

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

magisterské prezenční studium 2000-2007

Ing. Pavel Matoušek

Lidské zdroje ve zdravotnictví v ČR

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2007

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Renata Kocianová, Ph.D.
Oponent diplomové práce:
Datum obhajoby:
Výsledek obhajoby:

P r o h l a š u j i ,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracoval zcela samostatně a uvádím v ní veškeré prameny, kterých jsem použil.

Obsah:

0	Úvod	5
1	Specifika zdravotnictví	7
2	Historie českého zdravotnictví	11
3	Současný systém zdravotnictví v ČR	15
3.1	Charakteristika prostředí ve zdravotnictví	15
3.2	Legislativa ve zdravotnictví	16
3.3	Subjekty a vztahy ve zdravotnictví	19
4	Charakteristika lidských zdrojů ve zdravotnictví v ČR	21
4.1	Zdravotnické profese	21
4.2	Plánování lidských zdrojů	24
4.3	Získávání a výběr pracovníků	28
4.4	Zaměstnanecké vztahy	33
4.5	Bezpečnost a ochrana zdraví	35
4.6	Motivace a výkon pracovníků	38
4.7	Odměňování pracovníků	42
4.7.1	Současný stav odměňování zdravotníků	42
4.7.2	Odměňování zdravotníků podle výsledků	45
4.8	Vzdělávání a rozvoj pracovníků	49
4.8.1	Vzdělávání lékařů	50
4.8.1.1	Pregraduální vzdělávání lékařů	50
4.8.1.2	Postgraduální vzdělávání lékařů	51
4.8.1.3	Odborné a specializační vzdělávání lékařů .	52
4.8.1.4	Uznávání kvalifikací lékařů ze zemí EU	55
4.8.1.5	Kontinuální vzdělávání lékařů	56
4.8.2	Vzdělávání zdravotních sester	59
4.8.2.1	Pregraduální vzdělávání zdravotních sester	60
4.8.2.2	Celoživotní vzdělávání zdravotních sester .	62
4.8.3	Výhrady k novému systému vzdělávání	64

5	Závěr	66
6	Soupis bibliografických citací	69
7	Resumé	72
8	Summary	73

0 Úvod

Zdravotnictví představuje citlivou oblast života naší společnosti. Téměř každý člověk očekává, že bude fungovat tak, aby mu v případě potřeby pomohlo. Každého člověka tedy zdravotnictví zajímá a každý má určité povědomí o jeho fungování. To bohužel také znamená, že mnoho lidí, jak pacientů, tak politických reprezentantů, cítí kvůli mylnému přesvědčení o své „odbornosti“ potřebu do fungování systému zdravotnictví mluvit a snažit se ho ovlivňovat po svém. Skutečné detailní problémy jsou pak pro širokou veřejnost nesrozumitelné, a proto také nezajímavé. Díky tomu je obtížné posunout systém fungování zdravotnictví kupředu.

Situace v českém zdravotnictví je obecně neutěšená a tento stav se může promítat i do práce lidí, kteří jeho fungování zajišťují. Samotnou nápravu systému zdravotnictví v České republice, ať už jakýmkoli způsobem, budou nakonec provádět právě zdravotničtí pracovníci. Od managementu, přes lékaře a zdravotní sestry, po pomocný personál, každý se svým dílem bude podílet na náročné práci, která je před námi. A právě tento nejcennější „materiál“, lidské zdroje, je tématem této diplomové práce. Mým cílem je zde popsat problémy, jež souvisí s lidskými zdroji ve zdravotnictví, a případně i navrhnout jejich řešení.

Říká se, že všechno souvisí se vším, a tak přiblížení prostředí, ve kterém se ve zdravotnictví pohybujeme, a zároveň jeho vývoj, bude první oblastí, kterou se budu zabývat. Se znalostí prostředí, morálních, ekonomických, legislativních a společenských souvislostí, z nichž se vyvinulo a v nichž se dále vyvíjí, přistoupím ke konkrétním

problémům personální práce ve zdravotnictví. Charakteristika zdravotnických profesí bude následována problémy plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví, získáváním a výběrem pracovníků. Dále zmíním problematiku zaměstnaneckých vztahů ve zdravotnictví, bezpečnost a ochranu zdraví a také motivaci a výkon pracovníků a s tím související odměňování. Na závěr se zaměřím na vzdělávání zdravotníků, které je v současnosti, krátce po zavedení nového systému, aktuálním tématem. V textu průběžně zmíním i postřehy a zkušenosti ze zahraničí, jež by pro české zdravotnictví mohly být inspirujícím.

Na tomto místě bych také rád bych poděkoval své vedoucí diplomové práce PhDr. Renatě Kocianové, Ph.D., a to nejen za vedení při zpracování této práce, ale za celý její pozitivní přístup po celou dobu mého studia.

1 Specifika zdravotnictví

Na zdraví člověka jako ekonomicky přínosnou kategorii můžeme pohlížet z různých úhlů. Lze jej považovat za individuální hodnotu každého člověka, jež mu jednak přináší uspokojení či naopak bolest a nepříjemnosti, jednak i ekonomický prospěch, popřípadě náklady. Zdravý člověk se může naplno věnovat ekonomickým aktivitám, za které pobírá přiměřený důchod. Nemocný naopak zaznamenává ztrátu ušlého výdělku a navíc je často nucen vynakládat další prostředky na svou léčbu. Výše těchto nákladů a ostatně i příjmu v době zdraví a nemoci pak závisí na konkrétním zdravotním a sociálním systému v dané zemi. V extrému se může stát, že rozdíl mezi nemocným nebude v oblasti ekonomického prospěchu vůbec žádný. Ideální stav by byl, aby systém nutil člověka k takovému chování, že se bude aktivně starat o své zdraví tak, aby se vyhnul situaci nemocného, neboť to pro něj bude ekonomicky výhodné.

Druhým úhlem pohledu na zdraví, respektive zdravou populaci, je chápání člověka jako výkonnostní jednotky ekonomiky jako celku a také jako na jednotku, která může představovat pro ekonomiku státu, respektive jeho rozpočty, položku nákladovou. Zdravý člověk platí daně, v našem českém systému pak také povinné zdravotní a sociální pojištění. Nemocný naopak představuje čisté náklady. Zájem státu je tak mít zdravé produktivní obyvatelstvo, které maximálně přispívá do veřejných rozpočtů a minimálně z nich čerpá.

Nastává tak otázka, zda je zdravotní péče jako služba více či dokonce čistě veřejnou nebo soukromou. Profesor

ekonomie Paul Mankiw (Mankiw, 2000, s. 233), statky (služby) dělí do čtyř kategorií:

1. Soukromé statky
2. Přirozené monopoly
3. Společné zdroje
4. Veřejné statky.

Ovšem nelze tvrdit, že by se jednalo vždy o statky zapadající přesně do vymezené kategorie. Dělení závisí na zodpovězení dvou otázek:

1. Je statek vylučitelný, tj. mohou být lidé vyloučeni z používání daného statku?
2. Je statek rivalitní, tj. snižuje používání daného statku jedním člověkem jeho užívání druhým člověkem?

Míra oné rivality a vylučitelnosti posouvá statek více či méně do jedné z vymezených kategorií.

		Rivalitní?	
		Ano	Ne
Vylučitelné?	Ano	Soukromé statky	Přirozené monopoly
	Ne	Společné zdroje	Veřejné statky

Obr. 1 Dělení statků podle Mankiwa (upraveno podle Mankiw, 2000, s. 233)

Jaký charakter tedy zdravotnická služba má? Nejedná se zřejmě o statek, respektive službu, volnou, neboť její

spotřeba má rivalitní charakter. Pokud jediný lékař na pohotovosti právě ošetřuje jednoho pacienta, druhý musí počkat, nebo musí zdravotnické zařízení přijmout dalšího lékaře a tím rozšířit svou kapacitu.

Složitější otázkou je vylučitelnost. Naše etické a morální zábrany se nás snaží donutit nepřipustit vylučitelnost kohokoliv ze spotřeby zdravotnických služeb. Leč ve skutečnosti je tomu někdy naopak. V současných podmínkách se může stát, že z finančních či kapacitních důvodů budou někteří nemocní vyloučeni ze spotřeby zdravotnické služby, přesněji řečeno budou nuceni čekat, někdy poměrně dlouho, na svůj zákrok, případně hospitalizaci.

Existuje obecná snaha zpřístupnit lékařskou péči tak, aby byla co nejméně rivalitní a aby možnost vyloučení kohokoliv z její spotřeby byla také co možná nejmenší. Právě proto, že zdraví společnosti je považováno za veřejný zájem, se zdravotnická služba posouvá více mezi statky veřejné. Přesné přiřazení k jednomu typu statku tak není zcela jednoznačné. Problémy řešené ve zdravotnictví jsou jednak problémy ekonomickými, výrazně však ovlivňovanými morálními dilematy. Zdroje a způsob, jakým jsou organizovány, jsou přímým odrazem hodnot společnosti. Z toho vyplývá, že konkrétní pohled na statky a služby ve zdravotnictví bude vždy záviset na společenské situaci, z čehož pak vychází konkrétní podoba systému. Z hlediska lidských zdrojů nás pak bude zajímat, zda se jedná o pracovníky ve veřejném sektoru, či v sektoru soukromém, rozdílnost jejich odměňování a struktura vztahů mezi nimi a zákazníky - pacienty.

Česká společnost uznává jako jednu ze základních hodnot solidaritu a tato je pak jako základní přenášena do systému zdravotní péče. České zdravotnictví představuje systém, jenž bychom s jistými výhradami mohli z hlediska základních modelů přiřadit k tzv. „Systému evropského pluralitního zdravotnictví“. V podstatě se jedná o nestátní zdravotnictví, za které však stát svým občanům ručí. Ten vytváří legislativní a ekonomické podmínky pro povinné zdravotní pojištění, z něhož se získávají prostředky na financování zdravotnických služeb. Stanovené příspěvky od pojištěnců se shromažďují ve zvláštních pojišťovacích fondech, které spravují příslušné zdravotní pojišťovny. Do pojišťovacích fondů přispívají kromě zaměstnanců také zaměstnavatelé a stát za ty, kteří platit nemohou, tj. studenti, důchodci, vojáci atd.

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou samostatnými hospodářskými subjekty a mají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, u nichž jsou evidováni příslušní pacienti. Poskytovatelé zdravotnických služeb „soutěží“ o pacienty. Každý pojištěný pacient při návštěvě zdravotnického zařízení s sebou zároveň přináší jisté finanční prostředky od své pojišťovny. Tento systém fungoval v Československu do roku 1948. V současnosti kromě České republiky existuje např. v Německu, Rakousku či Francii, přičemž výše pojistného se zde pohybuje v rozmezí 9 - 15,4 % z hrubé mzdy.

Je patrné, že výše uvedená specifika zásadním způsobem odlišují zdravotnictví od ostatních sektorů ekonomiky.

2 Historie českého zdravotnictví

Zdravotnický systém u nás (OECD, 1998, s. 1-3) vždy odpovídal poměrně vysokému ekonomickému standardu, tradičně dobré vzdělanostní struktuře a poměrně rovnoměrné distribuci národního bohatství v populaci, kde nebyly velké skupiny zcela pauperizovaného obyvatelstva.

První povinné nemocenské pojištění pro průmyslové dělníky bylo zavedeno v Německu v roce 1883 a již pět let poté začalo platit i v Rakousku-Uhersku. V letech 1919 a 1924, tedy již v době samostatného Československa, byly schváleny zákony, které rozšířily povinné pojištění na všechny námezdně pracující. V rámci tohoto pojištění hradily zdravotní pojišťovny, kterých bylo zhruba 300, svým pojištěncům a jejich rodinným příslušníkům běžnou zdravotní péči poskytovanou smluvními soukromými lékaři a veřejnými nemocnicemi. Pojišťovny také částečně nahrazovaly úslou mzdu po dobu nemoci. Pojistné v průměrné výši 4,3 % mzdy hradili napůl zaměstnavatel a zaměstnanec.

V roce 1948 došlo ke sloučení nemocenského a zdravotního pojištění do jediného povinného systému pro všechny občany. Byla zavedena jediná Ústřední národní pojišťovna, která hradila prakticky veškerou zdravotní péči a nemocenské dávky z prostředků vybraných na zdravotním pojištění, jež ve výši 6,8 % mzdy hradil zaměstnavatel.

Roku 1951, kdy byl převzat sovětský tzv. Semaškův model, byla zrušena Ústřední národní pojišťovna a úhrady péče převzal stát, který financoval zdravotnictví z daní. Ve stejné době byla také zestátněna veškerá zdravotnická zařízení. Postupně vznikaly Krajské a Okresní ústavy

národního zdraví, které se staly výhradními zaměstnavateli všech pracovníků ve zdravotnictví.

