých historických maximech.

6.8.2 Organizační opatření – adaptační proces a návrh řešení

Z uvedených výsledků analýz se ukazuje jedna významná skutečnost, o které se příliš nemluví. Je to nedostatečný a neadekvátní přístup k adaptačnímu procesu nového pracovníka ve zdravotnictví. Ať se jedná o sestru nebo lékaře, bezprostředně po nástupu na pracoviště, (z jiného pracoviště či přímo ze školy), měl by tento pracovník strávit určitou dobu pod přímím dohledem zkušeného kolegy. Je velkým rizikem, nevěnovat tomuto stavu pozornost a nechat systém „hodíme ho do vody, ať se naučí plavat“, dále fungovat. Jako řešení by mohl být **návrh adaptačního plánu**, kde by byly jasně stanoveny podmínky

adaptačního procesu, termíny plnění a přiřazené odpovědnosti jednotlivým účastníkům. Personální oddělení by pak mělo za úkol kontrolu realizace tohoto procesu a osobně projednat s nově nastupujícím pracovníkem, jak byl tento proces úspěšný. V případě zjištění aktuálních poznatků provést změny a úpravy.

Nemocnice je poměrně rozsáhlé a komplikované organizační uskupení. Přesto by měla fungovat **symbióza** jak **mezi** různými **odděleními**, tak mezi odděleními a technickým úsekem, personálním, mzdovým, ekonomickým, obchodním a úsekem zdravotní techniky. Bylo by vhodné zapracovat na **prolomení komunikačních bariér** mezi jednotlivými úseky a najít jasné a včasné způsoby a kanály komunikace. Proč nevyužít výpočetní techniku a komunikovat prostřednictvím live chat meetingů? Pro každý řešený případ zvolit členy skupiny a jednat online? Je pravdou, že osobní jednání je nejlepším způsobem komunikace, tento navržený způsob by však mohl být druhým nejlepším s ohledem na úsporu času. Každý může ve sjednanou dobu sednout k PC a nemusí se dopravovat na místo setkání a zpět.

Další věcí, na které se dá ještě pracovat, je **systém vzdělávání** v oboru zdravotnictví, který je takřka celoživotní záležitostí. Mělo by být všem zaměstnancům umožněno, aby se mohli rozšiřování svého vzdělání a získávaní nových zkušeností, náležitě věnovat. Je třeba **nalézt nové** kontakty a **možnosti** pro školení, semináře a stáže pro zaměstnance vybrané organizace. Takový pracovník, který získá zkušenosti a poznatky jinde, může přinést nový vítr do plachet ve stojatých vodách organizace a novými přístupy a pohledem na věc přispět k růstu a rozvoji organizace, zvýšení konkurenceschopnosti, vylepšení image organizace a lepším hospodářským výsledkům.

6.8.3 Ekonomický význam oddělení controlingu

V předešlé části tato diplomová práce již nastínila způsob, jak je financován chod lékařského zařízení, představila funkci zdravotních pojišťoven, a je tedy evidentní, jak důležitou ekonomickou roli hraje každý zaregistrovaný výkon lékaře, a jak důležitou roli má tento výkon pro následné proplacení finanční částky zdravotní pojišťovnou. Každý špatně vykázaný či nadbytečný výkon může být zdravotní pojišťovnou rozporován a ve výsledku nemusí být odsouhlasen a ani následně proplacen. Proto je velmi důležité oddělení controlingu, které má v gesci problematiku zdravotních pojišťoven a DRG. Jen správně zaregistrovaný a správně vykázaný výkon může být posléze proplacen. Naopak, každý špatně vykázaný výkon znamená finanční ztrátu. Oddělení controlingu může tzv. od stolu, tedy spíše od počítače zajistit, že nedochází ke ztrátám při vyúčtování a platbách od

zdravotních pojišťoven v důsledku nesprávného kódování výkonů. Statistickou evidencí odhalených chybných kódování při vykazování péče pak lze na konci každého roku vyhotovit přehled, jaký finanční efekt tato činnost měla. Dobře fungující oddělení controlingu může mít ve výsledku velmi pozitivní finanční přínos pro organizaci. Tento zisk by mohl být déle využit dle potřeb organizace.

