Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra andragogiky a personálního řízení

Andragogika

Disertační práce

Analýza systému personálního řízení
ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče
v České republice

Analysis of Personnel Management System
in Healthcare Facilities with After-care and Long-term Care
in the Czech Republic

Školitel – PhDr. Renata Kocianová, Ph.D.

2016 Pavel Matoušek

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsal samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. března 2016

……..
Pavel Matoušek

Klíčová slova

následná péče, dlouhodobá péče, ošetřovatelská péče, nemocnice následné péče, odborné léčebné ústavy, léčebny dlouhodobě nemocných, personální řízení, personální činnosti

Keywords

after-care, long-term care, nursing care, hospitals with chronic beds, specialized therapeutic institutes, institutes for long-term patients, personnel management, personnel activities

Abstrakt

Disertační práce se zabývá analýzou systému personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice se zaměřením na realizaci dílčích personálních činností. Pozornost je věnována charakteristice zdravotnických zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice, personálnímu zajištění péče i faktorům, které personální práci v těchto organizacích ovlivňují. Rozpracovány jsou dílčí personální činnosti ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice. Součástí práce je kvalitativní výzkumné šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice zřizovaných veřejnými i soukromými zřizovateli, která mají různou právní formu. Výzkumné šetření je zaměřeno na zjištění podoby personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice, sleduje personální řízení jako komplexní systém dílčích personálních činností.

Abstract

The dissertation analyzes the personnel management system in healthcare facilities with after-care and long-term care in the Czech Republic, focusing on the implementation of certain personnel activities. The main focus is on the characteristics of health facilities and the subsequent long-term care in the Czech Republic, staffing and elements that influence the work of personnel in such organizations. The individual personnel activities in healthcare facilities with after-care and long-term care in the Czech Republic are put into a structure. The thesis includes a qualitative research survey of the level of personnel management in healthcare facilities with after-care and long-term care in the Czech Republic established by both public and private sector, having different legal structures. The research survey focuses on learning about the form of personnel management in

healthcare facilities with after-care and long-term care in the Czech Republic, it tracks personnel management as a complex system of partial personnel activities.

Obsah

0 Úvod 8
1 Zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice 11
1.1 Charakteristika následné a dlouhodobé zdravotní péče v České republice 11
1.2 Personální zajištění následné a dlouhodobé zdravotní péče v České republice 20
2 Personální činnosti ve zdravotnických organizacích 34
2.1 Analýza pracovních míst ve zdravotnických organizacích 34
2.2 Personální plánování ve zdravotnických organizacích 36
2.3 Získávání a výběr pracovníků ve zdravotnických organizacích 41
2.4 Přijímání, adaptace a rozmísťování pracovníků ve zdravotnických organizacích 49
2.5 Hodnocení pracovníků ve zdravotnických organizacích 53
2.6 Odměňování pracovníků ve zdravotnických organizacích 57
2.7 Vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků ve zdravotnických organizacích 62
2.8 Pracovní podmínky a péče o pracovníky ve zdravotnických organizacích 66
2.9 Odbory a kolektivní vyjednávání ve zdravotnických organizacích 68
2.10 Uvolňování pracovníků ze zdravotnických organizací 70
3 Výzkumné šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice 73
3.1 Metodologické souvislosti výzkumného šetření 73
3.1.1 Cíl výzkumného šetření 73
3.1.2 Výzkumný vzorek 74
3.1.3 Metody výzkumného šetření 78
3.2 Výsledky výzkumného šetření 83
3.2.1 Souhrnná charakteristika zařízení zařazených do výzkumného šetření 86
3.2.2 Zajištění personální práce 88
3.2.3 Personální strategie, personální politika a personální plánování 90
3.2.4 Analýza pracovních míst 91

3.2.5 Získávání a výběr pracovníků 92
3.2.6 Přijímání a adaptace pracovníků 95
3.2.7 Hodnocení pracovníků 98
3.2.8 Odměňování pracovníků 100
3.2.9 Vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků 104
3.2.10 Pracovní podmínky 106
3.2.11 Odbory a kolektivní vyjednávání 107
3.2.12 Uvolňování pracovníků z organizace 108
3.2.13 Další doplňující personální informace 109
3.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření a diskuze 112
4 Závěr 127
5 Soupis bibliografických citací 133
6 Seznam grafů, obrázků a tabulek 153
7 Přílohy 155

0 Úvod

Předložená disertační práce je analýzou systému personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice. Zařízeními následné a dlouhodobé péče v České republice jsou zejména nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných a odborné léčebné ústavy, které poskytují převážně lůžkové zdravotní služby vymezené v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jedná se o postakutní péči, jejímž cílem je doléčení nebo zabránění zhoršování zdravotního stavu. Zatímco od akutní zdravotní péče je následná a dlouhodobá zdravotní péče zákonem oddělena, od dlouhodobé sociální péče její oddělení jednoznačné není. Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky o toto legislativní odlišení usiluje prozatím neúspěšně. Strukturu a minimální počty zdravotnických pracovníků zajištujících zdravotní péči v zařízeních následné a dlouhodobé péče stanovuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky vyhláškou č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, o struktuře a počtu nezdravotnických pracovníků si zařízení rozhodují sama. Ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče činí náklady na personál až 70 % celkových nákladů. Význam zaměstnanců a jejich řízení je pro zařízení následné a dlouhodobé péče zásadní.

Personální řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice v odborných zdrojích rozpracováno není, pozornost je věnována především odborné stránce poskytování péče. Odborná literatura se zaměřuje zejména na větší nemocnice, přičemž následná a dlouhodobá péče je pouze jednou z jejich mnoha činností. Personálnímu řízení je věnována určitá pozornost například v publikaci Ilony Plevové Management v ošetřovatelství nebo v knize Ivana Gladkije Management ve zdravotnictví. Zahraniční publikací k řízení lidských zdrojů v oblasti zdravotnictví je Healthcare Human Resource Management od Waltra J. Flynna a kol. Problém ve využívání zahraničních zdrojů činí odlišnost

systémů poskytování zdravotních a sociálních služeb. Hranice mezi zdravotní a sociální oblastí jsou nastaveny různě, v některých zemích náleží služby následné a dlouhodobé péče do zdravotní oblasti, v jiných zemích do sociální oblasti, což znemožňuje smysluplné mezinárodní srovnávání. Přesto se lze inspirovat zahraničními zdroji, například publikací Effective Management of Long-term Care Faciliteis Douglase A. Singha. Odbornými východisky práce k oblasti personálního řízení mi byly publikace Michaela Armstronga, Renaty Kocianové a Josefa Koubka. Vzhledem k velikosti většiny zařízení následné a dlouhodobé péče jsem využíval rovněž publikaci Josefa Koubka Personální práce v malých a středních firmách. V práci jsem využíval rovněž statistické údaje, zejména Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Data zdravotních pojišťoven, především Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, zveřejňovaná ve výročních zprávách a jejich přílohách, mohou být rovněž užitečná. Využití statistických dat však znesnadňuje skutečnost, že zpracovatelé statistických dat nereagují pružně na změny legislativy, data nejsou pro současné potřeby zcela vyhovující.

Cílem disertační práce je rozšíření poznatků o personálním řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice, jehož úroveň vyjadřuje rozsah a kvalita prováděných personálních činností. Práce si klade za cíl doplnění poznání této oblasti, která nebyla doposud rozpracována. Personální řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče je v práci nahlíženo z hlediska vnitřních specifik těchto zařízení i z hlediska jejich vnějších faktorů a širších souvislostí. Kvalitativní výzkumné šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice usiluje o odkrytí podoby personálního řízení ve vybraných zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice (nezahrnuje psychiatrické léčebny a hospice) a o jeho následnou analýzu.

První kapitola disertační práce je věnována poskytovatelům následné a dlouhodobé péče v České republice, charakteristice této zdravotní péče a jejímu personálnímu zajištění. Obsahem druhé kapitoly je rozpracování dílčích personálních činností ve zdravotnických organizacích, které představuje teoretická východiska výzkumného šetření. Výzkumné šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče postihuje třetí kapitola práce.