Finanční prostředky plynuly ze státního rozpočtu (z Ministerstva financí) do krajů a okresů prostřednictvím Krajských a Okresních národních výborů (KÚNZ a OÚNZ). Ty pak přerozdělovaly příslušné rozpočtové částky ústavům národního zdraví v oblasti své působnosti. Všichni pracovníci KÚNZ a OÚNZ od manuálních dělníků po špičkové specialisty dostávali fixní plat bez ohledu na kvalitu a objem odvedené práce, což jistě nepřispělo ke zkvalitnění poskytované péče ani celkovému stavu ve zdravotnictví.

Tento model byl v praxi málo efektivní. Jedním z mnoha projevů jeho nižší kvality bylo např. zvýšení úmrtnosti.

Po radikální změně politického klimatu v roce 1989 začaly být činěny kroky vedoucí ke změně systému. Výchozími momenty pro transformaci (Háva, 2001, s. 21) byly jednak zájmy účastníků, jednak zahraniční zkušenosti. Při Ministerstvu zdravotnictví vznikla „Skupina pro reformu“, v jejíž činnosti se veškeré vlivy projevovaly a soustřeďovaly. Výsledkem její práce byl dokument „Návrh nového systému zdravotní péče“. Ten byl postoupen vládě, která ho v prosinci 1990 projednala. Dokument se tak stal závazným koncepčním východiskem pro tvorbu zdravotní politiky v období 1990-92.

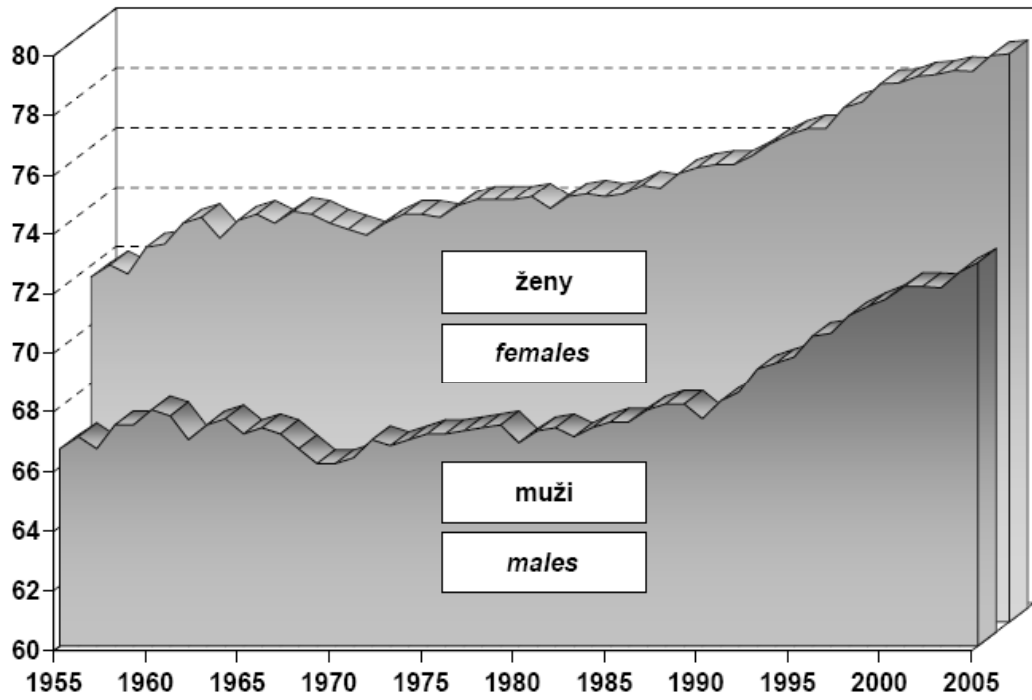
Koncepce obsahovala záměr změny financování zdravotní péče formou veřejného zdravotního pojištění. V roce 1992 vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna a na počátku roku 1993 bylo nastartováno zdravotní pojištění. Etapa 1990-1993 představovala období rychlých změn, které probíhaly někdy až chaoticky a ukvapeně. V roce 1992 došlo k zásadní změně

koncepčního přístupu, neboť důraz začal být kladen na uplatnění tržních principů ve zdravotnictví.

V následujících letech se však zejména z důvodu politických tlaků ve zdravotnickém systému začalo objevovat mnoho nových nařízení restriktivního charakteru, které pozvolna posouvají systém nikoliv kupředu, ale zpět směrem k předreformní podobě. Cenové vyhlášky deformují trh se zdravotní péčí, vzniká regulace smluvních vztahů a celkově slábne role zdravotních pojišťoven. Rok 2005 a první polovina roku 2006 byly pro subjekty ve zdravotnictví něčím jako obrovskou přírodní katastrofou. Poslední období pak představuje snahu o reformu tržního charakteru sui generis, určitě pak minimálně konec pohybu zpět.

Zatímco teorie řízení lidských zdrojů se během 20. století zaznamenala vývoj v podstatě od nuly až k moderním přístupům, ve zdravotnických zařízeních často zůstává na úrovni personální administrativy s cílem zabezpečení chodu organizace a vyhovění legislativním požadavkům.

Přes objektivní problémy v celém spektru činností ve zdravotnictví však došlo ke zlepšení zdravotního stavu populace, což je cílem veškerých kroků (legislativních i exekučních), činěných ke zlepšení systému. Jako důkaz tohoto tvrzení nám může posloužit prodlužování střední délky života při narození. Zejména v posledních dvaceti letech došlo k jeho výraznému prodloužení v průměru o 4 roky.



Graf 1 Vývoj střední délky života v ČR (Zdravotnická ročenka ČR 2005, s. 27)

3 Současný systém zdravotnictví v ČR

3.1 Charakteristika prostředí ve zdravotnictví

Hodnocení prostředí zdravotnického systému nelze hodnotit jednoznačně pozitivně ale ani negativně. Stejně tak směr, kterým se české zdravotnictví ubírá.

Manageři zdravotnických zařízení pracují ve složité době plné zvrátů. Jeden rok hrozí soukromým subjektům zestátnění, v dalším se naopak státní, krajská a municipální zdravotnická zařízení privatizují. Změny vlády z opačných stran politického spektra s sebou nesou naprosto odlišný pohled na fungování systému zdravotnictví, zejména jednotlivých subjektů. Z tohoto pohledu lze hodnotit české zdravotnictví jako nestabilní a pro vytváření dlouhodobých plánů a koncepcí nevhodné.

Na druhé straně však existují části systému, na kterých panuje obecná shoda a jež se rozvíjejí nezávisle na vnějších politických turbulencích. Shoda panuje v otázce klíčivosti zdravotnictví pro rozvoj země, na nutnosti zajistit pro něj dostatek finančních prostředků či na hlavní úloze veřejného zdravotního pojištění.

Pracovníci ve zdravotnictví mají vysokou jistotu zaměstnání a perspektiv do budoucna. Potřeba jejich práce a tedy i význam ve společnosti roste a bude růst i nadále.

Z pohledu pacientů je v současnosti garantována dostupnost zdravotní péče a její „bezplatnost“, přičemž i přes plánované kosmetické úpravy nelze v tomto ohledu očekávat změnu.

3.2 Legislativa ve zdravotnictví

Níže uvedený přehled obsahuje výběr důležitých předpisů, jež představují právní rámec fungování českého zdravotnictví. Přehled začíná předpisy upravující zdravotnictví obecně a poté následuje pracovněprávní problematika, která nás vzhledem k tématu této diplomové práce zajímá především.

Za základní zákon českého zdravotnictví bychom mohli označit Zákon č. 86/1992 Sb., kterým předsednictvo České národní rady vyhláší s působností pro Českou republiku úplné znění Zákona č. 20/1966 o péči o zdraví lidu, v platném znění. Ten upravuje organizaci zdravotnictví v tom nejobecnějším smyslu. Stanovuje hlavní zásady péče o zdraví lidu, účast jednotlivých subjektů na péči o zdraví, poskytování zdravotní péče, preventivní péče, upravuje zdravotnickou soustavu (druhy a úkoly zdravotnických zařízení, jejich zřizování a provoz), materiální a personální zdroje, vědu a výzkum, atd.

Zákon o všeobecném zdravotním pojištění, který byl později nahrazen Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v platném znění představuje de facto základ našeho systému financování zdravotnictví. Tento zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění, jeho rozsah a podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče ze zákona.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění v platném znění upravuje výši pojistného, způsob jeho placení, vedení evidence plátců, atd.

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně v platném znění představuje významný prvek našeho systému financování zdravotnictví. Zřizuje VZP, upravuje její hospodaření, organizační strukturu, financování, atd.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v platném znění je v současnosti základem pro úhrady zdravotní péče.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce v platném znění je základní normou upravující pracovně právní vztahy v České republice. Zároveň jeho ustanovení nahrazují zákon o platu.

Zákon č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech v platném znění představuje, odmyslíme-li lékaře provozující privátní praxi, vzhledem k převažujícím právním formám zdravotnických zařízení v České republice nejvýznamnější předpis, dle něhož je upraveno odměňování v našem zdravotnictví.

Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře v platném znění je podstatný z důvodu ustanovení o povinném členství, které zakládá pro příslušný typ zdravotnických pracovníků specifickou situaci neobvyklou v jiných odvětvích.

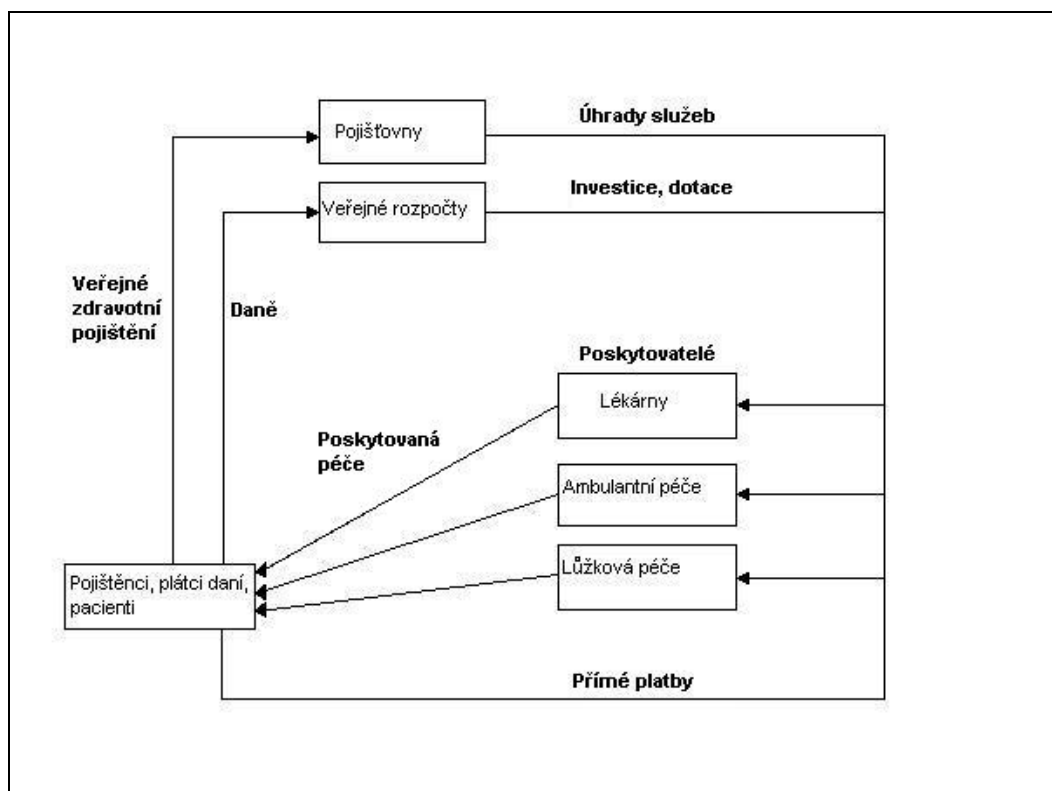
Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta v platném znění je prvním ze sady nových právních předpisů zásadně ovlivňujících systém vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) v platném znění.

Vyhláška č. 423/2004 Sb., kterou se stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

3.3 Subjekty a vztahy ve zdravotnictví

Zdravotnictví je v současnosti financováno na základě veřejného zdravotního pojištění, přičemž investice jsou z důvodu nedostatku zdrojů v systému pojištění často velmi nesystémově hrazeny z veřejných rozpočtů. Z toho vyplývá i struktura subjektů a finančních toků v českém zdravotnictví.



Obr. 2 Hlavní subjekty systému zdravotní péče a finanční toky mezi nimi (Matoušek, 2002, s. 32)

Kromě členění na výše uvedeném obrázku, můžeme uvést i další typologie poskytovatelů péče (Gladkij, 2003, s. 46-47):

- preventivní, kurativní a rehabilitační instituce,
- instituce pro akutní a chronickou léčbu,
- instituce vzniklé na bázi medicínských oborů,
- instituce pro primární, sekundární a terciální léčbu.