6.8.4 Manažerské vedení oddělení

Pokud tedy zavádíme do zdravotnického systému manažerský model vedení, je třeba se zamyslet, jak tohoto systému využít. Jak tedy řídit a kontrolovat ekonomický efekt, aby jednotlivé subjekty v rámci zdravotnictví, byly ziskové? Nejdříve je třeba si uvědomit, že některé subjekty v organizaci prostě nikdy a za žádných okolností ziskové nebudou. Není ovšem možné, na rozdíl např. od některých odvětví průmyslu, tyto oddělení zrušit či je nechat zaniknout. Jde přece jen o zdraví a životy našich občanů. Přesto, že však tyto oddělení negenerují zisk, zajišťují ve formě veřejného statku službu, kterou není možné, aby nebyla pro naše obyvatelstvo zabezpečena. Co však zajisté lze, je provézt analýzu a následné zavedení opatření tak, aby zisková oddělení mohla být ještě ziskovější. Tím pádem může oddělení, které je v zisku, solidárně, v rámci jedné nemocnice, podporovat chod oddělení, které ze své podstaty toho není schopné. Jen pro názorný příklad, oddělení patologie, šlo změnou primáře ze ztráty v řádek stovek tisíc korun do několikamilionového zisku. Stejně tak oční oddělení a oddělení RDG. Dnes již opravdu nestačí, aby primář byl jen odborníkem ve svém medicínském oboru. Musí mít i velmi dobré manažerské znalosti a schopnosti, a prokázat orientaci v ekonomických aspektech prováděné lékařské péče a lékařských výkonů, které tvoří hodnoty a přináší zisk. Najít takového odborníka, který by se zhostil role ve vedení oddělení a vedl jej k zisku, je pro organizaci skutečnou výhrou. Odejde-li naopak taková kapacita, lze přes odchod pacientů a jejich rodná čísla vysledovat, jak značná finanční ztráta může být tímto odchodem způsobena.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala tématem kapacitní krize ve zdravotnictví. Hlavním cílem této práce byla analýza současného stavu ve vybraném zdravotnickém zařízení a návrh řešení dané problematiky. Ačkoliv se jedná o problematiku poměrně složitou a rozsáhlou, tento cíl byl splněn ve formě návrhu pro stabilizaci personálu v organizaci, další částí byl pak návrh na opatření pro přilákání nového personálu. Provedené analýzy jasně ukázaly na nejvážnější problémy a poukázaly na identifikovaná rizika. Druhotným cílem bylo analyzovat situaci z pohledu zdravotních sester a z pohledu lékařů. Celorepublikové šetření mělo za úkol zjistit pohled odborného zdravotnického personálu na náš zdravotní systém. Rozhovory poskytly bližší pohled na situaci v rámci vybrané organizace. Analýzy potvrdily, že naše zdravotnictví není v nejlepším stavu ohledně personálního zabezpečení a bez aplikovaných změn, které by přispěly ke zlepšení procesu vzdělávání a odměňování pracovníků, můžeme v blízké budoucnosti zaznamenat ještě závažnější problémy na poli poskytování zdravotní péče, než pozorujeme dnes. Jako malou útěchu lze brát to, že i přes nedoceněné finanční ohodnocení a náročné pracovní podmínky, většina personálu hodlá setrvat ve svém povolání. Je přítomno příliš mnoho faktorů, které svým vlivem způsobují současnou situaci. Některé problémy lze řešit jen strategickým rozhodnutím na nejvyšších místech, tedy tzv. shora. Jiné lze řešit v místních podmínkách pomocí dílčích opatření. Zefektivnění personálního oddělení ve vybrané organizaci by mohlo přispět ke stabilizaci stávajícího personálu, přilákat nové síly, a tak zajistit, aby se zaměstnanci ztotožnili s cíli organizace a byli dostatečně motivování k jejich naplnění. Zřízené pracovní místo psychologa by jistě hrálo významnou roli při tom, aby zaměstnanci dokázali zvládat své náročné povolání a dokázali se vyrovnat s náročnou prací pod neustálým tlakem. Vliv dlouhodobého působení stresu na člověka nesmí být považován za něco, co by postrádalo na důležitosti a významu. Zdravotníci, sestry a lékaři, přece věnují péči o zdraví nás všech mnoho svých sil, schopností a získaných dovedností a vědomostí. Demografický vývoj populace předpovídá stárnutí pacientů a s tím i spojeného stárnutí personálu. Silné ročníky budou v příštích letech odcházet do důchodu. Znečistěné životní prostředí a civilizační choroby mají zatím stále rostoucí tendenci a vliv na zdraví obyvatelstva. Čas ukáže, zda bude část poskytované zdravotní péče svěřena do rukou UI, nebo bude více využíváno technologií Průmyslu 4.0. v podobě vyšší automatizace a digitalizace. Zatím je to však vše o lidech. A žádná organizace si nemůže dovolit, ztrácet své cenné zaměstnance, bez kterých by nemohla fungovat. Lidé potřebují, aby jim byl věnován lidský přístup. Jedním z řešení bylo navrženo zajištění lepšího pracovního prostředí díky