1 Zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice

1.1 Charakteristika následné a dlouhodobé zdravotní péče v České republice

Segment následné a dlouhodobé péče charakterizují především poskytované lůžkové zdravotní služby. V rámci systému českého zdravotnictví lze zařízení vymezit strukturovanou lůžkovou kapacitou navázanou na mechanismus úhrad zdravotní péče a také typologií zařízení. Gladkij a kol. uvádí jako jednu z typologií zdravotnických služeb dělení dle jejich naléhavosti na urgentní, akutní, následnou a chronickou péči (Gladkij, et al., 2003, s. 47). Do roku 2012 nebyla v naší zemi následná ani dlouhodobá péče ustavena zákonem. Následnou péči definovala pouze koncepce následné lůžkové zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví zpracovaná Zdeňkou Polákovou v roce 1998. Nevyčleňovala dlouhodobou zdravotní péči, která byla považována za součást péče následné. Tu definovala jako péči, která „… je poskytována v nemocnicích, zejména v nemocnicích následné péče a v odborných léčebných ústavech (včetně lázeňských) pacientům se stanovenou diagnózou, u kterých došlo ke zvládnutí akutního onemocnění a u nichž nelze důvodně očekávat zvrat stability zdravotního stavu vyžadující akutní lůžkovou péči, a to do té doby nebo v těch případech pokud tuto zdravotní péči nelze nebo není účelné poskytovat ambulantně či v lůžkovém zařízení sociální péče.“ (Poláková, 1998, s. 2) Podle tohoto předpisu cíle následné péče zahrnovali jak doléčení u chronicky nebo dlouhodobě nemocných, tak zmírnění následků onemocnění a v případě nevyléčitelně nemocných důstojné dožití (Poláková, 1998, s. 3). Takto definovaná následná péče byla pro potřeby úhrad za zdravotní péči rozdělena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 134, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, na tzv. ošetřovací dny (dále jako OD), které charakterizují jednotlivé typy pracovišť a které zařízení vykazují zdravotním pojišťovnám. Za každý vykázaný den získávají sjednanou

paušální úhradu. OD 00005 se vykazuje na ošetřovatelských lůžkách všech odborností, OD 00021 se vykazuje na lůžkách psychiatrických odborných léčebných ústavů, OD 00022 se vykazuje na lůžkách rehabilitačních odborných léčebných ústavů, OD 00023 se vykazuje na lůžkách odborných léčebných ústavů pneumologie a ftizeologie, OD 00024 se vykazuje na lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů, OD 00025 se vykazuje na lůžkách spinálních jednotek rehabilitačních odborných léčebných ústavů, OD 00026 se vykazuje na lůžkách dětských psychiatrických odborných léčebných ústavů, OD 00027 se vykazuje na lůžkách dětských rehabilitačních odborných léčebných ústavů, OD 00028 se vykazuje na lůžkách dětských odborných léčebných ústavů pneumologie, OD 00029 se vykazuje na lůžkách ostatních dětských odborných léčebných ústavů a OD 00030 se vykazuje na lůžkách ve speciálních zařízeních hospicového typu (Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, 1998, s. 5726). Takto vymezená zařízení také tvoří společně jednající skupinu poskytovatelů následné lůžkové péče při každoročním jednání o úhradách mezi zástupci poskytovatelů a zdravotních pojišťoven v tzv. dohadovacím řízení konaném na základě §17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění ve znění pozdějších předpisů (Česká republika, 2015, s. 21).

Jako instituce jsou zařízení následné péče součástí soustavy subjektů poskytujících zdravotní péči. Ústav zdravotnických informací a statistiky uvádí, že segment následné péče zahrnoval v roce 2011 celkem 7 457 lůžek ošetřovatelské následné péče v nemocnicích (včetně nemocnic následné péče) a 160 odborných léčebných ústavů (včetně ozdravoven a hospiců), ve kterých Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky udává 21 672 lůžek (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 118–119). Prakticky následnou péči provozují velké nemocnice poskytující péči akutní, a to jako jedno (nebo více) ze svých oddělení, dále pak nemocnice následné péče, které se, jak z názvu plyne, takto přímo specializují, mohou poskytovat následnou péči více typů a poskytují rovněž péči ambulantní, a dále odborné léčebné ústavy převážně určené pro následnou péči včetně léčeben pro dlouhodobě nemocné. Zejména psychiatrické

léčebny však mohou poskytovat i péči akutní. Lázně, které by bylo také možné pod následnou péči zahrnout, se v rámci systému zdravotnictví vyčleňují jako samostatný specifický segment.

Přestože v předpisech upravujících poskytování zdravotní péče nebyla explicitně zmiňována péče dlouhodobá, ve skutečnosti, jak píší Válková, Korejsová a Holmerová, ji zdravotnická zařízení na ošetřovatelských lůžkách poskytovala, aniž by však byla striktně oddělena od zdravotní péče doléčovací a rehabilitační (Válková, Korejsová, Holmerová, 2010, s. 49). Muiserová a Carrin zmiňují, že zdravotnické systémy v žádné zemi s dlouhodobou péčí původně nepočítaly, přičemž důvodem změny přístupu bylo právě rozšiřování onemocnění v důsledku zvyšujícího se věku. Až do 70. let 20. století byla ve světě poskytována dlouhodobá péče převážně rodinnými příslušníky (Muiser, Carrin, 2007, s. 5, 6).

V roce 2011 byl schválen zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který doposud jednotně definovanou následnou péči formálně rozdělil na péči následnou a dlouhodobou. Následná lůžková péče je podle § 9 odst. 2, písmeno c) uvedeného zákona ta, „… která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče.“ (Česká republika, 2011, s. 4734) Podle §9 odst. 2, písmeno d) uvedeného zákona je dlouhodobou lůžkovou péči ta, „… která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje.“ (Česká republika, 2011, s. 4734) K legislativnímu oddělení dlouhodobé péče tak sice došlo, nicméně některé významné instituce, např. zdravotní pojišťovny a Ústav zdravotnických informací a statistiky, i po nabytí účinnosti zákona č. 372/2011 Sb. i nadále uplatňují přístup z doby před nabytím účinnosti tohoto zákona. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky ve své ročence zahrnuje pod péči následnou i nadále lůžka ošetřovatelská a dlouhodobou péči dle nové legislativní úpravy

vůbec (s výjimkou marginální dlouhodobé intenzivní ošetřovatelské péče) samostatně neuvádí Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015, s. 84–87). V jednacím řádu dohadovacího řízení o úhradách zdravotní péče naposled upraveném dne 2. února 2016, kde jsou poskytovatelé rozděleni do jednotlivých skupin (skupina poskytovatelů akutní lůžkové péče a dalších zdravotních služeb poskytovaných v nemocnicích, skupina poskytovatelů následné lůžkové péče, skupina praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost atd.), které obvykle jednají odděleně, není dlouhodobá péče uvedena (Jednací řád dohadovacího řízení, 2016, s. 1–2). V praxi je dlouhodobá péče zahrnuta do skupiny poskytovatelů následné lůžkové péče. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky ve Zdravotnické ročence za rok 2013 v části věnované síti a činnosti zdravotnických zařízení rozděluje nemocniční lůžka pouze na akutní, následná a novorozenecká (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 118) a v případě odborných léčebných ústavů Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky uvádí, že „… jsou určeny převážně pro následnou léčebnou péči včetně rehabilitační, některá zařízení však poskytují výjimečně i péči akutní.“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 120) Ročenka za rok 2013 je poslední, kterou do současnosti (k 15. březnu 2016) Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky na svých stránkách zveřejnil. Na problém rozdílných definic upozorňuje i akční plán Ministerstva zdravotnictví č. 8a, který za nedostatek označuje: „Nesoulad v definicích postakutní péče u klíčových institucí (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny) s dopadem na sběr dat a statistiky.“ (Doleželová, et al., 2015, s. 12)

Vymezení následné péče (včetně dlouhodobé) z hlediska lůžkové kapacity uvádí Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v publikaci Lůžková péče 2013. Celkem 188 nemocnic poskytovalo k 31. prosinci 2013 následnou péči na 7 652 lůžkách z celkového počtu 56 807 lůžek. Dále v České republice k uvedenému datu následnou péči poskytovalo 159 odborných léčebných ústavů,

které poskytovaly péči na 21 197 lůžkách. V publikaci Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky dále uvádí počty lůžek následné péče a počty jednotlivých poskytovatelů (viz následující tabulka) členěných na jednotlivé druhy nemocnic, jednotlivé druhy odborných léčebných ústavů a dalších zdravotnických zařízení (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 15, 17, 21–24).