Všechny typologie pak odpovídají institucím, které nalezneme v českém systému zdravotnictví.

4 Charakteristika lidských zdrojů ve zdravotnictví v ČR

Lidské zdroje ve zdravotnictví nejsou hlavním zájmem lidí, kteří ovlivňují jeho chod. Personalistika ale přichází do každého podniku současně s druhým člověkem, nikoliv až s personálním útvarem (Mika, 2002, s. 22). Je-li v podniku více než jeden člověk, je v důsledku toho na pořadu dne řešení vzájemných vztahů a střetů, rozdělování práce a rozdělování odměny za práci. Proto i ve zdravotnictví je třeba se zabývat otázkou ne zda potřebujeme lidské zdroje řídit, ale jak se s tímto úkolem vypořádat.

4.1 Zdravotnické profese

Ve zdravotnictví na celém světě pracuje 59 milionů lidí, v České republice pak necelých čtvrt milionu. Jádro tvoří samozřejmě pracovníci zdravotníci, zejména pak zdravotní sestry, jimž se proto budu v této práci věnovat především. Konkrétní členění dle statistiky ÚZIS je uvedeno v následující tabulce.

Kategorie	2004		2005		Index 2005/2004	
	přepočtený počet k 31.12.	struktura v %	přepočtený počet k 31.12.	struktura v %		
Pracovníci ve zdravotnictví	241 983	100,00	242 449	100,00	100,19	
Odborní pracovníci ve zdravotnictví	193 363	79,91	194 262	80,12	100,46	
v tom	lékaři	35 536	14,69	36 092	14,89	101,56
	zubní lékaři	6 540	2,70	6 610	2,73	101,07
	farmaceuti	5 548	2,29	5 634	2,32	101,55
	zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí - ZPBD	106 138	43,86	105 862	43,66	99,74
	zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí - ZPSZ	8 987	3,71	9 240	3,81	102,82
	zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením - ZPOD	26 122	10,79	26 493	10,93	101,42
	jiní odborní pracovníci nelékaři JOP a dentisté	4 492	1,86	4 330	1,79	96,39
Pedagogičtí pracovníci	514	0,21	455	0,19	88,52	
Technicko-hospodářští pracovníci	18 313	7,57	18 200	7,51	99,38	
Dělníci a provozní pracovníci	29 793	12,31	29 533	12,18	99,13	

**Tab. 1 Pracovníci ve zdravotnictví ČR (www.uzis.cz,
Pracovníci ve zdravotnictví ČR k 31.12.2005, s. 2)**

V lůžkových zařízeních (včetně lázní) pracovalo koncem roku 2005 téměř 146 tisíc pracovníků, což představuje 60 % všech pracovníků ve zdravotnictví, v samostatných zařízeních ambulantní péče pracovalo 26 % všech pracovníků ve zdravotnictví. Z celkového počtu 42,7 tisíc lékařů a zubních lékařů působilo v samostatných zařízeních ambulantní péče přes 52 % a v lůžkových zařízeních přes 44 %. Průměrný věk lékařů byl u mužů 46,4 let, u žen 45,8

let a za obě pohlaví činil 46,1 let. Podíl lékařů ve věku 60 let a více představoval u lékařů - mužů 14,9 %, u lékařek 13,3 % (oproti 14,6 % a 12,2 % v roce 2004) (Zdravotnická ročenka ČR 2005). Budeme-li se zamýšlet nad úrovní saturace potřeby české populace v zajištění zdravotní péče, budeme výše uvedená čísla nazývat „provozním minimem“. S výjimkou obslužného personálu nelze tyto počty v současném českém zdravotnickém systému považovat za dostatečné.

Nutno však poznamenat, že potřeba pracovní síly závisí právě na zmíněném systému, dále na úrovni vědeckého pokroku v odvětví a na vyspělosti společnosti jako celku. Čím je společnost vyspělejší, tím více potřebuje, či možná lépe řečeno spotřebuje, zdravotní péče. Zde se ale dostáváme do oblasti jednak ekonomických možností země, jednak do oblasti etické. Níže uvedená tabulka ukazuje počty zdravotnických pracovníků v jednotlivých světových regionech dle členění Světové zdravotnické organizace, na které je patrná závislost vyspělosti na počtu zdravotnických pracovníků (The World Health Report 2006).

Region	Celková pracovní síla		Poskytovatelé zdravotní péče		Ostatní personál	
	celkový počet	na 1000 obyvatel	celkový počet	% z celkového počtu	celkový počet	% z celkového počtu
Afrika	1640000	2,3	1360000	83	280000	17
Blízký východ	2100000	4	1580000	75	520000	25
Jihovýchodní Asie	7040000	4,3	4730000	67	2300000	33
Západní Tichomoří	10070000	5,8	7810000	78	2260000	23
Evropa	16630000	18,9	11540000	69	5090000	31
Amerika	21740000	24,8	12460000	57	9280000	43
Svět	59220000	9,3	39470000	67	19750000	33

Tab. 2 Pracovní síla ve zdravotnictví ve světě
(www.who.org, The World Health Report 2006, s. 5)

4.2 Plánování lidských zdrojů

Plánování lidských zdrojů je procesem analýzy a identifikace potřeb lidských zdrojů a jejich dostupnosti v souladu s cíli organizace (Flynn, 2007, s. 40). Strategie a plán lidských zdrojů vychází a je v souladu se strategií a plánem organizace jako celku. Při plánování je potřeba zohlednit vnější i vnitřní vlivy a aspekty.

V současném českém zdravotnictví panuje poněkud schizofrenní situace. Na jedné straně existuje pro potřeby plánování stabilní situace a jistota v rozsahu péče, kterou je subjektům umožněno poskytovat, a z toho plynoucí jistota v počtech a struktuře potřebného personálu. Navyšování kapacit je vzácné, snižování kapacit či jejich restrukturalizace je diskutována a do budoucna je s ní nutné počítat, zatím však není masově realizována. Na druhé straně působí obrovské politické turbulence a zvláště zdravotních pojišťoven, zejména té největší, jež mohou znamenat faktický zánik organizace. Příkladem první zmíněné existenční katastrofy je Zákon č. 245/2006 Sb. o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů, který pro všechna soukromá zdravotnická zařízení znamenal existenční nejistotu, pro ostatní pak díky své nepromyšlenosti nepřekonatelné problémy. Příkladem druhé zmíněné jsou tzv. personální audity, jimiž zdravotní pojišťovny „kontrolovaly“ nikde striktně nepředepsané počty zdravotního personálu a některým zařízením srážely za nedodržení těchto počtů velkou část úhrad zdravotní péče, což v některých případech mohlo znamenat absolutní finanční

kolaps. Žádná z katastrof však nakonec fatální následky neměla. Nebyla totiž nakonec do důsledků realizována.

Jaké personální vybavení tedy české zdravotnické zařízení potřebuje? Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění vyhlášky č. 101/2002 Sb. měla ve své příloze v kapitole 7 „Pravidla vykazování OD¹“ stanoveno „Minimální personální vybavení“ jednotlivých pracovišť. Pro konkrétní představu uvádím následující příklady.

pracovník	kvalifikace	úvazek
vedoucí lékař	další atestace v oboru 1)	1,0 na stanici
ošetřující lékař	další atestace v oboru	0,6 na lůžko
lékař ÚPS 2)	další atestace v oboru	1,0 pouze pro stanici 3)
staniční sestra	PSS ARIP 4)	1,0 na stanici
SZP	PSS ARIP alespoň 50%	3,0 na lůžko
NZP	-	0,3 na lůžko

Tab. 3 Minimální personální vybavení pro ošetřovací den resuscitační² péče kromě neonatální³ (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 101/2002 Sb.)

"Atestací v oboru" se rozumí lékař s absolvovanou specializační přípravou I. stupně v oboru, "další atestace v oboru" se rozumí lékař s absolvovanou specializační přípravou II. stupně nebo nástavbovou specializační přípravou v oboru. Tento systém atestací v současné době neplatí, posuzování personálního vybavení však ano. ÚPS se rozumí ústavní pohotovostní služba. Lékař ve službě ÚPS pouze pro stanici resuscitační péče, neslouží zároveň pro

¹ OD = ošetřovací den, jeden den pobytu pacienta na lůžku ve zdravotnickém zařízení

² obnovování vitálních funkcí

³ novorozenecké

potřeby jiné části oddělení. PSS ARIP se rozumí pomaturitní specializační studium sester v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči.

OD	lékař A2 1)	lékař A1	lékař A0	lékař UPS	SZP PSS 2)	SZP	NZP
00005	0	0,5	0	0	1	6,6	4
00024	0,66	1	0	0,16	1,33	6,56	2

Tab. 4 Minimální personální vybavení pro ošetrovací dny na ošetrovatelských lůžkách (00005) a na lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů (00024) (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 101/2002 Sb.)

Kategorie A0 - A2 vyjadřují stupeň vzdělání lékaře.. Úvazky jsou přepočteny na jednu stanici o 30 lůžkách. Pokud je na stanici jiný počet lůžek, je třeba hodnoty přepočítat dle skutečného počtu lůžek.

Takto stanovené minimální personální vybavení bylo předmětem kritiky, neboť žádný právní předpis neumožňoval ministerstvu zdravotnictví vydat předpis v tomto znění. Nicméně i přes tuto právní vadu a přesto, že současná verze vyhlášky tato ustanovení neobsahuje, je výše uvedený způsob i nyní využíván ve smluvních vztazích se zdravotními pojišťovnami.

Při sestavování plánu lidských zdrojů je tedy třeba vycházet z tohoto minimálního personálního vybavení a je třeba mít na paměti, že jeho podkročení může mít za následek snížení úhrad od zdravotních pojišťoven. V tomto ohledu se personální práce stává ve zdravotnictví ještě důležitější než v ostatních sektorech ekonomiky.

Organizace kromě výše uvedeného základního rámce musí brát v úvahu věkovou a vzdělanostní strukturu stávajících

zaměstnanců a plány jejich osobního vzdělávání a rozvoje. Z nich pak může predikovat situaci do budoucna a identifikovat potřeby náboru nových pracovních sil. Vzhledem k vysoké nákladnosti výchovy nového zdravotnického pracovníka je třeba vytvořit podmínky, ve kterých nebude docházet k odchodu „hotových lidí“, tedy plán stabilizace pracovníků.

Všechny činnosti je třeba skloubit tak, aby výsledkem bylo vyhovění požadavkům zdravotních pojišťoven na minimální personální vybavení a zároveň potřebám organizace, v našem případě zdravotnického zařízení, v jeho specifických podmínkách.

4.3 Získávání a výběr pracovníků

Obecným cílem získávání a výběru pracovníků by mělo být získat s vynaložením minimálních nákladů takové množství a takovou kvalitu pracovníků, které jsou žádoucí pro uspokojení podnikové potřeby lidských zdrojů (Armstrong, 2002, s. 353).

Pracovníky lze získávat buď ze zdrojů interních, nebo externích. Většina zdravotnických organizací tyto metody kombinuje, přičemž větší subjekty mají tendenci využívat vnitřních zdrojů (Flyn, 2007, s. 109).

Mezi vnější zdroje patří volné pracovní síly na trhu práce, čerství absolventi škol či jiných institucí a zaměstnanci jiných organizací (Koubek, 2001, s. 121).

Zdravotničtí pracovníci jsou jen málokdy klienty úřadu práce. S rostoucím stupněm vzdělání je jich méně, lékaři se zde téměř nevyskytují. Na konci dubna 2006 bylo na úřadech práce evidováno 2163 nezaměstnaných všeobecných sester a k dispozici bylo jen 326 volných míst (Kuklík R., 2006, s. 12-14). To je ovšem stále výrazně méně, než je obecná míra nezaměstnanosti v České republice. Zhoršující se situace u lékařů je patrná z následující tabulky, přičemž nepříznivým trendem je klesající počet absolventů lékařských fakult.

Rok	počet absolventů LF v ČR vč. stomatologů	počet volných míst hlášených na úřadech práce v ČR		počet nezaměstnaných lékařů, zubních lékařů a farmaceutů	
		k 30.4.	k 30.9.	k 30.4.	k 30.9.
1992	1255	x	x	x	x
1993	1347	x	x	x	x
1994	1546	x	x	x	x
1995	1523	x	x	94	289
1996	1293	x	220	169	281
1997	1297	192	134	185	411
1998	1054	140	186	230	366
1999	977	172	182	284	445
2000	912	194	250	194	321
2001	845	407	413	213	254
2002	834	466	543	214	261
2003	990	460	378	233	292
2004	960	327	310	277	468
2005	945	336	354	241	347
2006	x	429	451	254	347

Tab. 5 Vývoj zaměstnanosti lékařů, zubních lékařů a farmaceutů v České republice (www.mzcr.cz, 12.4.2007)

Oproti jiným oborům zaměstnanost ve zdravotnictví determinuje specifické vzdělání zdravotnických pracovníků, které není možné získat rekvalifikací, čímž je eliminována možnost rozšiřování počtu pracovníků tímto způsobem. Po roce 1989 se naopak rozšířily možnosti uplatnění zdravotníků, když se na českém trhu začaly objevovat farmaceutické firmy a rovněž nový systém zdravotního pojištění, a nárůst kontrolních orgánů rozšířil možnosti zaměstnání zejména pro lékaře.