zlepšené komunikaci mezi kolegy i vůči pacientům. Bylo také navrženo, aby se díky odborníků v této oblasti předcházelo nadměrnému přetěžování a dlouhodobému stresu, který vede k demotivaci a syndromu vyhoření. Zdraví je dar. Měli bychom si ho tedy vážit jako cenného daru a svým přístupem se snažit, aby nám vydrželo, co nejdéle. Vždyť jak často, když někomu přejeme, říkáme, „mnoho štěstí a zdraví“. Štěstí a zdraví spolu tedy nedílnou součástí a jedno bez druhého, není nic. Je dobré si to čas od času připomenout a vzít si z toho ponaučení do života.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARMSTRONG, Michael a Stephen TAYLOR, 2020. *Armstrong's handbook of human resource management practice* [online]. 15th edition. London: Kogan Page [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-0-7494-9828-3. Dostupné z: https://books.google.cz/books/about/Armstrong_s_Handbook_of_Human_Resource_M.

BLAŽEK, Jiří, Alena KERLINOVÁ a Eva TOMÁŠKOVÁ, 2016. *Ekonomika veřejné správy* [online]. Brno: Masarykova univerzita [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-80-210-8040-9. Dostupné z: https://www.worldcat.org/cs/title/944219271

BRAVEMAN, Paula a Laura GOTTLIEB, 2014. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *National Library of Medicine: Public Health Reports* [online]. Bethesda, USA, 2014(19-31) [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: doi:https://doi.org/10.1177%2F00333549141291S206

BUFFETT, Mary a David CLARK, 2012. *Nová Buffettologie: osvědčené investiční techniky pro měnící se trhy, díky nimž se stal Warren Buffett světově proslulým investorem* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. Finanční řízení. ISBN 978-80-247-4085-0. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Nová_Buffettologie

BUCHTOVÁ, Božena, Josef ŠMAJS a Zdeněk BOLELOUCKÝ, 2013. *Nezaměstnanost* [online]. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-247-8584-4. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Nezaměstnanost

(czso.cz, 2023) (Zdravotnictví - metodika | ČSÚ (czso.cz), on-line dne 31.2.2023) https://www.czso.cz/csu/czso/10n1-04-_2004-zdravotnictvi___metodika

CZSO.cz, (czso.cz, 2023) (zdroj: https://www.czso.cz/csu/czso/aktualni-populacni-vyvoj-v-kostce, online dne 15.2.2023)

ČAPEK, Robert, 2015. *Moderní didaktika: Lexikon výukových a hodnotících metod* [online]. Vydání 1.,. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-247-9934-6. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Moderní_didaktika

DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005. *Ekonomika zdraví* [online]. Praha: Oeconomica [cit. 2023-04-11]. ISBN 80-245-0998-9. Dostupné z: https://search.mlp.cz/cz/titul/ekonomika-zdravi/

EUROSTAT.eu, online ze dne 15.2.2023, File:Population age structure indicators, 1 January 2019 (%).png - Statistics Explained (europa.eu)

FOTR, Jiří et al., 2020. *Tvorba strategie a strategické plánování: Teorie a praxe* [online]. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-271-1632-4. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Tvorba_strategie_a_strategicke_planovani

GLADKIJ, Ivan, 2003. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví : řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví : kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování* [online]. Brno: Computer Press [cit. 2023-04-11]. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-722-6996-8. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Management_ve_zdravotnictvi