Tabulka 1: Struktura následné lůžkové zdravotní péče dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky k 31. 12. 2013

Poskytovatelé následné péče	Počet lůžek	Počet zdravotnických zařízení
Nemocnice akutní péče (bez fakultních)	4737	146
Nemocnice akutní péče fakultní	331	10
Nemocnice následné péče	2584	32
Léčebny pro dlouhodobě nemocné	7171	73
Léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí	642	9
Psychiatrické léčebny	8606	18
Rehabilitační ústavy	1153	6
Ostatní odborné léčebné ústavy	2453	22
Ozdravovny	385	5
Hospice	438	16
Další lůžková zařízení	99	7

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 15, 17, 21–24

Zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice lze rozlišovat podle právní formy a zřizovatele. Možné právní formy zahrnují především příspěvkové organizace, akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným, případně obecně prospěšné společnosti. Statistika Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky zabývající se sítí zdravotnických zařízení v roce 2013 obsahuje základní členění dle zřizovatelů, kde je uvedeno, že Ministerstvo zdravotnictví zřizovalo 19 nemocnic a 26 odborných léčebných ústavů, ostatní centrální orgány zřizovaly 5 nemocnic a 2 odborné léčebné ústavy, kraje zřizovaly 23 nemocnic, z nichž 5 bylo nemocnic následné péče, a 32 odborných léčebných ústavů, města a obce zřizovala 17 nemocnic, 2 z nich následné péče,

a 11 odborných léčebných ústavů a ostatní subjekty zahrnující fyzické osoby, církve a jiné právnické osoby zřizovaly 124 nemocnic, z nichž 25 bylo nemocnic následné péče, a 87 odborných léčebných ústavů (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2015, s. 45–50).

Sféra zdravotnictví je úzce provázána se sférou sociální, přičemž místem, kde se stýkají a často také prolínají, je následná a zejména dlouhodobá péče. V České republice není tato hranice jasně definována, což potvrzuje akční plán Ministerstva zdravotnictví č. 8a, který říká, že: „… společná dohoda zajišťující organizaci a koordinaci služeb mezi zdravotním a sociálním systémem doposud neexistuje. Stejně tak chybí mezirezortní konsenzus na definici dlouhodobé péče, v návaznosti, dostupnosti a průchodnosti pacienta oběma systémy…“ (Doleželová, et al., 2015, s. 19) V případech, kdy medicínské důvody pro pobyt na lůžku následné či dlouhodobé péče pominou, přestávají zdravotní pojišťovny péči hradit a pacient by měl, pokud potřebuje další pomoc, přejít do sféry sociální. Bruthansová, Červenková a Holmerová zmiňují, že v současné měnící se společnosti klesá počet rodin, které jsou schopné a ochotné postarat se o nemocného člena rodiny a jejich péči pak musejí nahrazovat zdravotnická a sociální zařízení. Tato potřeba byla ve zdravotnickém sektoru saturována institutem tzv. sociální hospitalizace, který byl ale pro zdravotnická zařízení, vzhledem k nízké úhradě, nevýhodný, což zabránilo jeho rozsáhlejšímu využívání (Bruthansová, Červenková, Holmerová, 2000, s. 3, 9, 13). Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, definoval v § 52 sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních a rozšířil možnosti úhrady sociálních služeb na zdravotnickém lůžku. Zdravotnické zařízení má podle tohoto zákona k dispozici platbu od klienta na úhradu nákladů za poskytování ubytování a stravy a má nárok na příspěvek na péči, který je klientovi poskytován (Česká republika, 2006, s. 1271, 1275). K uvedeným částkám mají zdravotnická zařízení nárok na platbu od zdravotních pojišťoven za konkrétní zdravotní výkony a v případě, že náklady na péči o klienta tyto částky převyšují, mohou žádat o dotaci ze státního rozpočtu. Administrativní náročnost, kdy se zdravotnické zařízení musí přizpůsobit

požadavkům systému poskytování sociálních služeb, a finanční nejistota (předem neznámá výše příspěvku na péči, předem neznámá výše možné spoluúčasti klienta, nenároková dotace) brání jeho rozvoji. I přesto se některá zařízení následné a dlouhodobé péče rozhodla sociální služby na zdravotnickém lůžku poskytovat.

Bez ohledu na stanovení hranice mezi zdravotním a sociálním systémem lze předpokládat, že spotřeba následné a dlouhodobé péče bude v České republice postupně narůstat, a to v důsledku souběžného působení demografického vývoje a vyšší spotřeby zdravotní péče staršími lidmi. Český statistický úřad (ČSÚ) na svých internetových stránkách uvádí, že se v roce 2009 v České republice muži ve zdraví dožívali věku 60,9 let a ženy 62,5 roku (ČSÚ, 2012, s. 50). Ve své demografické projekci z roku 2009 též uvádí, že do roku 2050 bude v České republice žít 3 375 527 osob starších 65 let (ČSÚ, 2009, s. 9). Prodlužující se délka dožití znamená, že lidé umírající ve stále vyšším věku se zákonitě dožívají chorob pro seniorský věk typických, což potvrzuje například studie publikovaná Alzheimer Europe týkající se výskytu demence (Alzheimer Europe, 2013).

Tabulka 2: Výskyt demence v Evropě v závislosti na věku

Věková skupina	Výskyt demence v %
60-64	0.6
65-69	1.6
70-74	3.5
75-79	7.4
80-84	15.7
85-89	26.2
90-94	41.0
>95	46.3

Zdroj: Alzheimer Europe, 2013

Výskyt ischemických nemocí srdce roste rovněž ve vyšším věku, což potvrzují údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky za rok 2010, které ukazují nárůst již u osob starších padesáti let, přičemž s vyšším věkem se tento nárůst

zvyšuje (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 12).

Tabulka 3: Hospitalizace pro ischemické choroby srdeční v nemocnicích v České republice podle věku v roce 2010

Věková skupina	Počet hospitalizovaných	Počet hospitalizovaných na
0-49	4119	61,24
50-59	12390	868,32
60-69	22145	1708,73
70-79	21620	3101,00
80+	14925	3861,46

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 12

Rostoucí potřebě péče ve vyšším věku odpovídají počty pacientů následné a dlouhodobé zdravotní péče poskytnuté v roce 2011 klientům Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Zejména u léčeben dlouhodobě nemocných je patrná silná závislost počtu klientů na věku (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012, s. 175).

Tabulka 4: Počet ošetřených pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky v roce 2011 členěných dle věkové skupiny v následné péči

Věková skupina	Odborné léčebné ústavy tuberkulózy a respiračních nemocí	Rehabilitační odborné léčebné ústavy	Léčebny dlouhodobě nemocných	Ošetřovatelská péče
0 - 4 roky	48	98	3	-
5 - 9 let	81	107	2	-
10-14 let	29	106	8	-
15-19 let	10	164	34	6
20-24 let	33	144	49	39
25-29 let	37	201	65	40
30-34 let	49	286	148	62
35-39 let	63	410	210	102
40-44 let	95	556	341	108
45-49 let	154	790	540	170
50-54 let	227	1 224	1 004	275
55-59 let	397	1 895	1 955	542
60-64 let	546	2 383	3 036	832
65-69 let	592	2 660	3 981	1 037
70-74 let	561	2 628	5 014	1 234
75-79 let	545	2 349	8 132	2 058
80-84 let	527	1 428	11 869	3 003
85 a více let	384	717	14 535	4 034
Celkem	4 378	18 146	50 926	13 542

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012, s. 175

Uvedené demografické souvislosti vyvolají potřebu přípravy nových absolventů všech potřebných oborů (lékařů, zdravotních sester, sociálních pracovníků atd.). Pro zařízení následné a dlouhodobé péče pak zvýšená poptávka po jejich službách znamená zajištění dostatečných kapacit a personálního obsazení jak z hlediska množství, tak kvality pracovníků, jejichž kvalifikace bude muset být zaměřena na péči o rostoucí počty pacientů vysokého věku.

Pohled na kvalitu poskytované následné a dlouhodobé péče v České republice není snadný, protože objektivní dlouhodobě sledovaná statistika není k dispozici.