Měli-li bychom vybrat lékařskou odbornost, kde je problém nedostatku kvalifikovaných lékařů nejmarkantnější, mohli bychom zmínit praktické lékaře. Jejich počet v posledních letech velmi rychle klesá. Zatímco v roce 2003 jich bylo 5252 (Petrášová L., 2007, s. A3), v letošním roce jich je pouze 4338. Navíc věková struktura, kdy starších 50 let je 50% praktiků, situaci nikterak nezlepšuje, ba naopak.

Další problematický faktor je odliv lékařů do zahraničí. Vzhledem k vysoké úrovni vzdělání zde nebývá překážkou

jazyková bariéra. Na druhé straně i my máme možnost získávat pracovníky ze zahraničí, přičemž zmíněná jazyková bariéra zcela odpadá u pracovníků ze Slovenska, u ostatních slovanských států je zmírněna. Výrazný nárůst počtu zahraničních lékařů a farmaceutů od roku 2003 dokládá následující tabulka.

	Cizinci - SR zaměstnaní v ČR		Ostatní cizinci zaměstnaní v ČR	
	lékaři a zubní lékaři	farmaceuti	lékaři a zubní lékaři	farmaceuti
30.4.2003	711	118	118	12
30.9.2003	906	120	140	9
30.4.2004	968	146	129	6
30.9.2004	995	101	111	4
30.4.2005	1033	118	155	14
30.9.2005	1202	154	187	16
30.4.2006	1288	156	236	22
30.9.2006	1409	180	210	16

Tab. 6 Lékaři a farmaceuti cizinci zaměstnaní v České republice (www.mzcr.cz, 12.4.2007)

Nutnost rekrutovat pracovníky ze zahraničí ale není jen naším problémem. Praktické zkušenosti má například britský Medway NHS Trust, jehož Medical Staffing Manager se svými poradci již v roce 2004 vyrazili za lékaři do Polska, kde pro své nemocnice získali celkem 9 potřebných kvalifikovaných lékařů. Všichni se osvědčili a další tři lékaře tak získali stejným způsobem i v roce 2006 (Khan, 2006, s. 35 - 36).

Jak bylo zmíněno výše, trh práce poskytuje ve zdravotnictví jen velmi omezené možnosti. U zdravotních sester je situace lepší, nikoliv však příznivá. V tomto

oboru platí dvakrát, že lidé jsou to nejcennější, čím organizace disponuje. Absolventi škol pak zdravotnickým institucím, jež potřebují řešit akutní potřebu nedostatku pracovníků, nezajišťují pokrytí personálních mezer v organizaci, neboť pouhé absolvování školy nezajišťuje dostatečnou kvalifikaci. Absolventy je tak třeba přijímat a pracovat s nimi v souladu s dlouhodobějším plánem lidských zdrojů v organizaci. Z vnějších zdrojů tak nejčastějším bude případ získání pracovníka jiné organizace, a to na základě osobního kontaktu, případně inzerátu, nejčastěji v odborném časopise. Dalšími metodami, jak získat pracovníky z externích zdrojů, mohou být kontakty s profesními organizacemi, pracovními agenturami, případně metody využívající internetu. Často jsou pracovníci získáváni na základě osobních neformálních kontaktů a doporučení, popřípadě formou přímého oslovení.

Do vnitřních zdrojů se obvykle řadí pracovní síly uspořené v důsledku technického rozvoje, pracovní síly uvolněné v důsledku ukončení nějaké činnosti, pracovníci, kteří dozráli k tomu, aby mohli vykonávat náročnější práci, než jakou vykonávají na současném pracovním místě, či pracovníci, kteří jsou sice účelně využiti na současném pracovním místě, mají však z nějakých důvodů zájem přejít na uvolněné či nově vytvořené pracovní místo v jiné části organizace (Koubek, 2001, s. 120). Vzhledem k poměrně velké stabilitě v rozsahu poskytovaných služeb, která ve zdravotnictví existuje, je možnost získání pracovníků z rušených provozů spíše vzácností, rozhodně pak bude opět omezena kvalifikací jednotlivých pracovníků. Jiná situace bude u pracovníků, jež si organizace sama vychovává. To je

zcela běžná, ba dokonce nutná cesta, jak přivést absolventy k výkonu zdravotnické profese. Není však vhodná pro všechna zdravotnická zařízení. Navíc je finančně náročná a tato investice může přijít s odchodem pracovníka buď úplně, v případě smluvně ošetřené úhrady nákladů při odchodu pak částečně, vniveč. Zdravotnické zařízení musí absolventovi zajistit tzv. specializační praxi a školitele. Specializační průprava (1. stupně) pak trvá 2,5 - 3 roky, přičemž do jejího ukončení nemůže lékař pracovat samostatně. Technický rozvoj pak ve zdravotnictví doposud místo úspory pracovních míst naopak způsobuje jejich zmnožování.

Je-li z čeho vybírat, což zejména u menších zdravotnických zařízení mimo atraktivní lokality není běžným jevem, bude nás na uchazečích o volná místa primárně zajímat plnění zákonem stanovených požadavků na zdravotnické pracovníky, následně pak praxe, respektive pracovní zkušenosti, dovednosti a osobnostní charakteristiky. Vzhledem k převaze nabídky pracovních míst nad poptávkou po nich, která je pro zdravotnictví typická, se často výběr zúží na eliminaci nepřijatelných uchazečů. V kategorii řídicích pracovníků až do úrovně primářů oddělení je přijímání nových pracovníků prováděno většinou na základě konkursů či výběrových řízení. Za jednoznačně přínosné lze považovat opakování výběrových řízení v několikaletých intervalech, jako faktor zvyšující motivaci a zabraňující ustrnutí v osvědčených stereotypch (Houf, 1998, s. 14).

4.4 Zaměstnanecké vztahy

Vztahy v organizaci (Foot M., 2002, s. 147) mezi zaměstnanci a zaměstnavateli jsou řízeny složitou směsí individuálních a kolektivních smluv implicitního a explicitního vyjádření, práv a povinností zakotvených v legislativě a také ostatních vlivů jako je kultura nebo rovnováha sil. Právní rámec jim dává zákoník práce. Dále jsou práva a povinnosti upraveny ještě kolektivními smlouvami, která je zejména ve větších zdravotnických zařízeních pravidlem. V individuální rovině je pak uzavírána pracovní smlouva. V žádném případě ale nelze podceňovat vazby neformální, často důležitější, než ty předepsané.

Práce ve zdravotnictví je téměř výhradně prací s lidmi a pro lidi. Pacient je nejen zákazník, ale často také člověk trpící, člověk v psychické nepohodě. Zdravotní personál by toto vše měl brát v úvahu a chovat se podle toho. Výše uvedené je důležité proto, že vztahy na pracovišti a firemní kultura se promítají právě do chování k pacientům, a zde se jedná o velmi citlivou otázku zejména ve vypjatých situacích, k nimž ve zdravotnictví často dochází.

Firemní kultura představuje soustavu sdíleného přesvědčení, postojů, domněnek, norem a hodnot existujících v organizaci. Tato sice nebyla nikde výslovně zformulována, ale v podmínkách neexistence přímých instrukcí formuje způsob jednání a vzájemného působení lidí a výrazně ovlivňuje způsoby vykonávání práce (Armstrong, 199, s. 357).

V odborné literatuře můžeme nalézt řadu různých definic firemní kultury. Vesměs upřednostňují psychologický, resp. sociálně psychologický pohled na firemní kulturu. Podniková kultura je definována zejména jako označení určitých společných přístupů, hodnot, představ, norem, sdílených ve firmě. Dále tento pojem zahrnuje usměrňování postojů, jednání a chování pracovníků prostřednictvím určitých rituálů a symbolů (znaky, loga, oblečení). Podle těchto názorů jednotlivci, skupiny, ale i podnik rozvíjí vlastní, originální a nezaměnitelné představy, hodnotové systémy a vzory jednání, které se projevují ve shodném či alespoň obdobném jednání jednotlivců uvnitř podniku i směrem vůči jeho vnějšímu okolí. Určitý celek norem, hodnotových představ a myšlení charakterizují chování pracovníků na všech stupních a tím i „tvář“ podniku. Pro účely firemní praxe je za firemní kulturu považován systém kolektivně sdílených hodnot, norem chování a způsobů jednání všech pracovníků.

Z pohledu vedení zdravotnických zařízení je pak podstatné působit na tvorbu, popřípadě změnu firemní kultury tak, aby bylo pro pacienty zajištěno klidné prostředí vhodné k uzdravování.

4.5 Bezpečnost a ochrana zdraví

V průběhu technického rozvoje a s ním související změnou a diferenciací pracovních podmínek se ukázalo, že určité technické prostředky a pracovní podmínky mohou být příčinou nepřiměřené pracovní zátěže a za jistých okolností mohou významně ohrozit zdraví člověka.

Ke kumulativnímu poškozování zaměstnanců přispívá mimo jiné špatně navržené vybavení, rychlé pracovní tempo, malý počet přestávek na odpočinek, stres, opakované nevhodné pracovní návyky a úkony atp. (Machátová, 2005, s. 27).

Zaměstnavateli je uložena povinnost provádět opatření, jejichž cílem je odstranit příčiny ohrožení života a zdraví pracovníka a vytvořit bezpečné pracovní podmínky (Koubek, 2001, s. 331). Cílem těchto opatření je zabránit vzniku pracovních úrazů a nemocí z povolání. Přitom zaměstnanci mají na zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci zároveň nárok. Náklady na potřebná opatření nese zaměstnavatel. Tato obecná pravidla jsou obecná, závazná pro všechny zaměstnavatele.

Každý sektor má svá specifická rizika vzniku situací, jež vedou k ohrožení zdraví a života. V oblasti zdravotnictví můžeme z nejčastějších jmenovat pád při překládání pacienta, pád na pokoji, náraz manipulačního vozíku na nohu při překládání pacienta, náraz infúzní láhve, náraz vozíku, náraz padajícího materiálu, říznutí čepelkou, poranění páteře při překládání pacienta, poranění v lýtku, koleně při překládání pacienta, zranění pacientem či pád na podlaze operačního sálu (Kopečný P., 2000, s. 1). Přehled

byl zpracován na základě 1852 pracovních úrazů a nemocí z povolání v letech 1998 a 1999 a celkem obsahuje 315 úrazů a nemocí.

Jak bylo výše uvedeno, zaměstnavatelé by měli riziko vzniku nežádoucích situací pokud možno eliminovat. Následující výčet představuje některé předpoklady pro minimalizaci vzniku kritických situací a eliminaci těchto rizik:

- snížení zátěže technickými úpravami pracovních prostředků, pracovišť a pracovních metod,
- ergonomická úprava pracovního místa,
- kvalitní organizace práce - střídání různých činností, rotace pracovníků,
- vhodný režim práce a odpočinku, přestávky k zamezení růstu únavy a poklesu pracovní výkonnosti,
- omezení přesčasů a dlouhých směn,
- zvýšení počtu pracovníků, není-li možné nadměrné zátěži zabránit,
- výběr pracovníků na exponovaná pracovní místa podle psychologických kritérií,
- zvýšená lékařská péče o pracující, systém periodických preventivních prohlídek,
- dostatečný zácvik u nových pracovníků nebo u nových úkolů,
- vzájemné poskytování informací mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem,
- v monotónním prostředí a vynuceném tempu jsou nutné přestávky 5 až 10 minut každé dvě hodiny, střídání zaměstnanců nebo činností,

- u senzorické zátěže zajistit optimální osvětlení, hlučnost, rychlost pohybu předmětů apod. (Machátová, 2005, s. 29).

Na tomto místě je také vhodné zdůraznit, že ochrana zdraví pracovníků a zohledňování bezpečnosti práce není jen v zájmu zaměstnavatelů. Pracovní síla, její získání a výchova je záležitost nákladná. Tyto náklady přirozeně rostou s nutností vyšší kvalifikace, která je pro zdravotnictví typická. Každá ztráta pracovní síly tedy představuje i tyto nežádoucí náklady, a proto dodržování povinností vyplývajících ze zákonů tak představuje výhodu i pro zaměstnavatele.

4.6 Motivace a výkon pracovníků

Vysoký nebo alespoň dostatečný výkon pracovníků je v zájmu každé organizace, kterou proto zajímá, jakým způsobem tohoto výkonu dosáhnout, jak jej udržet a jak své zaměstnance k výkonu motivovat.