HAMPLOVÁ, Lidmila, 2020. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro střední zdravotnické školy* [online]. Praha: Grada Publishing [cit. 2023-04-14]. Sestra (Grada). ISBN 9788024755625. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Ve%C5%99ejn%C3%A9_zdravotnictv%C3%AD_a_v%C3%BDchova_ke_z/rMnSDwAAQBAJ?hl=cs&gbpv=1&dq=9788024755625&printsec=frontcover

HANZELKOVÁ, Alena, Miloslav KEŘKOVSKÝ a Oldřich VYKYPĚL, 2017. *Strategické řízení: teorie pro praxi*. 3. přepracované vydání. V Praze: C.H. Beck. C.H. Beck pro praxi. ISBN 978-80-7400-637-1.

HEKELOVÁ, Zuzana, 2012. *Manažerské znalosti a dovednosti sestry* [online]. I. vydání. Praha: Grada [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-80-247-8095-5. Dostupné z: https://www.grada.cz/manazerske-znalosti-a-dovednosti-pro-sestry

HENDL, Jan, 2018, (zdroj: Medisoft, Umělá inteligence v medicíně,Jan Hendl, FVS UK,2018)

HENDL, Jan, 2020, (zdroj: Medisoft, Umělá inteligence v medicíně a etika, Jan Hendl, FVS UK,2020)

HERNÁNDEZ, Eleazar, 2017. *Leading Creative Teams: Management Career Paths for Designers, Developers, and Copywriters* [online]. Berkeley, CA: Apress [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-1-4842-2056-6. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Leading_Creative_Teams

HOKE, Eva, 2018, Hoke, Víchová, Tomaštík, 2018, Kapacitní krize, Ing. Eva Hoke, Ph.D., Ing. Kateřina Víchová, Ing., Marek Tomaštík, Ph.D., Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, FLKŘ, Uh. Hradiště, 2018)

HOPKIN, Paul, 2018. *Fundamentals of Risk Management:: Understanding, Evaluating and Implementing Effective Risk Management* [online]. 5. vydání. Londýn, Velká Británie: KoganPage [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-0-7494-8308-4.

KAZIMOUR, Ivan, 2016. *Historie českého zdravotnictví* [online]. Praha: Martin Koláček [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-80-751-2595-8. Dostupné z: https://katalog.cbvk.cz/arl-cbvk/cs/detail/?&idx=cbvk_us_cat*0738318

KEBZA, Vladimír, 2017. *Psycholog ve zdravotnictví* [online]. Druhé vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-80-246-3658-0. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Psycholog_ve_zdravotnictvi

KOČÍ Martin, https://www.zdravotnickydenik.cz/blog/nerezignujme-vzdelavani-lekaru/, online dne 15.2.2023)

KORECKÝ, Michal a Václav TRKOVSKÝ, 2011. *Management rizik projektů: se zaměřením na projekty v průmyslových podnicích* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3221-3. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Management_rizik_projektů

KOUBEK, Josef, 2015. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky* [online]. 5., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-807-2612-888. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Rizeni_lidskych_zdroju

MACH, Jan, 2010. *Lékař a právo: praktická příručka pro lékaře a zdravotníky* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-247-3683-9. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Lékař_a_právoMUŽÍK, Jaroslav a Pavel KRPÁLEK, 2017. *Lidské zdroje a personální management*. Vydání I. Praha: Academia. Společnost (Academia). ISBN 978-802-0027-733.

MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ, 2015. *Výchova ke zdraví* [online]. Druhé vydání. Praha: Grada [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-80-271-0993-7. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Vychova_ke_zdravi

MANAGEMENT RIZIK, 2019, (Management rizik, 2019)(zdroj: Management rizik, e-časopis určený odborné veřejnosti ve zdravotnictví, ročník 3, 2019) https://www.mzcr.cz/vestnik/vestnik-c-3-2019/

MERTL, J., 2020. Vybrané principy financování zdravotnictví v kontextu české zdravotní politiky. Vysoká škola ekonomická v Praze. URL https://vskp.vse.cz/eid/84422)

MLČOCH, T., 2017. Jak funguje český systém zdravotnictví? URL http://trade-off.cz/clanky/jak-funguje-cesky-system-zdravotnictvi/ (online 30. 10. 2022).)