Ondriová, Hudálková a Pavelková považují za důležitý ukazatel kvality zdravotních služeb spokojenost pacientů. Nicméně píší, že pacient vnímá kvalitu více na základě subjektivních než objektivních kritérií. „Kvalitu ošetřovatelské péče posuzuje zpravidla podle míry uspokojování svých potřeb v průběhu onemocnění, míry profesionální citlivosti a všímavosti sester k jeho problémům, chování a aktivity sester, úpravy jejich zevnějšku a kultivovanosti projevu.“ (Ondriová, Hudáková, Pavelková, 2013) Válková, Korejsová a Holmerová zmiňují v případě některých léčeben dlouhodobě nemocných a zařízení ošetřovatelské péče špatnou kvalitu péče a léčebny dlouhodobě nemocných se, jak píší, staly u laické veřejnosti synonymem nedobré péče (Válková, Korejsová, Holmerová, 2010, s. 48–49). Hnilica ve své studii, kde analyzoval data ze šetření European Social Survey provedeného v roce 2004, uvádí jako jeden z výstupů skutečnost, že graf spokojenosti obyvatel podle věku se zdravotní péčí v jejich zemi má tvar otevřeného písmene J, kdy nejpříznivějšího hodnocení se zdravotnické systémy dočkaly od lidí vyššího věku (Hnilica, 2010, s. 51), tj. od osob, které jsou, jak je uvedeno výše, nejčastějšími klienty následné a dlouhodobé péče v České republice. Snaha o objektivní srovnávání kvality je součástí akčního plánu Ministerstva zdravotnictví č. 8a, který plánuje vytvoření databáze obsahující údaje o kvalitě, dostupnosti a efektivitě jednotlivých pracovišť přístupných laické i odborné veřejnosti (Doleželová, et al., 2015, s. 38).

1.2 Personální zajištění následné a dlouhodobé zdravotní péče v České republice

Měkká verze řízení lidských zdrojů je charakterizována pracovníky, kteří přispívají svými znalostmi, dovednostmi a schopností jich využít ve prospěch zaměstnavatele k celkovému úspěchu organizace a jsou zdrojem její konkurenční výhody (Armstrong, Baron, 2002, s. 13). V oblasti zdravotních služeb je význam pracovníků znásoben skutečností, že většina výkonů je poskytována osobně v přímé interakci s pacientem, což platí o to více v následné a dlouhodobé péči,

kde je podíl lidské práce vyšší než v nemocnicích. To potvrzuje Fiala, který uvádí podíl osobních nákladů v následné péči v rozmezí 60–70 % nákladů celkových a v případě akutní péče 35–55 % (Fiala, 2009, s. 25). Vzhledem k charakteru jejich činnosti jsou na zdravotnické pracovníky kladeny vysoké nároky etické. Konkrétně u lékařů píší Matochová a Lajkep: „… ačkoliv lze obecně říct, že na každé povolání jsou kladeny etické požadavky, a u některých povolání je formulována speciální profesní etika, nikde se tyto požadavky neobjevují v takovém rozsahu a tak naléhavým způsobem jako u profese lékaře. To je dáno vysokou odpovědností, která je na lékaře kladena, a hodnotami, které jsou mu svěřeny, totiž život a zdraví člověka.“ (Matochová, Lajkep, 2005, s. 24)

Sektor zdravotnictví patří z hlediska zaměstnanosti k jednomu z nejvýznamnějších v národním hospodářství České republiky. Ke konci roku 2013 dával podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky práci celkem 250 233 lidem (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 155). Z velkého podílu na zaměstnanosti v národním hospodářství lze usuzovat, že se zejména větší zdravotnická zařízení řadí k největším zaměstnavatelům ve svých regionech. Například v okrese Chrudim uvádí úřad práce jako druhého nejvýznamnějšího zaměstnavatele Chrudimskou nemocnici a jako třetího Hamzovu odbornou léčebnu pro děti a dospělé (Klimpl, 2015, s. 6). Zejména pro odlehlejší regiony mají zdravotnická zařízení včetně zařízení následné a dlouhodobé péče význam v tom, že znamenají pro obyvatele pracovní příležitost s lokálně velmi nadprůměrnými příjmy, čímž zvyšují stabilitu životní úrovně v místě svého působení. Co se týká struktury pracovníků ve zdravotnictví, tvoří dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 207 404 z nich odborní pracovníci (zdravotníci), 23 840 dělníci a provozní pracovníci, 18 706 technicko-hospodářští pracovníci a 283 pedagogičtí pracovníci (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 2).

V zařízeních následné a dlouhodobé péče závisí struktura pracovníků na druzích poskytované péče, které zabezpečují zdravotničtí pracovníci, a na počtu a typech

obslužných provozů a zpracovávané administrativě, tj. oblastech zajišťovaných nezdravotnickými pracovníky. Výjimku může tvořit pozice ředitele, která je často zastávána lékařem, což bylo historicky považováno za správné, viz např. Hamza v knize Sociální lékař, kde hovoří o „… chorobném zjevu, kdekoli v léčebných ústavech rozděluje se péče odborná od péče správní." (Hamza, 1923, s. 31–32) V současnosti se v České republice lze běžně setkat ve vedoucích pozicích jak s lékaři, tak s pracovníky jiných kvalifikací, přičemž Hamzův názor zní i dnes, viz Paštiková (2007) či Šmucler (2011). Souček a Burian sice připouští, že při řízení ve zdravotnictví je třeba respektovat určitá specifika, nicméně způsoby řízení jsou obdobné či zcela stejné jako ve firmách z jiných odvětví (Souček, Burian, 2006, s. 19). K extrémní změně trendu ve vedení zdravotnických zařízení došlo v průběhu dvacátého století ve Spojených státech amerických a ve Velké Británii, kde podle Falconeho a Santianiho je výrazná většina vedoucích pracovníků s jinou než lékařskou kvalifikací (Falcone, Satiani, 2008, s. 88). Gunderman a Kanter uvádějí, že z 6500 amerických nemocnic je lékaři řízeno pouze 235 (Gunderman, Kanter, 2009, s. 1348). Goodallová se zajímala o představitele stovky nejlépe hodnocených nemocnic podle žebříčku publikovaného US News and World Report`s "Best Hospitals 2009". Z této stovky bylo 51 řízeno lékaři a z nejlepších 50 pak bylo lékaři řízeno 33. Autorka uvádí, že tyto výsledky neznamenají, že by lékaři řídili nemocnice efektivněji. Stejně jako v jiných oborech se ale soustřeďují na perfektní výkon firmy v oboru svého působení, v tomto případě nemocnice. Mají hluboké znalosti o hlavním předmětu činnosti své organizace, což jim pomáhá při rozhodování i vytváření strategií. Pro řízení lidí je důležité, že ředitel, který je lékařem, obvykle sdílí stejné hodnoty jako ostatní zdravotničtí pracovníci a může jim tedy snáze porozumět a vytvořit správné podmínky pro jejich práci (Goodall, 2013, s. 39–40). Goodallová ve svém dalším výzkumu dospěla k závěru, že ve vedení firem by měli být odborníci na hlavní činnost firmy (Goodall, 2014). V České republice obdobný výzkum zatím chybí.

Hlavní skupiny zdravotnických pracovníků v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice lze zjednodušeně označit jako lékaře, zdravotní sestry

a další ošetřovatelský personál. K tomu v zařízeních pracují i další specializované zdravotnické profese jako nutriční terapeuti, ergoterapeuti, fyzioterapeuti atd. V zařízeních následné péče uvedených v databázi Národního referenčního centra, které sledovalo personální zajištění zdravotních služeb ve struktuře dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění pozdějších předpisů, měli v roce 2010 lékaři úvazky (bez ústavní pohotovostní služby) v celkové výši 1 653,29. V případě nelékařských zdravotnických pracovníků činily celkové úvazky 14 370,38 (Matoušek, 2013, s. 7). Uvedená vyhláška byla do roku 2012 právním předpisem, ve kterém bylo uvedeno požadované personální obsazení pracovišť (stanic se 30 lůžky) následné péče jednotlivými kategoriemi zdravotnických pracovníků.

V souvislosti s vydáním zákona o zdravotních službách byla vydána vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která stanovuje jak obecné podmínky pro všechny typy lůžkových zdravotnických zařízení, tak zvláštní požadavky pro jednotlivé typy péče. Vyhláška respektuje rozdělení na péči dlouhodobou a péči následnou, u kterých uvádí požadavky pro neooborovou následnou péči a posléze zvlášť pro specifické typy následné péče, jako pneumologie a ftizeologie, psychiatrie atd. Obdobně uvádí požadavky pro péči dlouhodobou, přičemž konkrétní požadavky na personální zabezpečení následné a dlouhodobé péče jsou podle uvedené vyhlášky v tabulkách 5 a 6 (Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, 2012, s. 1706–1712, 1719–1723).