Teorie motivace zkoumá proces motivování (Armstrong M., 2002, s. 159). Vysvětluje, proč se lidé při práci určitým způsobem chovají, proč vyvíjejí určité úsilí v konkrétním směru. Rovněž popisuje to, co mohou organizace udělat pro povzbuzení lidí, aby uplatnili své schopnosti a vyvinuli úsilí způsobem, který podpoří splnění cílů organizace i uspokojení jejich vlastních potřeb.

Jak Armstrong dále píše (Armstrong M., 2002, s. 168), výzkum neukázal žádnou výrazně pozitivní vazbu mezi spokojeností a výkonem. Zdá se tedy, že je nutné používat nástroje motivace ex post, tedy jako odměnu za výkon. Odměna v jakékoliv formě by měla být zaměstnancem chápána jako součást jeho vykonané práce.

Lze zvolit různé druhy motivační strategie s ohledem na potřeby. Ty se individuálně liší, a proto faktory, které určují výběr konkrétní motivační strategie, jsou taktéž různé. Společné je jim to, že jde o záměr dospět k jedinému cíli, jímž je vysoká výkonnost zaměstnanců.

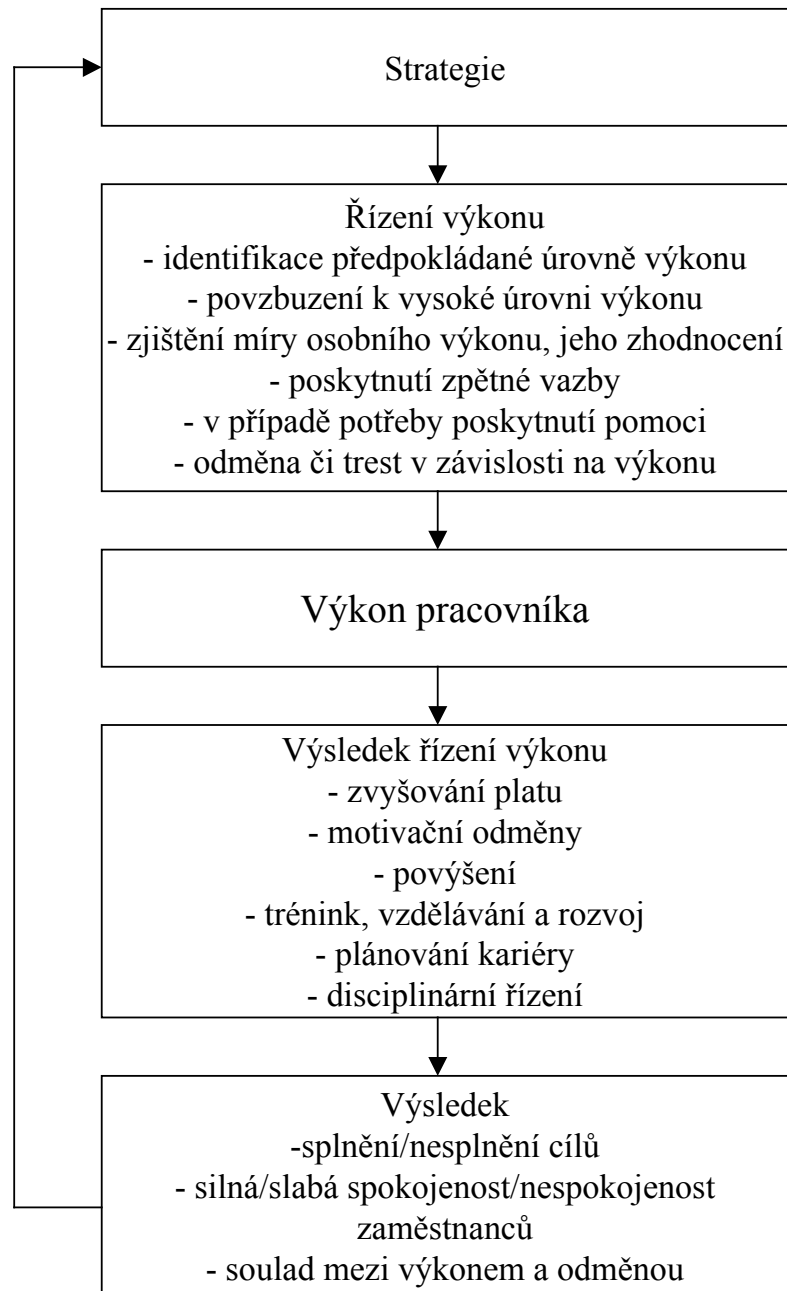
Lidé jsou s větší pravděpodobností motivováni v prostředí, ve kterém jsou uznáváni za to, co jsou a co dělají. To znamená nutnost věnovat pozornost základní potřebě uznání. Dále by měla být uznávána potřeba práce, která lidem poskytuje prostředky k dosažení jejich cílů,

rozumný stupeň autonomie a prostor pro využívání jejich dovedností a schopností.

Při pohledu na zdravotnictví je to ideální prostor pro realizaci zaměřenou různými směry i různé typy práce s různou intenzitou. Lékař se svou specializací rozhoduje pro odbornost, která ho zajímá, má možnost v rámci své specializace pracovat na různých typech pracovišť a v neposlední řadě se věnovat vědecké činnosti. Podobně pak u zdravotních sester se nabízí uplatnění na řadě pracovišť s často dosti odlišným charakterem a různým stupněm odměňování. Dalším faktorem je potřeba příležitostí k růstu prostřednictvím rozvoje schopností a kariéry, což je do jisté míry ve zdravotnictví povinnost. Účinek jakýchkoliv pokusů přímo nebo nepřímo motivovat lidi ovlivňuje kultura organizace v podobě jejích hodnot a norem a z ní vycházející způsob vedení lidí, který udává směr, povzbuzuje a stimuluje k dosahování cílů a poskytuje podporu pracovníkům v jejich úsilí splnit cíle a vůbec zlepšovat pracovní výkon. Ten je ve zdravotnictví poměrně obtížně měřitelný. Hodnocení a řízení výkonu (Foot, 2002, s. 232-233) se tradičně zabývá posuzováním výkonu jedince, poskytuje mu zpětnou vazbu o jeho výkonu a motivováním k usilovnější a efektivnější práci mu pomáhá se zlepšit. Řízení výkonu se nezabývá jen zlepšováním jedince, ale také zvyšováním výkonu celého týmu a organizace.

Z pohledu obvyklého cíle zdravotnické organizace (Flynn, 2007, s. 186) vedoucí pracovníci řídí své podřízené k poskytování péče a služeb, jež jsou pro pacienty nadmíru důležité. Výkon pracovníků pak musí být monitorován, aby bylo jisté, že svou práci odvedli ke spokojenosti pacienta a tedy i v souladu s cíli organizace. Možný způsob řízení

výkonu, jakožto živého spojení mezi organizační strategií a jejím výstupem, je znázorněn následujícím obrázkem.



Obr. 3 Proces řízení výkonu (Flynn, 2007, s. 186)

Základem řízení výkonu je tedy stanovení kritérií, jejich váhy a způsobu hodnocení. Zdravotnictví ve své složitosti bude vyžadovat řadu variant pro každou jednotlivou profesi a specializaci, nebo alespoň pro příbuzné skupiny. Nástroji řízení výkonu působíme na výkon pracovníka a jako výsledek tohoto působení pak přichází odměny, tresty, případně další kroky ve vztahu k pracovníkovi. Systém hodnocení výkonu je vhodné navázat na odměňování. Příklad hodnocení a odměňování dle výkonu, respektive výsledků je, uveden v následující kapitole.

4.7 Odměňování pracovníků

V moderním personálním řízení neznámá odměňování pouze mzdu nebo plat, popř. jiné formy peněžní odměny, které poskytuje organizace jako kompenzaci za vykonávanou práci (Koubek, 2001, s. 265). Moderní pojetí odměňování je širší. Zahrnuje v sobě také povýšení, formální uznání (pochvaly) a zaměstnanecké výhody. Nejběžnější formou odměňování, a platí to i ve zdravotnictví, zůstávají různé formy odměn peněžních.

4.7.1 Současný stav odměňování zdravotníků

Ve standardní firmě ve standardním odvětví národního hospodářství platí teze, že žádná organizace si nemůže dovolit zaměstnance přepřáct a to, jakou odměnu si organizace může dovolit zaplatit je tedy jeden z prvních faktorů ovlivňujících sumu, kterou organizace zaplatí (Foot, 2002, s. 272). Ve zdravotnictví je však situace odlišná. Základní principy fungování organizací jsou pokřiveny zejména politickými vlivy. Ty jednak ovlivňují výši plateb zdravotnickým zařízením ze systému veřejného zdravotního pojištění, čímž limitují jejich prostředky, kromě jiného i na odměňování, jednak jsou centrálně, s ohledem na „politickou kalkulaci“ a tlak příslušných odborů, určovány výše platů ve „státních“ organizacích. Ty ale ovlivňují i soukromou sféru, neboť nižší platy než u „konkurence“ by vedly ještě k větším problémům se spokojeností a udržením personálu.

Neustálé stížnosti zdravotníků na nízký nárůst jejich mezd jsou však dle mého názoru, který potvrzují i statistická data, neopodstatněné. Průměrná mzda ve zdravotnictví je vyšší, než průměr národního hospodářství, jak ukazují následující tabulky.

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Průměrná mzda	v NH v Kč	13 047	13 912	15 125	16 212	17 445	18 582	19 631
	ve zdravotnictví v Kč	12 409	12 880	14 913	17 018	18 444	18 911	19 761
Průměrná mzda ve zdravotnictví k NH v %		95,11	92,58	98,60	104,97	105,73	101,77	100,66

Tab. 7 Srovnání vývoje mezd ve zdravotnictví a národním hospodářství (nepodnikatelská sféra) (www.mzcr.cz, Pracovníci ve zdravotnictví ČR k 31.12.2005)

Kategorie	Průměrná mzda v Kč						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Lékaři	23 692	24 854	28 839	33 270	35 843	37 093	38 634
Farmaceuti	22 632	23 285	26 074	29 494	31 478	32 426	33 912
Zdr. sestry, por. asist.	x	x	x	x	x	17 926	18 755
OZPBD	x	x	x	x	x	19 243	20 311
ZPSZ	x	x	x	x	x	18 539	19 839
ZPOD	x	x	x	x	x	13 216	13 877
JOP	x	x	x	x	x	20 965	20 586
Pedagogičtí pracovníci	13 453	13 383	18 133	19 641	21 441	20 145	21 731
THP	13 004	13 470	14 877	16 465	17 468	17 922	18 713
Dělníci a provozní prac.	7 901	8 101	8 806	9 674	10 415	10 543	10 944
Celkový průměr	12 409	12 880	14 913	17 018	18 444	18 911	19 761
Index	100%	104%	120%	137%	149%	152%	159%

Tab. 8 Průměrné mzdy jednotlivých kategorií pracovníků ve zdravotnictví (nepodnikatelská sféra) (www.mzcr.cz, Pracovníci ve zdravotnictví ČR k 31.12.2005)

Zajímavá je i struktura výše uvedených mezd. Průměrné tarifní platy lékařů v nepodnikatelské sféře v roce 2005

činily 18 786 Kč a jejich podíl na celkové průměrné mzdě představoval pouze 48,6 %. Nenárokové složky platu (osobní příplatky a odměny) doplňují celkový příjem ve výši 7 297 Kč. Dalšími podstatnými složkami platu lékařů (17,3 % z celkové průměrné mzdy) jsou plat za práci přesčas a odměna za pracovní pohotovost, jež představují v měsíčním průměru 6 668 Kč. Počet hodin práce přesčas přitom na jednoho lékaře činil 222 hodin s hodinovým platem 222 Kč, počet hodin pracovní pohotovosti lékařů 422 hodin s odměnou 73 Kč za hodinu. Z celkového počtu hodin pracovní pohotovosti představuje 212 hodin pracovní pohotovost na pracovišti, tj. 50,2%. V této souvislosti je možné zmínit nový zákoník práce, jehož ustanovení, respektive problémy, které působí pracovníkům ve zdravotnictví, byly známy již před jeho účinností. Kompletní přehled mzdových složek jednotlivých profesí ve zdravotnictví ukazuje následující tabulka.