MUŽÍK, Jaroslav a Pavel KRPÁLEK, 2017. *Lidské zdroje a personální management*. Vydání I. Praha: Academia. Společnost (Academia). ISBN 978-80-200-2773-3.

MZCR.CZ, 2023, (https://www.mzcr.cz/druhy-zdravotni-pece/, on-line dne 31.1.2023)

MZCR.CZ, 2018, (Veřejné zdravotní pojištění, 2018)(MZČR, 2018a. Veřejné zdravotní pojištění. Minist. Zdr. URL https://www.mzcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-2/ (accessed 10.22.22).)

NEMKYJ.CZ, 2022, (Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, 2022) (zdroj obr. https://www.nemkyj.cz/file/14499/zprava-o-cinnosti-nemocnice-kyjov-2021.pdf)

NEMKYJ.CZ, 2023, (zdroj: CHARAKTERISTIKA NEMOCNICE - Nemocnice Kyjov (nemkyj.cz), online ze dne 14.1.2023

NĚMEC, Jiří, 2008. *Principy zdravotního pojištění* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-11]. ISBN 9788024763781. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Principy_zdravotniho_pojisteni

OECD, 2022a, (OECD, 2022d. Pharmaceutical Market : Pharmaceutical sales URL https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9# (accessed 11.29.22)

OECD, 2022b (OECD, 2022b. Health care use - Magnetic resonance imaging (MRI) exams - OECD Data. URL http://data.oecd.org/healthcare/magnetic-resonance-imaging-mriexams.htm (accessed 11.29.22))

PILAŘOVÁ, Irena, 2016. *LEADERSHIP and MANAGEMENT DEVELOPMENT: role, úlohy a kompetence managerů a lídrů*. Vydání 1.,. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5721-6.

ROEMER, John, 1982. *A General Theory of Exploitation and Class* [online]. Cambrige, USA: Harvard University Press [cit. 2023-04-11]. ISBN 9780674435865. Dostupné z: https://www.hup.harvard.edu/catalog.php?isbn=9780674435865

SEDLÁKOVÁ, Renáta, 2014. *Výzkum médií: nejužívanější metody a techniky* [online]. Vydání 1.,. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. Žurnalistika a komunikace. ISBN 978-80-247-3568-9. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Výzkum_médií

SMEJKAL, Vladimír a Karel RAIS, 2010. *Řízení rizik ve firmách a jiných organizacích* [online]. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada [cit. 2023-04-13]. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3051-6. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Řízení_rizik_ve_firmách_a_jiných_organizacích

STREJČKOVÁ, Alice, 2007. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ, obor zdravotnický asistent* [online]. Praha: Fortuna [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-807-1689-430. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Veřejné_zdravotnictví_a_výchova_ke_zdraví

ŠÁMALOVÁ, Kateřina a Petr VOJTÍŠEK, 2021. *SOCIÁLNÍ SPRÁVA: Organizace a řízení sociálních systémů* [online]. Vydání 1., Praha: Grada [cit. 2023-04-14]. ISBN 978-80-271-4310-8. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Sociální_správa_organizace_a_řízení_sociálních_systémů

ŠLIKOVÁ DINGOVÁ, Martina, Lucia VRABELOVÁ a Lucie LIDICKÁ, 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-14]. ISBN 978-80-271-2324-7. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Základy_ošetřovatelství_a_oštřovatelských_postupů

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik pro poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi* [online]. I. vydání. Praha: Grada [cit. 2023-04-11]. ISBN 978-80-271-9672-2. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Rizeni_rizik_pri_poskytovani_zdravotnich_sluzeb

TEMPUS MEDICORUM, 2016, (Zdroj: Tempus Medicorum, MUDr. Jiří Knor, Ph.D., časopis ČLK, 7-8/2016, ročník 25)

TEMPUS MEDICORUM, 2018, (zdroj: odborný časopis ČLK, Tempus Medicorum, 6/2018, ročník 27)

UZIS.CZ, 2023, (zdroj: Zpráva o rozvoji zdravotnictví v roce 1989, UZIS.cz, on line dne 14. 2. 2023) https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/zdrroc1989_cssr_zdravotnictvi.pdf

VÉVODA, Jiří, 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví* [online]. Praha: Grada [cit. 2023-04-14]. ISBN 978-80-247-8662-9. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Motivace_sester_a_pracovní_spokojenost