Tabulka 5: Zvláštní požadavky na personální zabezpečení následné lůžkové péče podle vyhlášky č. 99/2012 Sb.

Zdravotnický pracovník	Počet úvazků
Lékař se specializovanou způsobilostí	0,3
Lékař s odbornou způsobilostí	1,0
- z toho s certifikátem alespoň	*0,3*
Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí	1,0
Všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent	7,0
Sanitář nebo ošetřovatel	3,5
Fyzioterapeut nebo ergoterapeut	1,0
- z toho fyzioterapeut alespoň	*0,5*
Klinický psycholog	-
Klinický logoped v případě, že je poskytována péče pacientům s poruchou řeči	-

Zdroj: Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, 2012, s. 1719

Tabulka 6: Zvláštní požadavky na personální zabezpečení dlouhodobé lůžkové péče podle vyhlášky č. 99/2012 Sb.

Zdravotnický pracovník	Počet úvazků
Lékař se specializovanou způsobilostí nebo zvláštní odbornou způsobilostí	0,2
Všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí bez dohledu	1,0
Všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent	6,0
Sanitář nebo ošetřovatel	5,0
Fyzioterapeut bez dohledu nebo ergoterapeut bez dohledu	0,2
Klinický psycholog	-

Zdroj: Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, 2012, s. 1722

Uvedené hodnoty jsou určeny pro standardní organizační jednotky, kterými jsou tzv. stanice s počtem 30 lůžek[1]. Jsou stanoveny jako minimální a zařízení následné a dlouhodobé péče by je měla přizpůsobit skutečným potřebám. V tabulkách uvedené předepsané spektrum zdravotnických pracovníků dle vyhlášky č. 99/2012 Sb. je širší, než tomu bylo v případě vyhlášky č. 134/1998 Sb., jejíž předpisy pro personální zajištění byly považovány za nedostatečné.

Personální řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče mohou ovlivňovat

[1] Ve skutečnosti mívají stanice v zařízeních následné a dlouhodobé péče počty lůžek odlišné a bývají závislé na stavebních a technických parametrech budov, ve kterých jsou umístěny.

pravidla určená standardy pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, přičemž proces akreditace dle uvedených standardů je pro zařízení dobrovolný. Jednotlivá zařízení má oprávnění akreditovat např. Spojená akreditační komise České republiky, o.p.s. Zařízení následné a dlouhodobé péče jsou akreditována podle Národních akreditačních standardů pro zdravotnická zařízení následné péče a dlouhodobé péče. Kromě standardů odborných obsahuje metodika uvedené normy v kapitole VIII. Standardy řízení lidských zdrojů. Akreditované organizace vypracovávají pro plnění standardů systém směrnic, jejichž plněním prokazují zajištění určité úrovně kvality svých služeb. Zavedení systému formalizuje a standardizuje jednotlivé personální činnosti a evidenci o jejich provádění. Příručka Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče uvádí tyto standardy:

- „Standard 56: Vedení zařízení stanoví počet kvalifikovaného personálu nutného k zajištění odpovídající péče o klienty a plán rozvíjení kvalifikace pro jednotlivé pracovníky.
- Standard 57: Zařízení vede pro každého pracovníka osobní spis, který obsahuje důležité informace o jeho dosažené kvalifikaci a další informace požadované zákonem a podzákonnými normami.
- Standard 58: Povinnosti každého pracovníka zařízení jsou stanoveny v platné náplni práce.
- Standard 59: Všichni pracovníci jsou při nástupu zapracováni dle potřeb zařízení a s ohledem na jejich specifickou pracovní náplň.
- Standard 60: Všichni pracovníci zařízení, kteří poskytují zdravotní péči, mají stanoveno aktuální spektrum svých kompetencí. Kompetence každého pracovníka jsou pravidelně hodnoceny.
- Standard 61: Zařízení má vypracován plán bezpečnosti a ochrany zdraví při práci pro všechna pracoviště včetně povinného vybavení osobními ochrannými pomůckami.
- Standard 62: Zařízení sleduje vhodnou formou spokojenost zaměstnanců.“ (Volejník, Marx, Vlček, 2009, s. 89–95)

Z výše uvedeného vyplývá, že akreditovaná zdravotnická zařízení se musí prokazatelně věnovat uvedeným personálním činnostem. Prokazatelně proto, že auditoři při akreditaci požadují jejich plnění a ověřují, že jednotlivá zařízení všechny jednotlivé standardy skutečně naplňují. Výzkum Vlčka, Ivanové, Sadílka a Marxe zabývající se vybranými aspekty personálního řízení ve zdravotnických zařízeních v České republice určitý vliv akreditace na personální řízení potvrdil. Jako jeden z výsledků výzkumu uvádejí, že v případě přidělování a přehodnocování kompetencí (ve smyslu pravomocí) lékařů je z hlediska formálnosti a objektivity rozhodování na kvalitativně vyšší úrovni v zařízeních, která mají zavedený systémem externího hodnocení kvality nebo se připravují na získání akreditace nebo certifikace než v ostatních (Vlček, Ivanová, Sadílek, Marx, 2010, s. 185, 186).

Ohrožení, výzvu i příležitost představuje z pohledu personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče migrace zdravotnických pracovníků. Ohrožení spočívá v nebezpečí odlivu kvalifikovaných pracovních sil do zahraničí, ale na druhé straně mají zařízení příležitost získat zdravotníky z ciziny. V případě nelékařských zdravotnických pracovníků byla doposud, jak uvádí Mikulková, situace pro Českou republiku příznivá. Příliv zahraničních pracovníků do roku 2012 převyšoval odliv českých, přičemž hlavní příliv nastal krátce po našem vstupu do Evropské unie (Mikulková, 2013, s. 8, 9).

Tabulka 7: Migrace nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR v rámci EU

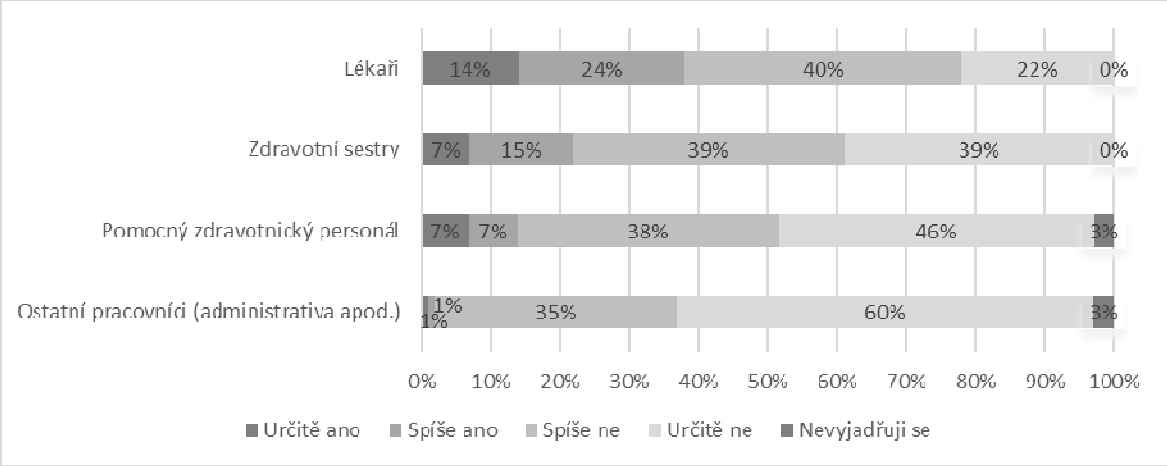
	2004+5	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Počet zájemců z ČR o práci v zemích EU	496	177	182	320	170	164	217	247
Počet cizinců z EU vstupujících na pracovní trh ČR	1591	1117	158	121	183	172	219	221

Zdroj: Mikulková, 2013, s. 5, 6

V případě lékařů usnadňuje jejich pohyb v rámci Evropské unie vzájemné uznávání kvalifikací. Podle Koubové vyplývá z údajů České lékařské komory, že roste počet mladých lékařů, kteří přímo po absolvování lékařské fakulty odcházejí do zahraničí, a to na základě počtu certifikátů o nečlenství. Jejich počet stoupl z 50 v roce 2008 na 209 v roce 2015. K nim se přidávají zhruba dvě třetiny lékařů, kteří žádají o vydání certifikátu o profesní bezúhonnosti, tj. ti, kteří své povolání v České republice vykonávají. V roce 2015 o něj požádalo 354 lékařů. Čeští lékaři míří nejčastěji do Velké Británie a Německa. Tento odliv je prozatím kompenzován imigrací lékařů především z východních zemí do České republiky. Z 1363 nových členů České lékařské komory v roce 2015 bylo 400 cizinců, z nichž 258 bylo ze Slovenska, 58 z Ukrajiny a 27 z Ruska (Koubová, 2016).