Složky mezd	Lékaři a zubní lékaři	Farmaceuti	Všeobecné sestry a porodní asistentky	Ostatní zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou způsobilostí (ostatní ZPBD)	Zdravotničtí pracovníci nelékaři s odbornou a specializovanou způsobilostí (ZPSZ)	Zdravotničtí pracovníci nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením (ZPOD)	Jiní odborní pracovníci (JOP) a dentisté
Mzda celkem	38 668	33 777	18 787	20 341	19 888	13 904	20 584
Platový tarif	18 872	17 781	11 980	12 537	13 875	8 830	13 604
Osobní příplatek	3 709	6 510	965	1 269	1 562	627	2 007
Odměny celkem	3 508	3 168	514	773	1 103	323	1 233
Práce přesčas	4 093	1 366	705	1 515	358	816	497
Pracovní pohotovost	2 610	388	170	614	115	159	217
Ostatní	5 876	4 564	4 453	3 633	2 875	3 149	3 026

Tab. 9 Struktura průměrné měsíční mzdy u odborných pracovníků ve zdravotnictví ČR v roce 2005 (odměňování)

podle zákona č. 143/1992 Sb.) (www.uzis.cz, Mzdy ve zdravotnictví v roce 2005, s. 3)

4.7.2 Odměňování zdravotníků podle výsledků

Logikou zdravého rozumu by každý měl dostat odměnu za svou práci dle výsledků, které odvede. Snadno takovým způsobem rozlišíme mzdu dělníků vyrábějících sériové výrobky či mzdu obchodníků dle jejich obratu. Ve zdravotnictví je situace složitá, viz také předchozí kapitola. Na výstup, službu, kterou zdravotník poskytuje, působí mnoho faktorů, ale ne všechny může ovlivnit. Navíc na léčbě se podílí mnoho jednotlivých zdravotníků současně a přístup ke zdraví je kromě ekonomické také kategorií lidského přístupu a morálky.

I přesto je možné nalézt v současnosti v blízkém zahraničí v oblasti zdravotní péče podobné modely, které by mohly být příkladem pro české organizace. Úrazová nemocnice v Berlíně v roce 2002 zavedla systém odměňování za pracovní výsledky a nahradila jím tarifní systém, rozšířený v České republice (Stulpe M., 2006, s. 32-33). Výkonnost pracovníků je sledována podle předem stanovených kritérií, rozdělených do tří skupin. První jsou kritéria obecná a stejná pro všechny pracovníky, jež se dále dělí do podskupin na kritéria osobního hodnocení:

- spolehlivost,
- komunikace s pacienty, rodinnými příslušníky a kolegy,
- flexibilita,

- stanovování priorit,
- zpracování dokumentace,

dále na výkonnostní kritéria:

- vlastní iniciativa,
- pracovní kapacita,
- efektivita (výkonnost) fyzické práce,
- úvazek

a kritéria spolupráce:

- týmová práce,
- motivační chování,
- vyrovnání se s kritikou,
- sdílení informací.

Druhou skupinou jsou kritéria pro vedoucí pracovníky, rozdělená tentokrát do skupin dvou. Jednak jsou to kritéria organizační a rozhodovací:

- plánování, koordinace,
- kontrola,
- rozhodovací schopnosti

a dále sociální dovednosti:

- interakce s kolegy,
- povinnost starat se o blaho personálu,
- dávání dobrého příkladu,
- rozvoj lidí.

Poslední skupinou kritérií jsou ta, která jsou specifická pro určitou profesi. Pro lékaře, psychology a logopedy je to kritérium správné diagnózy a terapie, pro ošetrovatelský personál jsou kritérii péče a poskytovaná podpora při diagnostice a terapii, pro podpůrná pracoviště jako RTG, EEG atd. je to podpora při diagnostice a terapii a pro farmaceuty a administrativní pracovníky jsou kritérii poskytnuté konzultace a podpora.

Kritéria i způsoby jejich vyhodnocování, vyhodnocovací procedura a vůbec celý systém je založen na spolupráci a souhlasu všech pracovníků. Ve spolupráci s nimi byla také provedena určitá standardizace výše uvedených kritérií a sestavení dotazníků pro jejich zjišťování. Na základě výsledků jsou pak pracovníci zařazováni do kategorií, na nichž je závislý jejich příjem. Hodnocení je prováděno přímým nadřizovaným (nebo nadřizovanými) jednak na základě dotazníků, jednak je využito pohovorů přímo s jednotlivými pracovníky, a to po prvních šesti měsících práce, pak po dalším roce a následně ve tříletých intervalech. Případné neshody či stížnosti jsou předávány k posouzení hodnotící komisi, která je jakýmsi odvolacím orgánem.

Spravedlivé odměňování by mělo být samozřejmostí. Nicméně nalezení optimálního modelu brání ve zdravotnictví některé faktory. Předně jde o složitý systém vztahů a výkonů, jež je obtížné přesně zhodnotit. Je to také administrativně velmi náročné, což celý systém hodnocení značně prodražuje a je pak otázkou, zda přínos bude odpovídat vynaloženým nákladům.

Dalším faktorem, který nahrává zachování současného nejrozšířenějšího způsobu odměňování v českých

zdravotnických zařízeních, je i přístup zdravotních pojišťoven k poskytované péči. Navenek starost o kvalitní péči je ve skutečnosti pouhým nástrojem k udržování vyrovnaného rozpočtu. Požadováno je pouhé administrativní sledování počtu úvazků na jednu stanici bez ohledu na produktivitu práce jednotlivých lékařů a zdravotních sester a penalizace za jejich podkročení byť jen o setinu procenta. Na druhé straně omezení horního limitu plateb za zdravotní péči znamená pro zdravotnické zařízení nutnost udržovat právě stanovený počet zdravotnických pracovníků bez ohledu na to, zda je to účelné, nutné či zda by jich nebylo potřeba více. Nastavení systému financování zdravotní péče tak nedává dostatečný impuls ke zvyšování výkonnosti a tedy ani k jejímu zohledňování při odměňování. V některých zařízeních pak z rozpočtových důvodů není pro zohledňování výkonnosti „finanční“ prostor.

4.8 Vzdelávání a rozvoj pracovníků

Rychlý rozvoj moderní společnosti, rozvoj vědy a techniky, vyvolávají potřebu celoživotního vzdělávání obyvatelstva v celosvětovém měřítku (Mužík, 1999, s. 38).

Rozvoj lidských zdrojů spočívá v poskytování příležitostí k učení, rozvoji a odbornému vzdělávání za účelem zlepšení výkonu jedince, týmu i organizace (Armstrong, 2002, s. 465). Rozvoj lidských zdrojů pak přispívá k úspěšnému dosahování cílů organizace.

Potřeba v oblasti kvalifikace a vzdělávání je jakákoliv disproporce mezi informacemi, vědomostmi, dovednostmi a návyky na straně pracovníka a tím, co vyžaduje na určité pracovní místo či činnost firmy (Mužík, 1999, s. 85). Vzhledem k rychlosti vývoje poznatků ve zdravotnictví představuje vzdělávání pravděpodobně nejdůležitější část péče a práce s lidskými zdroji. Vzdělávání je v tomto oboru nutností a zároveň předpisy stanovenou povinností. Zároveň je ale potřeba dbát na určitou přiměřenost vzdělávání, aby uspokojovalo právě zjištěné a odpovídající potřeby vzdělávání a neprobíhalo jen jako jakési „vzdělávání pro vzdělávání“ (Armstrong, 2002, s. 493).

Specifikem zdravotnictví je dále to, že pro organizace je významné a zajímavé vzdělávání už od odborných škol, neboť žáci a studenti se účastí na praxi jednak podílejí na pracovní činnosti, jednak jsou možnou budoucí pracovní silou.

4.8.1 Vzdělávání lékařů

Potřeba celoživotního vzdělávání lékařů se vyvíjela ruku v ruce s pokrokem v přírodních vědách, zejména pak v medicíně (Bognárová, 2002, str. 1-2). Postupem času vyšlo najevo, že výkon lékařské praxe je nemožný pouze s výbavou znalostí a dovedností nabytých na lékařské fakultě, byť úspěšně zakončené. Postupně se začalo vzdělávání lékařů specializovat do různých oborů v souvislosti s růstem nových poznatků a bylo též více a více zřejmé, že pro lékaře bude nezbytné v průběhu výkonu praxe tyto poznatky doplňovat.

Tato potřeba vedla v průběhu vývoje k vytvoření systému, který zajistí saturaci potřeb moderní lékařské praxe v oblasti doplňování a rozšiřování znalostí a dovedností lékařů. Jako proces celoživotního vzdělávání bylo vzdělávání lékařské formulováno již na počátku 20. století a v jeho druhé polovině můžeme jeho význam považovat za klíčový.

Vzdělávání jako celoživotní proces je součástí neustálého osobnostního, sociálního i profesionálního rozvoje. O jednotlivých částech pojednávají následující kapitoly.

4.8.1.1 Pregraduální vzdělávání lékařů

Pregraduální vzdělávání je první fází vzdělávání lékařů, jejímž cílem je získání základních poznatků a dovedností z daného oboru, nezbytných pro výkon určité profese (Bognárová, 2002, str. 2).

V případě lékařů, farmaceutů a jiných profesí vyžadujících vysokoškolský diplom zajišťují vzdělávání lékařské a farmaceutické fakulty a jiné vysoké školy. Tato forma vzdělávání je historicky nejstarší a až do poloviny 20. století byla v podstatě jedinou možností institucionálního vzdělávání zdravotnických pracovníků. V této době došlo také k velkému rozmachu tohoto druhu vzdělávání. Rostl počet škol, lékařských fakult a také počty absolventů a tedy i praktikujících lékařů. Tento vývoj je pochopitelný a odpovídá jednak vědeckému pokroku, jednak společenským a individuálním nárokům na zdravotní péči.

Měnící se potřeby zdravotní péče vedou postupně k provádění zásadních změn v této oblasti, např. k požadavkům na obsahové změny kurikula přizpůsobeném relevantním potřebám zdravotnictví (především primární péče), na metodiku výuky a hodnocení využívající nové metody a moderní technologie.

4.8.1.2 Postgraduální vzdělávání lékařů

Výše zmíněný pokrok v lékařské vědě, zvětšující se rozsah informací, vede k nemožnosti obsáhnout veškeré poznání. Cestou eliminace tohoto problému je specializace, jev provázející v průběhu historie nejen oblast medicíny. Cílem specializačního vzdělávání je získání potřebné kvalifikace v konkrétním oboru či oblasti a získání diplomu o specializaci (Bognárová, 2002, s. 2-3).

První snahy o vytvoření systémů specializačního vzdělávání se však realizovaly pomalu a postupně. Až v polovině 20. století lze hovořit o vytvořené struktuře a

organizaci specializačního vzdělávání. Tyto systémy se v jednotlivých zemích liší jak institucionálně, tak i organizací, hodnocením a financováním. V současné době dochází k jejich zásadním reformám, Česká republika je v tomto ohledu názorným příkladem.

Významnou roli zde sehrávají orgány Evropské unie, jež se prostřednictvím svých výborů pro harmonizaci pokouší co možná nejvíce přiblížit zcela odlišné národní systémy postgraduálního vzdělávání tak, aby bylo dosaženo kompatibility a vzájemného uznávání dosaženého vzdělání i udělených diplomů a aby byla umožněna mobilita zdravotnických pracovníků mezi členskými zeměmi EU. Jinak zůstává oblast zdravotnictví v kompetenci členských států a integrace jednotlivých zdravotnických systémů není na pořadu dne.

4.8.1.3 Odborné a specializační vzdělávání lékařů

Podle Zákona č. 95/2004 Sb. získává lékař Odbornou způsobilost k výkonu povolání absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, jež obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu „všeobecné lékařství“. Poté je oprávněn k provádění vymezených činností pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí.

Specializovanou způsobilost získává lékař absolvováním a úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou a vydáním diplomu o specializaci Ministerstvem zdravotnictví, což je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře.

Specializační vzdělávání se uskutečňuje formou celodenní průpravy v rozsahu odpovídajícím stanovené týdenní pracovní době dle § 83a zákoníku práce nebo externí průpravy zkrácené nejvýše na polovinu stanovené doby s tím, že se celková doba průpravy adekvátně prodlužuje. Uskutečňuje se při výkonu lékařského povolání podle vzdělávacích programů jednotlivých specializačních oborů a může být přerušeno z důvodů pracovní neschopnosti, mateřské a rodičovské dovolené, vojenské činné služby, nebo vědecké činnosti, avšak nesmí být tímto přerušením zkráceno. Účast na specializačním vzdělávání podle tohoto zákona se považuje za zvyšování kvalifikace podle § 142b a 143 zákoníku práce.

Do specializačního oboru je uchazeč zařazován na vlastní žádost Ministerstvem zdravotnictví. Součástí žádosti jsou úředně ověřené kopie dokladů o získané odborné způsobilosti, případně specializované způsobilosti a průkaz odbornosti, pokud byl již dříve vydán. Cizí státní příslušníci přikládají rozhodnutí ministerstva o uznání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání na území České republiky. Ministerstvo zařadí uchazeče do oboru, vydá vzdělávací program příslušného oboru a průkaz odbornosti, nebyl-li vydán již dříve.

Vzdělávací program stanoví celkovou dobu specializačního vzdělávání, rozsah a obsah přípravy, délku povinné a doplňkové praxe, typ pracoviště, na němž má praxe probíhat, minimální délku praxe absolvovanou na pracovišti akreditovaného zařízení, požadavky na teoretické znalosti a praktické dovednosti, předpoklady ke složení atestační zkoušky atd.