VNOUČKOVÁ, Lucie, 2013. *Fluktuace a retence zaměstnanců* [online]. Třetí upravené vydání. Praha: Adart [cit. 2023-04-13]. ISBN 978-80-87829-06-6. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Fluktuace_a_retence_zaměstnanců

VOKURKA, Martin a Jan HUGO, 2006. *Velký lékařský slovník* [online]. 6. vydání. Praha: Maxdorf [cit. 2023-04-11]. ISBN 80-859-1243-0. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Velkýlékařskýslovník

WICHOVÁ, Jitka, 2021. Informační technologie ve zdravotnictví. *Https://www.czso.cz/* [online]. Praha [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/informacni_technologie_ve_zdravotnictvi2011

WILKINSON, Richard a Michael MARMOT, 2003. *Social determinants of health: the solid facts* [online]. Second edition. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe [cit. 2023-04-11]. ISBN 92 890 1371 0. Dostupné z: https://www.google.cz/books/edition/Social_Determinants_of_Health/

ZAKONYPROLIDI.CZ, 2023, (zdroj: www.zakonyprolidi.cz, online dne 14. 2. 2023) https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?text=zdravotnictv%C3%AD

ZAKONYPROLIDI.CZ, 2023, (zdroj: www.zakonyprolidi.cz, online dne 14. 2. 2023) https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?text=klinick%C3%BD+psycholog

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AI	Artificial intelligence
ARO	Anesteziologicko-resuscitační oddělení
AZV ČR	Agentura pro zdravotnický výzkum
BOZP	Bezpečnost a ochrana zdraví při práci
COVID 19	Coronavirus disease 2019, koronavirové onemocnění
ČAS	Česká asociace sester
ČLK	Česká lékařská komora
ČR	Česká republika
ČSSR	Československá socialistická republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Diagnosis Related Groups, pacientský klasifikační systém
ESVO	Evropské sdružení volného obchodu
EU	Evropská unie
EU 27	Evropská unie je jedinečným partnerstvím mezi 27 evropskými zeměmi
FN	Fakultní nemocnice
HW	Hardware
IPVZ	Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
IT	Informační technologie
IZS	Integrovaný záchranný systém
KDP	Klinicky doporučené postupy
KPCR	Kardiopulmocerebrální resuscitace
LZPS	Listina základních práv a svobod
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
NIS	Nemocniční informační systém
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PEER	Školený a odborně informovaný kolega, forma psychické pomoci, programu Systému psychosociální intervenční služby
PHM	Pohonné hmoty
RDG	Radiodiagnostické oddělení
SBU	Strategic Business Units, autonomní podnikatelské jednotky
SMART	Chytrý cíl (Specific, Measurable, Achievable, Realistic, Time-bound)
SPIS	Systém psychosociální intervenční služba
SW	Software
SZČ	Střední zdravotnická škola
UI	Umělá inteligence
ÚP	Úřad práce
USA	Spojené státy americké
UZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VŠ	Vysoká škola
ZP	Zdravotní pojišťovna
ZPNO	Zdravotničtí pracovníci nelékařských oborů
ZZS	Zdravotnická záchranná služba

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Certifikát kvality a bezpečí a NASKL ČLS JEP, zdroj: Výroční zpráva, 2022 42
Obrázek 2 - Struktura zaměstnanců (Výroční zpráva Nemocnice Kyjov, 2022) 44
Obrázek 3 - Počet zaměstnanců – lékařů a sester 2008-2022 (zdroj vlastní) 45
Obrázek 4 - Mapa areálu Nemocnice Kyjov (zdroj: Nemkyj.cz, 2023) 46
Obrázek 5 - ISHIKAWA diagram (vlastní zpracování) 65

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Porovnání celkových úvazků dle kategorií pracovníků ve zdravotnictví, (UZIS, 2021) 15

Tabulka 2 - Celkový počet úvazků pracovníků ve zdravotnictví dle jednotlivých povolání v roce 2021 (UZIS, 2021) 15