Fluktuace zdravotnických pracovníků klesá s nižším vzděláním. Podle HealthCare Institute o.p.s. vnímali ředitelé českých nemocnic fluktuaci zdravotnických pracovníků v roce 2014 ve srovnání s rokem 2010 mnohem příznivěji. Zatímco na otázku, zda považují fluktuaci lékařů za problém ve své nemocnici, v roce 2010 odpovědělo „určitě ano“ nebo „spíše ano“ 53 % ředitelů, v roce 2014 to bylo už jen 38 %. V případě zdravotních sester to v roce 2010 bylo 39 % a 22 % v roce 2014 (HealthCare Institute, 2014, s. 15). Situaci v roce 2014 dle jednotlivých kategorií pracovníků nemocnic ukazuje následující graf.

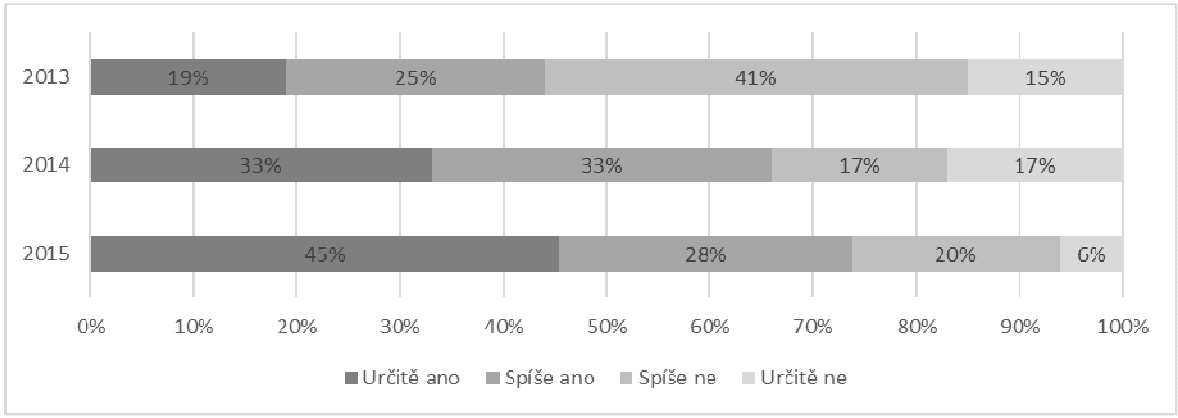
Graf 1: Odpovědi ředitelů nemocnic z roku 2014 na otázku, zda vnímají fluktuaci jako problém



Zdroj: HealthCare Institute, 2014, s. 15

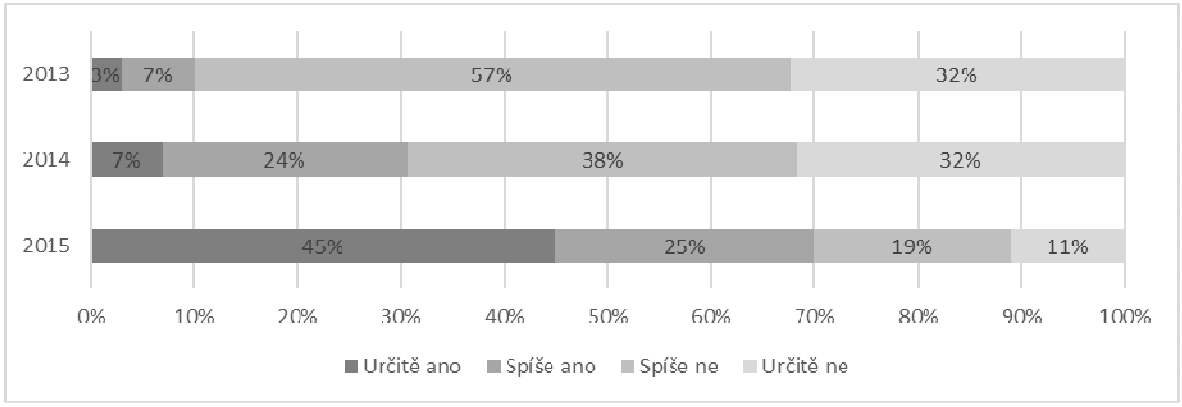
Zatímco vnímání fluktuace jako problému dle HealthCare Institute klesá, rostou, podle stejného zdroje, problémy ředitelů nemocnic s nedostatkem personálu. Podle výzkumů, které HealthCare Institute pravidelně zveřejňuje, se nedostatek projevuje jak u lékařů, tak u zdravotních sester. Nárůst pozitivní odpovědi, tj. „určitě ano“ nebo „spíše ano“, ředitelů na otázku, zda pociťují nedostatek určitého typu personálu ve své nemocnici, je významný zejména v roce 2015 (HealthCare Institute, 2015, s. 14), jak ukazují následující grafy.

Graf 2: Vývoj vnímání nedostatku lékařů jako problému z pohledu ředitelů nemocnic



Zdroj: HealthCare Institute, 2013, s. 16, HealthCare Institute, 2014, s. 16, HealthCare Institute, 2015, s. 14

Graf 3: Vývoj vnímání nedostatku zdravotních sester jako problému z pohledu ředitelů nemocnic



Zdroj: HealthCare Institute, 2013, s. 16, HealthCare Institute, 2014, s. 16, HealthCare Institute, 2015, s. 14

Obdobná data k následné a dlouhodobé péči nejsou k dispozici. Vzhledem k faktu, že výše uvedená data byla v roce 2015 získána z odpovědí ředitelů 64 českých nemocnic (HealthCare Institut, 2015, s. 5), v roce 2013 od 68 ředitelů (HealthCare Institute, 2013, s. 4) a v roce 2014 od 72 ředitelů (HealthCare Institute, 2014, s. 4), lze předpokládat, že se jedná o trend platný pro celé české zdravotnictví.

Faktorem, který bude mít v brzké budoucnosti vliv na dostatek zdravotnických pracovníků v některých zařízeních následné a dlouhodobé péče, je jejich vysoký věk. Z Ročenky Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2014 vyplývá, že v zařízeních s ošetřovatelskými lůžky byl průměrný věk lékařů 51,7 roku, přičemž některé kraje vykazují významně horší hodnoty (Olomoucký kraj 57,4, Karlovarský kraj 62,6). V následné péči jako celku je uveden průměrný věk lékařů 47,6 let a sester 44,1 let (Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015, s. 86–87).