Každému lékaři, který je zařazen do specializačního vzdělávání, přidělí akreditované pracoviště školitele se specializovanou způsobilostí v oboru. Školitel dohlíží na odbornou stránku výkonu zdravotnického povolání, průběžně hodnotí teoretické znalosti a praktické dovednosti uchazeče.

Do specializačního vzdělávání lze započítat část doby studia v doktorském studijním programu, pokud trvá minimálně polovinu stanovené týdenní pracovní doby a obsahem a rozsahem odpovídá příslušnému vzdělávacímu programu; dále odbornou praxi absolvovanou v cizině nebo v jiném oboru specializace, pokud praxe odpovídá obsahem příslušnému vzdělávacímu programu. O uznání této praxe rozhoduje ministerstvo na základě posouzení žádosti doplněné doklady potvrzujícími absolvovanou praxi.

Atestační zkouška se koná v závěru specializačního vzdělávání po splnění všech požadavků stanovených vzdělávacím programem. Zkouška se koná podle zkušebního řádu před zkušební komisí jmenovanou ministerstvem. V případě neúspěchu může být opakována nejvýše dvakrát a s odstupem minimálně 1 roku. Po úspěšném vykonání zkoušky vydá ministerstvo diplom o specializaci.

Minimální délka specializačního vzdělávání lékařů je stanovena na 4 roky, další podmínky a požadavky jsou stanovovány v jednotlivých vzdělávacích programech. Zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, se ruší dosavadní systém specializací I. a II. stupně.

V současné době je stanoven celkový počet specializačních oborů na 83. Existuje 68 stávajících oborů (u některých došlo ke změně názvu - př. pediatrie na dětské lékařství), z nich většina má vzdělávací programy kompatibilní se zeměmi EU a specializace v těchto oborech může být automaticky uznávána, 15 oborů je zavedeno nově (př. praktické lékařství pro děti a dorost, rodinné lékařství).

4.8.1.4 Uznávání kvalifikací lékařů ze zemí EU

V souvislosti se vstupem České republiky do Evropské unie bylo nutné přizpůsobit uznávání kvalifikací lékařů podmínkám Unie a naopak. Z tohoto důvodu byla na Ministerstvu zdravotnictví ČR zřízena tzv. „Uznávací jednotka MZ“, která vznikla začátkem března 2005 jako součást Institutu postgraduálního vzdělávání (IPVZ). Zabývá se uznáváním kvalifikací lékařů, zubních lékařů, farmaceutů, kteří mají státní příslušnost členských zemí EU.

Toto uznávání se řídí sektorovými směrnici Evropské unie (lékaři - 93/16/EHS, zubní lékaři 78/686/EHS a 78/687/EHS, farmaceuti 85/432/EHS a 85/433/EHS) a Zákonem č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Je důležité, aby předpisy členské země, tedy České republiky, nekladly překážky volnému pohybu pracovních sil, v našem případě lékařů a jiných zdravotnických pracovníků. Jde zejména o formální legislativní bariéry, například požadavky na vzdělání.

Jednoduše řečeno, lékař, který může v jedné zemi samostatně vykonávat svou profesi, by měl mít možnost ji vykonávat v kterékoliv členské zemi Unie.

4.8.1.5 Kontinuální vzdělávání lékařů

Poslední, avšak neméně důležitou fází vzdělávání lékařů je vzdělávání kontinuální (Bognárová, 2002, str. 3-4). Kontinuální vzdělávání je ve zdravotnické praxi zavedeným pojmem, který definuje nutnost odborného celoživotního vzdělávání, jehož cílem je neustálá inovace poznatků, permanentní udržování dosažené klinické kompetence v souladu s aktuálním rozvojem vědy a potřebami zdravotní péče. Kontinuální vzdělávání je nejdelší fází lékařského vzdělávání, jímž by měl procházet průběžně každý zdravotnický pracovník během celé doby výkonu povolání. Tato fáze vzdělávání je považována také za nejdůležitější vzhledem k tomu, že pouze touto formou je možné oslovit i ty zdravotnické pracovníky, kteří si od dob získání specializace své vzdělání neobnovili.

Díky kvalitnímu, systematickému a pravidelnému kontinuálnímu vzdělávání je možné zvyšovat odbornou kompetenci lékařů a dalších zdravotníků, ale také ovlivňovat úroveň poskytované péče. Proto je v posledních letech na toto vzdělávání kladen důraz a zodpovědné národní orgány na celém světě se pokoušejí vytvořit účinný systém pravidelného vzdělávání, zejména lékařů, založený na zodpovědném přístupu každého jednotlivce, organizace, státu, jímž by bylo garantováno poskytování zdravotní péče v souladu s rozvojem vědy a potřebami a možnostmi zdravotnictví.

Řadou studií byl prokázán vzájemný vztah mezi úrovní vzdělávání, odbornou kvalifikací či kompetencí zdravotnických pracovníků a kvalitou zdravotní péče. Vzdělávání se může stát prostředkem, jenž významně ovlivní kvalifikaci, chování a postoje zdravotníků, zejména však kvalitu poskytované péče. Proto se všem zdravotnickým systémům vyplácí investovat nemalé prostředky na vzdělávání vlastního personálu.

Celoživotní vzdělávání pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty je průběžné obnovování vědomostí, dovedností a způsobilosti odpovídající získané odbornosti v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti vykonávající zdravotnické povolání se celoživotně vzdělávají.

Formy celoživotního vzdělávání pro lékaře, zubní lékaře a farmaceuty jsou zejména:

- samostatné studium odborné literatury,
- účast na školicí akcích, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech v České republice a v zahraničí,
- absolvování klinické stáže v akreditovaném zařízení v České republice nebo v obdobných zařízeních v zahraničí,
- účast na odborně vědeckých aktivitách,
- publikační a pedagogická činnost,
- vědecko-výzkumná činnost (§22 odst. 3. Zákona č. 95/2004 Sb.).

Nutnost celoživotního vzdělávání vychází zejména z potřeby doplňovat mezery v poznatcích vzniklé především díky až neuvěřitelně rychlému vědeckému pokroku, který způsobuje, že po několika málo letech je velká část poznatků v některých oborech zastaralá, a též vyplývá z úbytku poznatků získaných během celoživotního studia, jež se ztrácejí zapomináním.

Rozvoj věd nezbytně vede i ke změně přístupu k získávání nových informací a motivaci ke vzdělávání vůbec. Motivace je jednou z hlavních podmínek úspěšnosti celoživotního vzdělávání, bez níž žádné vzdělávání dospělých nemůže být efektivní. Nezbytnou podmínkou uplatnění a dnes již povinností každého lékaře je flexibilita a ochota neustále rozšiřovat a prohlubovat odborné znalosti, schopnost využívat a přizpůsobovat se novým podnětům a efektivním způsobům osvojování nejnovějších poznatků. Pro výkon některých pozic v lékařských praxích, jako je vedoucí lékař a primář zdravotnického zařízení, lektor lékařské praxe a školitel pro lékařský výkon, je podmínkou k vydání licence účast v celoživotním vzdělávání lékařů doložená Diplomem celoživotního vzdělávání lékaře, jež vydává Česká lékařská komora.

4.8.2 **Vzdělávání zdravotních sester**

Vzdělávání zdravotních sester se do popředí zájmu dostává až v posledních letech. Oproti důkladně propracovanému systému vzdělávání lékařů, který prakticky funguje již léta, je zavádění systému vzdělávání zdravotních sester na počátku. Zrovnoprávnění postavení obou uvedených profesních skupin v oblasti vzdělávání mělo zajistit přijetí Zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), jakési obdoby Zákona č. 95/2004 Sb. Pro vzdělávání sester představuje tento zákon opravdovou revoluci.

Zákon upravuje:

- podmínky získávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče,
- celoživotní vzdělávání zdravotnických pracovníků a vzdělávání jiných odborných pracovníků,
- podmínky uznávání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání pro státní příslušníky členských států Evropské unie, kteří získali odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v jiném členském státě než v České republice, a podmínky uznávání způsobilosti k

výkonu zdravotnického povolání a činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče pro státní příslušníky mimo členské státy Evropské unie a pro absolventy akreditovaných zdravotnických studijních programů v České republice v jiném jazyce než českém.

4.8.2.1 Pregraduální vzdělávání zdravotních sester

Odborná způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry lze získat absolvováním:

- nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester,
- nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách,
- vysokoškolského studia ve studijních programech a studijních oborech psychologie - péče o nemocné, pedagogika - ošetřovatelství, pedagogika - péče o nemocné, péče o nemocné nebo učitelství odborných předmětů pro střední zdravotnické školy, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v akademickém roce 2003/2004,
- tříletého studia v oboru diplomovaná dětská sestra nebo diplomovaná sestra pro psychiatrii na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,

- studijního oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004,
- studijního oboru zdravotní sestra, dětská sestra, sestra pro psychiatrii, sestra pro intenzivní péči, ženská sestra nebo porodní asistentka na střední zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1996/1997, nebo
- tříletého studia v oboru diplomovaná porodní asistentka na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004.

Všeobecná sestra, která získala odbornou způsobilost podle odstavce 1 písm. e) až g) Zákona č. 96/2004 Sb., může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné sestry. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem. Povinnost podle první věty se nevztahuje na všeobecné sestry, které po získané odborné způsobilosti absolvovaly vysokoškolské studium ošetrovatelského zaměření.

Podmínkou k výkonu povolání bez odborného dohledu je také registrace nelékařského zdravotnického pracovníka. Registrace sama o sobě povinná není. Registr nelékařských zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (dále jen "registr") obsahuje tyto údaje o osobách, jimž bylo uděleno osvědčení: číslo, pod kterým bylo vydáno osvědčení, jméno a příjmení, datum narození, rodné číslo, pokud je přiděleno,

adresu trvalého pobytu, a není-li trvalý pobyt na území České republiky, adresu určenou pro doručování, adresu zaměstnavatele a pracovní zařazení nebo adresu nestátního zdravotnického zařízení, v němž je povolání vykonáváno, údaje o dosaženém vzdělání, včetně celoživotního, rok jeho absolvování a země, ve které bylo absolvováno.

Za výkon povolání všeobecné sestry se považuje poskytování ošetrovatelské péče. Dále se všeobecná sestra ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči.

Získal-li způsobilost k výkonu všeobecné sestry muž, je oprávněn používat označení odbornosti všeobecný ošetrovatel.

4.8.2.2 Celoživotní vzdělávání zdravotních sester

Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. Je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. Mezi formy celoživotního vzdělávání patří:

- specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka,
- certifikované kurzy,
- inovační kurzy,

- odborné stáže v akreditovaných zařízeních,
- účast na školicích akcích, odborných konferencích, kongresech nebo sympoziích,
- publikační, pedagogická a vědecko-výzkumná činnost, kromě činnosti, která je předmětem výkonu povolání na základě pracovního poměru nebo obdobného pracovního vztahu,
- samostatné studium odborné literatury (§ 54, odst. 1 Zákona č. 96/2004 Sb.)

Za celoživotní vzdělávání se pro účely zákona č.96/2004 Sb. považuje také studium navazujících vysokoškolských studijních programů. Navazujícím vysokoškolským studijním programem se rozumí akreditovaný doktorský studijní obor, magisterský studijní obor nebo akreditovaný bakalářský studijní obor, u nichž je podmínkou předchozí absolvování akreditovaného zdravotnického studijního oboru nebo oboru střední zdravotnické školy poskytujícího odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.

Celoživotní vzdělávání podle výše uvedeného uskutečňují buď akreditovaná zařízení nebo je mohou zabezpečovat zdravotnická zařízení nebo jiné fyzické nebo právnické osoby včetně právnických osob v působnosti jiných resortů než Ministerstva zdravotnictví, v závislosti na formě.

Plnění povinnosti celoživotního vzdělávání funguje jako kreditní systém. Kreditem se rozumí bodové ohodnocení jednotlivých forem celoživotního vzdělávání. Na základě kreditního systému se prokazuje plnění povinnosti celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických

pracovníků. Prováděcí právní předpis k Zákonu stanovuje počet kreditů pro různé formy vzdělávání.

Získání stanoveného počtu kreditů je podmínkou jednak pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu podle hlavy VI. uvedeného zákona, jednak pro přihlášení se k atestační zkoušce.

Přestože je zákon č. 96/2004 Sb. v platnosti již druhý rok, praxe ukazuje, že uvádění zákona v život si bude vyžadovat zvýšenou kontrolu ze strany orgánů, jež provádějí dohled nad „čistotou“ personálního složení zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní služby. To proto, že se mezi zdravotními sestrami, zejména staršími, projevuje značná nechuť k účasti na akcích, které jsou dle uvedeného zákona povinné. Ovšem přispívá k tomu i nedostatek zmíněných akcí a co je alarmující, nedostatek míst pro zvýšení kvalifikace na vysokých a odborných školách, o něž mají zájem zejména mladší zdravotní sestry.