Tabulka 3 - Přírůstky/úbytky obyvatel ČR, 2001-2020, (czso.cz, 2023) 32

Tabulka 4 - Kategorie a počty zaměstnanců, (Výroční zpráva, 2022) 43

Tabulka 5 - Pravděpodobnost výskytu 69

Tabulka 6 - Kvalifikace závažnosti dopadu (důsledku) 69

Tabulka 7 - Matice rizik 70

Tabulka 8 - Přijatelnost rizika 70

Tabulka 9 - Hodnocení rizik 70

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Jaké jsou důsledky personálního nedostatku? 62
Graf 2 - Jaké jsou nejčastější důvody obchodů vašich kolegyň/kolegů? 63
Graf 3 - Jaká opatření ke stabilizaci lékařů/sester/nelékařů vnímáte jako potřebná? 64

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Příloha: dotazník

Kapacitní krize a Risk management ve zdravotnických zařízeních

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku, který se zabývá kapacitní krizí a risk managementem ve zdravotnictví. Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely zpracování diplomové práce. Mnohokrát děkuji!

1 Vaše nemocnice je

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ okresní ◯ krajská ◯ fakultní ◯ soukromá

2 Počet zaměstnaného zdravotnického personálu

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ 0 - 200 ◯ 201 - 500 ◯ 501 - 1000 ◯ 1001 - 2000 ◯ 2001 - 4000 ◯ 4001 a více

3 Jsem

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ lékař ◯ zdravotní sestra

4 Počet lůžek v nemocnice

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ do 99 ◯ 100 - 499 ◯ 500 a více

5 Potýkáte se s nedostatkem

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď v každém řádku*

	Ano	Ne
lékařů	◯	◯

sester	◯	◯

6 Jak nedostatek personálního zabezpečení řešíte?

Nápověda k otázce: *Změňte pořadí položek dle svých preferencí přetažením kurzorem myši (1. - nejdůležitější, poslední - nejméně důležitá)*

Přetěžování stávajícího personálu	
Zaměstnávání cizích státních příslušníků	
Cílená výchova studentů SŠ	
Finanční motivace proplácení přesčasů	
Cílená výchova studentů VOŠ a VŠ	

7 Jaké jsou důsledky personálního nedostatku?

Nápověda k otázce: *Změňte pořadí položek dle svých preferencí přetažením kurzorem myši (1. - nejdůležitější, poslední - nejméně důležitá)*

Přetíženost stávajícího personálu	
Zavírání oddělení	
Redukce lůžek	
Prodloužení čekací doby na vyšetření	
Snížení kvality poskytované zdravotní péče	
Odmítání pacientů, delegování na jiná zdravotnická zařízení	

8 Plánujete v budoucnu změnu/odchod ze svého stávajícího zaměstnání?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ano ◯ Ne

9 Jaké jsou nejčastější důvody odchodů vašich kolegyň/kolegů?

Nápověda k otázce: *Změňte pořadí položek dle svých preferencí přetažením kurzorem myši (1. - nejdůležitější, poslední - nejméně důležitá)*

Dojíždění	
Nedostatečné mzdové ohodnocení	
Přílišná vytíženost (přesčasy atd.)	
Nedostatečná motivace zaměstnavatele	
Vysoká byrokratická zátěž	
Politika zaměstnavatele	
Vztahy na pracovišti	
Zastaralé pracovní pomůcky	
Špatné pracovní prostředí	
Problematika pracovního růstu	
Nevím	

10 Jste spokojen/a s výší základní složky své mzdy?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu odpověď*

◯ Ano ◯ Ne

11 Jaká opatření ke stabilizaci lékařů/sester/nelékařů vnímáte jako potřebná?

Nápověda k otázce: *Vyberte jednu nebo více odpovědí*

- ☐ Individuální přístup při adaptaci na pracovišti
- ☐ Snížení věku odchodu do důchodu;
- ☐ Možnost nepeněžních benefitů (lázně atd.);
- ☐ Zvýšení platu/mzdy;
- ☐ Reforma vzdělávacího systému;
- ☐ Zlepšení pracovních podmínek;
- ☐ Zvýšení příplatku za směnnost;
- ☐ Možnost výsluhové renty;
- ☐ Vyšší počet dní dovolené;

12 Jak jste celkově spokojen/a na svém pracovišti?

☆☆☆☆☆☆☆☆☆☆ ☐ / 10

13 Co by zlepšilo podmínky pro vaši práci (počet pacientů, přístrojové a technické zabezpečení apod.)?