Odpovědnost za personální řízení v organizaci, jak uvádí Kocianová, nese vrcholové vedení organizace, které stanovuje personální strategii a personální politiku, personální útvar, který zajišťuje provádění personálních činností a poskytuje personální služby vedení organizace i jejím pracovníkům, a linioví vedoucí, kteří se na denní bázi zabývají vedením lidí a personální prací s tím související. Na jednotlivých personálních činnostech spolu vedoucí a personalisté vzájemně spolupracují (Kocianová, 2012, s. 95). Není-li personální útvar zřízen, plní jeho roli v organizaci personalista generalista. Úlohou personálního útvaru je dle Armstronga poskytování služeb a informací týkajících se pracovníků, které umožní organizaci dosáhnout její cíle. Informace jsou poskytovány vedení organizace, liniovým manažerům, řadovým pracovníkům i potenciálním pracovníkům (Armstrong, 2007, s. 65). Pole Kocianové plní personální útvar funkce koncepční, plánovací, řídící a koordinační, poradenskou, výzkumnou a expertizní. „Základním cílem je zajistit, aby vedení organizace jednalo efektivně ve všem, co se týká zaměstnávání a rozvoje lidí a vztahů, které existují mezi managementem a pracovníky.“ (Kocianová, 2012, s. 97)

Velikost podniku, míra decentralizace činností, druh zaměstnávaných lidí a role personálního útvaru jsou dle Armstronga faktory, které ovlivňují organizaci personálního útvaru a počet personalistů, přičemž na jeho organizaci ani na stanovení počtu personalistů neexistuje jasný návod. Poměr počtu personalistů ku

počtu pracovníků se může pohybovat od jednoho ku osmdesáti do jednoho personalisty na tisíc i více pracovníků. Armstrong zmiňuje výzkum z Velké Británie, ve kterém vychází na jednoho personalistu v průměru 109 pracovníků (Armstrong, 2007, s. 68). Arthurová v této souvislosti uvádí, že na jednoho personalistu připadá obvykle 100 zaměstnanců (Arthur, 1995, s. 37). Koubek upozorňuje na zkušenosti z vyspělých zemí, které ukazují na vyšší potřebu zřídit funkci personalisty v takových firmách s alespoň dvaceti zaměstnanci, kde se vyskytuje větší procento pracovníků s vyšší kvalifikací. Zpravidla pak podle Koubka „… firma s 30 až 40 pracovníky již nemůže bez personalisty dobře fungovat.“ (Koubek, 2011, s. 35) V českých firmách s více než 100 a méně než 250 zaměstnanci pracuje v průměru 1,3 personalisty na sto zaměstnanců, u větších firem s méně než 500 zaměstnanci 0,9 personalisty na 100 zaměstnanců a u firem do 1000 zaměstnanců 0,8 personalisty na 100 zaměstnanců (HR Monitor, 2013). Role jednotlivých personalistů závisí, jak píše Armstrong, na skutečnosti, zda jsou generalisté, nebo specialisté, na jejich úrovni v rámci organizační struktury, na potřebách organizace, podmínkách výkonu jejich práce a vlastních schopnostech. Obecně je jejich základní úlohou poskytování personálních služeb v rámci organizace s cílem uspokojovat její potřeby. Při tom se zabývají strategickými otázkami, vedou, usměrňují manažery a radí jim, monitorují provádění personálních činností, dbají o dodržování norem a hodnot organizace a proaktivně identifikují příležitosti, hrozby a příčiny problémů (Armstrong, 2007, s. 79–82). Náplň činnosti personálních útvarů ovlivňuje skutečnost, že, rostoucí organizace mají snahu své postupy formalizovat a standardizovat (Barret, Mayson, Warriner, 2008, s. 186).

V malých a některých středních podnicích, jak píše Koubek, nebývá funkce personalisty zřízena vůbec. Manažer či majitel pak provádí personální činnosti sám, případně se rozhoduje, které z nich svěří svým podřízeným a které pořídí z vnějších zdrojů (Koubek, 2011, s. 33–34). Využívání externích dodavatelů personální práce je dle Armstronga stále častější. Organizacím umožňuje provádět specializované personální činnosti bez nutnosti zaměstnat příslušného specialistu,

případně umožní redukovat personální útvar, což může vést ke snížení nákladů a získání odbornějších služeb (Armstrong, 2007, s. 71). Stacho, Urbancová a Stachová uvádějí jako jeden z výsledků svého výzkumu v organizacích s více než 50 zaměstnanci zjištění, že v České republice jsou nejčastěji z vnějších zdrojů zajišťovány služby vzdělávání a rozvoje pracovníků. Organizace si sami provádějí 79 % všech personálních činností (Stacho, Urbancová, Stachová, 2013, s. 2796). Cooke, Shen a Mc Bride rovněž uvádí, že nejčastěji jsou dodavatelsky zajišťovány služby spojené se vzděláváním a rozvojem pracovníků. Na druhém místě mezi službami zajišťovanými z externích zdrojů je pak získávání a výběr pracovníků (Cooke, Shen, McBride, 2005, s. 418).

Flynn, Mathis a Jackson uvádí jako trend skutečnost, že vedoucí personálních oddělení nemocnic podléhají přímo řediteli zdravotnického zařízení, a jsou tak považováni za členy vrcholového vedení. Podílí se také na širším rozhodování v rámci organizace (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 25). Takový přístup pomáhá zajistit personálnímu útvaru podíl na vytváření strategie firmy a posléze pomáhá lépe a snáze formulovat personální strategii. Důraz na strategické aspekty je podle Koubka rysem moderní personální práce. Uvádí, že „… personální strategie se týká dlouhodobých, obecných a komplexně pojatých cílů v oblasti potřeby pracovních sil a zdrojů pokrytí této potřeby a pochopitelně i v oblasti využívání pracovních sil, hospodaření s nimi. Zároveň obsahuje i představy o cestách a metodách, jak těchto cílů dosáhnout.“ (Koubek, 2011, s. 25) Studie Khatriho, Wellse, McKuneho a Brewerové se zabývala různě velkými nemocnicemi z pohledu strategického řízení. V malé „komunitní“ nemocnici má personální útvar, respektive jeho vedoucí, pouze malý podíl na strategickém řízení organizace, zatímco ve velké univerzitní nemocnici je naopak vysoký (Khatri, et al., 2006, s. 11–12). Stejná studie také uvádí, že menší, komunitní nemocnice profituje ze zaměstnání profesionálního manažera lidských zdrojů (Khatri, et al., 2006, s. 9).

Koubek uvádí, že praktickou část personální práce v každé organizaci vykonává každý, kdo řídí alespoň jednoho pracovníka. Proto je nutné, aby si všichni vedoucí

osvojili potřebné znalosti a dovednosti z oblasti personální práce (Koubek, 2012, s. 29). Podle Kocianové je řada strategických personálních činností jako výběr pracovníků a jejich adaptace, hodnocení a odměňování atd. v současnosti delegována na liniové manažery, kteří provádějí personální práci v rámci běžného kontaktu se svými podřízenými. Od personalistů se ale očekává pomoc a podpora (Kocianová, 2012, s. 100). V případě zařízení následné a dlouhodobé péče jsou liniovými manažery staniční sestry, případně vrchní sestry a primáři. Armstrong upozorňuje na možné problémy ve vztahu liniových manažerů a personálních útvarů ve chvíli, kdy se ve vzájemné interakci pohybují na hranici mezi radou, pomocí a usměrňováním na straně jedné a diktátem a přebíráním odpovědnosti ze strany personálního útvaru na straně druhé. Jejich úkolem je najít ve vzájemném vztahu rovnováhu. Personalisté by měli spíše stát stranou a pomáhat liniovým manažerům dosahovat jejich cílů prostřednictvím jejich podřízených pracovníků (Armstrong, 2007, s. 98–99).

2 Personální činnosti ve zdravotnických organizacích

2.1 Analýza pracovních míst ve zdravotnických organizacích

Pracovní místo představuje určitý základní prvek každé organizace, který je nezávislý na konkrétní osobě, protože jej lze obsadit různými osobami (Armstrong, 2007, s. 277, Kocianová, 2010, s. 41). Zahrnuje úkoly, povinnosti a odpovědnosti, které má člověk na určitém pracovišti (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 86). Úkolem analýzy pracovního místa je pak nalézt komplexní a objektivní pohled na pracovní místo. Vymezení analýzy pracovního místa se shodují v tom, že je potřeba získat informace o povaze a obsahu práce včetně podmínek, za kterých má být vykonávána, o požadavcích na osobu, která by dané pracovní místo měla obsadit, a též na dalších souvislostech a vazbách, které pracovní místo může mít, jako vazby na jiná pracovní místa atd. Celý tento proces je nejen sběrem a uchováváním informací, ale i jejich analýzou (Koubek, 2012, s. 43, Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 86, Kocianová, 2010, s. 42). Výsledným produktem této analýzy jsou popisy pracovních míst a stanovení nároků na pracovníky v podobě kvalifikačních profilů, přičemž tyto požadavky mohou být součástí popisu pracovního místa, a dále požadavky na výkonnost pracovníka (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 101, Koubek, 2012, s. 74).