4.8.3 Výhrady k novému systému vzdělávání

Velké fakultní nemocnice mají přístup k zabezpečení vzdělávání a rozvoje pracovníků mnohem lepší, než malá zdravotnická zařízení. Jsou často přímo určeny jako školicí a vzdělávací zařízení pro zdravotnický personál. Nejenže mají blíže k zabezpečování a organizování vzdělávání pro své vlastní zaměstnance, ale při zajišťování vzdělávání pro okolní zdravotnická zařízení mají možnost, a často ji i využívají, typovat pro vlastní pracoviště vhodné pracovníky, kteří se vzdělávacích akcí účastní a které jednoduše přesvědčí, aby z menšího zařízení přešli do

„prestižnějšího“. Proti tomu se lze částečně bránit formou podpisu závazku uvedeného v pracovní smlouvě o setrvání zaměstnance v pracovním poměru stávajícího zaměstnavatele po dohodnutou dobu. V případě porušení smluvního ujednání lze pak uplatnit dohodnuté sankce, jež však obvykle ztrátu kvalitního zaměstnance nemohou nahradit. Finanční možnosti fakultních nemocnic jsou vzhledem k nerovnému systému úhrad za zdravotní péči určující a zvýhodňující v získávání i rozvoji zdravotnického personálu. Současný systém vzdělávání navíc běžným nemocnicím znemožňuje vzdělávat své lékaře ve vlastní režii.

Dalším problémem nebo výhradou je pojetí nového systému jen jako „honbou za kredity“. Stává se, že si některé sestry vybírají kurzy pouze podle toho, kolik za ně dostanou kreditů (Ondřichová, 2006, s. 16). Také odborná úroveň často neodpovídá jejich bodovému ohodnocení. Pro sestry z ambulantních praxí mimo velké nemocnice je pak problematickým prvkem čas. Vzdělání si musejí doplňovat jednak z vlastních prostředků, jednak ve svém volném čase. V tomto ohledu by mohly pomoci e-learningové kurzy, pokud by byly ohodnoceny přiměřeným počtem kreditních bodů. E-learning navíc zaručuje skutečné vzdělávání. Student totiž nezíská potvrzení, pokud své znalosti neprokáže v testu. Na rozdíl od některých velkých konferencí se tak studia aktivně účastní. Výhodou je také neomezená dostupnost kurzů. Odpadají dlouhé cesty, náklady na cestování, ubytování či stravování (www.zdn.cz, 2007).

V neposlední řadě patří mezi výtky přílišná teoretičnost kurzů. Řada vzdělávacích akcí se věnuje tématům, jejichž využitelnost v praxi je přinejmenším pochybná.

5 Závěr

Zdravotnictví je asi v každé společnosti „západního typu“ oblastí citlivou. Nikde také tento systém nefunguje uspokojivě. Prošli jsme si vývojem, který v se kontextu Evropských vlivů vtiskl do podoby současného zdravotnictví. Zanechal v sobě jak pozitivní tradice, například v oblasti vzdělávání či systémové myšlenky financování, tak některá negativa zapříčiněná nezdravým vývojem v 2. polovině 20. století v celé české společnosti.

Ať už však bude v České republice fungovat jakkoli, ať budeme zdraví považovat za zboží nebo za „vyšší morální kategorii“, budou ve zdravotnictví pracovat vždy stejní lidé. Na systému zdravotní péče závisí pouze jejich množství a profesní struktura. V současnosti není závazně předepsáno, kolik má které oddělení využívat personálu, nicméně toto vakuum je nahrazeno obecnou akceptací jistou dobu platné, ač vadné právní normy (Seznam výkonů s bodovými hodnotami z roku 2002). Na jejím základě a na základě struktury poskytované péče pak zdravotnická zařízení plánují a přijímají personál.

Volných zdravotnických pracovníků na trhu práce v České republice ubývá. V posledních letech dokonce zejména u lékařů převažuje poptávka nad nabídkou. Příčinou je jednak odliv „hotových“ lidí do zahraničí a také nedostatečná produkce školských institucí. Využití vnitřních zdrojů při saturaci potřeb pracovních sil je rovněž problematické, protože zejména menší zdravotnická zařízení nemají z důvodu napjatých rozpočtů téměř žádné personální rezervy. Situace je částečně řešena importem

pracovníků, zejména ze Slovenské republiky. V dlouhodobějším horizontu však bude třeba přijmout systémovější řešení.

Práce ve zdravotnictví je náročná, zejména psychicky. Proto se nelze divit, že mnoho absolventů zdravotnických škol volí jinou kariéru, než oblast péče o nemocné. Proto je možné působit na přitažlivost prostředí formou vytváření dobrých vztahů na pracovišti či příjemným pracovním prostředím. Na prvním místě stojí pacient, ale spokojeného pacienta může úspěšně a kvalitně vyléčit jen spokojený personál, který podvědomě nepřenáší své problémy s kolegy do vztahu s nemocným.

Pracovní prostředí je nutné upravovat s ohledem na zajištění zdraví a bezpečnosti pracovníků. Zdravotnictví je oblastí se zvýšeným a specifickým rizikem. Úkolem organizací je tato rizika identifikovat a minimalizovat. Tradice evropské civilizace hledí na zdraví a život člověka jako na vyšší hodnotu, kterou je třeba chránit, z pragmatického pohledu organizace pak představuje ochranu nákladů a prostředků produkce. O to více ve zdravotnictví, kde, jak bylo zmíněno, není situace s pracovní silou uspokojivá.

V oblasti motivace a výkonu pracovníků ve zdravotnictví je situace složitá. Limitované zdroje zdravotního pojištění často neumožňují ani platovou, respektive mzdovou diferenciaci. Požadované personální vybavení na druhé straně někdy nutí zaměstnávat i nadbytečné pracovníky, což v konečném důsledku snižuje výkon a pracovní morálku. Přesto je třeba nevzdávat snahy o zvyšování nebo alespoň udržování výkonu pracovníků už proto, aby neklesala úroveň poskytované zdravotní péče. Možnosti

existují, vždyť jenom směrů, kterými se může zdravotník rozvíjet a uplatnit je celá řada.

Odměňování ve zdravotnictví je oproti jiným sektorům ekonomiky značně strnulé. Je to dáno opět značnou omezeností zdrojů a také převažující vlastnickou, respektive zřizovatelskou, strukturou. Převažují proto systémy založené na využívání platových tarifů a platových tříd, popřípadě navázání se na průměrné odměňování v systému. Naštěstí pro manažery ve zdravotnictví moderní pojetí odměňování ponechává neomezenou možnost využití nejlevnějšího odměňování formou uznání či pochvaly. Na odměňování podle výkonu každého jednotlivce, tedy dle mého názoru správný přístup, si budeme muset počkat minimálně do razantní změny systému financování a tedy i organizace zdravotní péče.

Jedinou oblastí, kterou v oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví lze označit za „výstavní“, je vzdělávání zdravotnických pracovníků. Příčinou tohoto optimistického tvrzení je několik. V první řadě nutnost se v oblasti s „explosivní“ vědeckou produkcí intenzivně vzdělávat. Dále u nás existuje dobrá tradice vzdělávání lékařů. V neposlední řadě je to pak propracovanost současného systému vzdělávání, jenž se nově rozšířil i na nelékařské zdravotnické pracovníky. Novost každého systému s sebou sice přináší problémy, nicméně po drobných úpravách jej bude dle mého názoru možné označit za optimální. Bude-li každé oblasti lidských zdrojů ve zdravotnictví věnována stejná pozornost, jako právě vzdělávání, bude tato oblast lidské činnosti příkladem všem ostatním.

6 Soupis bibliografických citací

Armstrong, M. Personální management. Praha: Grada Publishing, 1999, ISBN 80-7169-614-5.

Armstrong, M. Řízení lidských zdrojů. Praha: Grada Publishing, 2002, ISBN 80-247-0469-2.

Bognárová, V. Provoz zdravotnických zařízení. Praha: Verlag Dashofer, 2002, část 4, díl 6, kapitola 1.

Csölle, Z. Zaměstnanost ve zdravotnictví podle evidence úřadů práce v České republice ke dni 30. září 2006. vydáno 24.11.2006 www.mzcr.cz, datum přístupu 12.4.2007.

Flyn, W.J. Human resource management in healthcare. Mason: Thomson South-West, 2007, ISBN 0-324-31704-2.

Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, ISBN 80-7226-996-8.

Háva, P. Vývoj institucionálního rámce veřejného zdravotního pojištění v ČR v 90. letech. FSV UK, Praha 2001.

Houf, V. Řízení lidských zdrojů v prostředí malých a středních nemocnic. Jaroměř 1998.

Khan, Y. Recruiting doctors and nurses. E Hospital, 2006 volume 8, issue 5/2006, p. 35 - 36, ISSN=1374-321X.

Kopečný, P. Rizika možného ohrožení života a zdraví zaměstnanců ve zdravotnictví. osz.cmkos.cz, datum přístupu 27. května 2007.

Koubek, J. Řízení lidských zdrojů. Praha: Management Press, 2001, ISBN 80-7261-033-3.

Kuklík, R. Co trápí sestry ve zdravotnictví. Zdravotnické noviny, 2006, ročník 55, č. 43, s. 12 - 14.

Machátová, A. Řízení výroby. Liberec: Technická univerzita v Liberci, Fakulta textilní, 2005.

Matoušek, P. Problémy financování českého zdravotnictví. Pardubice: Univerzita Pardubice, Fakulta ekonomicko-správní, 2002.

Mika, F. Personalistika v malých a středních podnicích. Podnikatelské lobby, List Hospodářské komory České republiky, květen 2002, s. 22.

Mankiw, N. G. Zásady ekonomie. Praha: Grada, 2000, ISBN 80-7169-891-1.

Mužik, J. Profesní vzdělávání dospělých. Praha: CODEX, 1999, ISBN 80-85963-93-0.

OECD - studie. České zdravotnictví. financování a poskytování péče, Praha 1998.

Ondřichová L. Honba za kredity ničí systém vzdělávání. *Medical Tribune*, 2006, ročník 2, č. 11, s. 16.

Petrášová, L. Nejsou lékaři. Kdo bude léčit? *DNES*, 25. května 2007, s. A3.

Stulpe M. Payment by results. *E-Hospital*, 2006, volume 8, issue 6/2006, s. 32 - 33, ISSN=1374-321X.

www.mzcr.cz. Výsledky odměňování zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních nepodnikatelské sféry ČR za rok 2005. vydáno 10.3.2006, datum přístupu 13.4.2007.

www.uzis.cz. Mzdy ve zdravotnictví v roce 2005. vydáno 20.9.2006, datum přístupu 13.4.2007.

www.uzis.cz. Pracovníci ve zdravotnictví ČR k 31.12.2005. vydáno 20.9.2006, datum přístupu 15.4.2007.

www.uzis.cz. Zdravotnická ročenka ČR 2005. datum přístupu 29.12.2006.

www.who.org. The World Health Report 2006. datum přístupu 13.4.2007.

www.zdn.cz. E-learning: nový trend ve vzdělávání zdravotníků?. vydáno 15.2.2007, datum přístupu 16.2.2007.

7 Resumé

Tato diplomová práce se zaměřuje na lidské zdroje ve zdravotnictví v České republice. Nejprve je popsáno prostředí, jehož podoba práci s lidskými zdroji ovlivňuje. Následuje popis struktury zdravotnických povolání a dále charakteristika jednotlivých personálních činností se zaměřením na specifika zdravotnictví. Konkrétně je v jednotlivých kapitolách pojednáno o plánování lidských zdrojů ve zdravotnictví, získávání a výběru pracovníků, zaměstnaneckých vztazích, bezpečnosti a ochraně zdraví při práci ve zdravotnictví, motivaci a výkonu pracovníků, odměňování a vzdělávání a rozvoj pracovníků ve zdravotnictví.

8 Summary

Subject of this diploma work is focused on human resources in healthcare system in The Czech Republic. It includes description of system's background which influences healthcare human resource management. Then the framework of healthcare workforce is described. After that individual aspects in healthcare human resource management are dealt. Following chapters enlarge healthcare human resource planning, recruitment and selection, employee relations, safety and health security in healthcare, motivation and performance, compensation and education and development of healthcare labourforce.

Diplomové práce se půjčují
p o u z e p r e z e n ě n ě !

U Ž I V A T E L

potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto
diplomovou práci

Matoušek, P.: Lidské zdroje ve zdravotnictví v ČR

využije ve své práci, uvede ji v seznamu
literatury a bude ji řádně citovat jako jakýkoli
jiný pramen.

Jméno uživatele, bydliště	Katedra (pracoviště)	Název textu, v němž bude zapůjčená práce využita	Datum, podpis