Konkrétně by popis pracovního místa měl obsahovat veškeré informace relevantní pro dané pracovní místo, které zahrnují podle Kocianové název pracovního místa, název pracovního místa označující přímé nadřízené, počet podřízených a názvy jejich pracovních míst, vztahy k dalším pracovním místům uvnitř i vně organizace, účel pracovního místa, seznam úkolů a činností, popis povinností na pracovním místě, odpovědnosti a pravomoci, očekávané výsledky, předpisy pro práci na daném pracovním místě, technické prostředky a zařízení k práci, pracovní podmínky a případná rizika práce a jméno pracovníka s jeho podpisem a datem podpisu (Kocianová, 2010, s. 52). Takto úžeji pojatý popis znamená potřebu dalšího dokumentu zmíněného výše, kterým je kvalifikační profil. V něm jsou

zodpovězeny otázky týkající se fyzických a duševních požadavků na pracovníka, jeho vlastnosti, znalosti, dovednosti a praxi (Koubek, 2012, s. 72, 73, Kocianová, 2010, s. 52, 53).

Vypracované popisy pracovních míst, případně kvalifikační profily, nejsou jednou provždy neměnné, ale z důvodů změn vně i uvnitř organizace, jako jsou nové technologie, konkurence na trhu a požadavky zákazníků, změny organizační struktury i sociálních potřeb lidí a jejich pracovního chování, vzniká potřeba změn obsahu a metod práce na jednotlivých pracovních místech, tedy tzv. redesign pracovních míst, jak píše Koubek (2012, s. 85). Gladkij a kol. k uvedenému přidává ještě vliv legislativních změn a nových standardů, které ovlivňují zdravotnické organizace (Gladkij, et al., 2003, s. 226). Popisy mají v čase svou dynamiku a je třeba jim věnovat soustavnou pozornost.

Využití popisů pracovního místa je širší než pro pouhý výběr a přijímání pracovníků. Usnadňuje či umožňuje provádět celou řadu činností nejen z oblasti personálního řízení. Organizace je využívají při personálním plánování, hodnocení výkonu, odměňování, vzdělávání, atd. (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 89–91). Mimo oblast personálního řízení zmiňuje Koubek využití pro plánování výroby a vývoje, reakce na potřeby trhu či organizaci práce (Koubek, 2011, s. 49).

Akreditační standardy Spojené akreditační komise nepracují s pojmem popis pracovního místa, ale požadují pro každého pracovníka platnou náplň práce, která odpovídá jeho kvalifikaci a také realitě. Formu požadují písemnou, jako součást pracovní smlouvy (Volejník, Marx, Vlček, 2009, s. 70).

Kompetenční profil pracovní pozice jako soubor předpokladů pro výkon na daném pracovním místě zahrnuje kromě vědomostí a dovedností také postoje, zkušenosti a motivaci pracovníka, tj. všechny aspekty, které zajistí, že pracovník plní své úkoly kvalitně, tj. kompetentně (Kocianová, 2010, s. 56).

2.2 Personální plánování ve zdravotnických organizacích

Plánování představuje cílevědomou lidskou činnost, která se orientuje do budoucnosti, vytváří ideje a předvídá budoucí stav věcí na základě poznání věcí minulých. Stanovuje určitý cílový stav, kterého má být dosaženo, včetně cest vedoucích ke stanovenému cíli, tj. použitých prostředků a časového rámce (Kocianová, 2010, s. 70, Obst, et al., 2006, s. 21).

Cíle personálního plánování korespondují s cíli organizace v tom smyslu, že, plánování, jak píše Armstrong, stanovuje potřebu lidských zdrojů k dosažení strategických cílů organizace. Rozlišuje tradiční kvantitativní přístupy, které označuje jako plánování pracovních sil, a plánování lidských zdrojů, které se zabývá širšími souvislostmi zaměstnávání a rozvoje pracovníků v organizaci (Armstrong, 2007, s. 305, 306) Konkrétními cíli plánování lidských zdrojů jsou získání a udržení pracovníků v potřebné kvantitě, tj. dostatečného počtu pracovníků, a kvalitě, tj. s potřebnými dovednostmi, zkušenostmi, schopnostmi a vlastnostmi, a to v optimálním časovém i prostorovém uspořádání (Koubek, 2012, s. 93, Armstrong, 2007, s. 309). Armstrong ještě doplňuje další obecnější cíle jako například formování flexibilní pracovní síly, která přispívá k adaptabilitě organizace, snižování závislosti na vnějších zdrojích pracovních sil a zefektivňování práce stávajících pracovníků (Armstrong, 2007, s. 309). Personální plánování by se mělo zaměřovat nejen na blízké potřeby, ale také na potřeby v budoucnu.

Jak bylo zmíněno výše, cíle personálního plánování korespondují s cíli organizace a tedy, jak píše Koubek, musí personální plány vycházet ze znalosti strategických plánů organizace, být s nimi v souladu a tvorba obou musí být synchronizovanou a kontinuální činností. Jen tak mohou být personální plány efektivní (Koubek, 2012, s. 94–95). To potvrzuje i Armstrong, který nabádá zahrnout personálního plánování do plánování celé organizace jako jeho

neodělitelnou součást (Armstrong, 2007, s. 305). V souladu s tím Snell, Morris a Bohlander za dobré manažery lidských zdrojů považují takové, kteří propojují plánování lidských zdrojů se strategickým plánováním celé organizace, protože si vzájemně dodávají informace a podklady k rozhodování (Snell, Morris, Bohlander, 2016, s. 41).

Způsoby, kterými je personální strategie uplatňována, se zabývá personální politika organizace a tvoří ji dílčí politiky podle jednotlivých personálních činností. Kocianová uvádí, že „… explicitně vyjádřená personální politika organizace by měla zahrnovat její deklarované cíle, odpovědnost za personální řízení a normy chování v personální oblasti…“, přičemž v mnoha organizacích je obsažena pouze ve způsobech jednání s lidmi (Kocianová, 2012, str. 92, 93).

Základním předpokladem zpracování plánu potřeby pracovníků je realistický odhad budoucí potřeby. K tomu je třeba mít kvalitní informace z makroprostředí, které, jak píše Koubek, ovlivňují intenzitu života v zemi, tj. faktory ekonomické a sociální. Dále firmy potřebují kvalitní informace o faktorech z oblasti mikroprostředí firmy a faktorech vnitropodnikových, jako je specializace firmy, zaměření na konkrétní trh, zdroje, technický a technologický vývoj, právní normy ovlivňující činnost firmy, možnosti využití pracovníků, existující struktura pracovníků a jejich potřeby a chování (Koubek, 2011, s. 55, 56). V souvislosti s výše uvedeným vychází organizace při personálním plánování ze dvou prognóz, a to z prognózy potřeby pracovních sil a prognózy zdrojů pracovních sil, která se zaměřuje jak na vnitřní zdroje pracovníků v rámci organizace, tak na trh práce (Kocianová, 2010, s. 75).

K odhadu budoucí potřeby pracovníků lze použít intuitivních metod založených na znalosti organizace (delfská metoda, kaskádová metoda, metoda manažerských odhadu) či kvantitativných metod založených na matematických a statistických výpočtech, jako je např. analýza vývojového trendu (Koubek, 2012, s. 102). Podobně uvažuje i Armstrong, který uvádí pro odhady budoucích potřeb

pracovníků intuitivní i kvantitativní metody. Jsou jimi prognóza poptávky, která odhaduje budoucí potřebu pracovníků a bere v úvahu též dovednosti a schopnosti, expertní metoda založená na úsudku manažerů, analýze vývojového trendu kvantitativního poměru mezi kategoriemi pracovníků s přihlédnutím ke změnám v organizaci, metoda založenou na časových studiích, prognóza potřeb dovedností a schopností a prognóza nabídky pracovních sil uvnitř i vně organizace (Armstrong, 2007, s. 312–314). Konkrétní použitá metoda závisí na všech výše uvedených podmínkách, ve kterých organizace působí, a na informacích, které má k dispozici.

V zařízeních následné péče je možné využít metody publikované Českou asociací sester s názvem „Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště.“ Pochylá a Pochylý uvádějí několik vzorců, které umožňují stanovit standard personálního vybavení na konkrétním pracovišti:

- propočet celkové pracovní doby ošetřovatelského personálu (CPDO) pro jeden konkrétní den v hodinách:

$$CPDO = \frac{M.n}{60} = \frac{M.L.O}{60},$$

kde:
M = počet minut ošetřovatelské péče na jednoho pacienta,
n = počet pacientů,
L = počet lůžek,
O = obložnost.

- propočet pracovních úvazků ošetřovatelského personálu (PPÚ) pro delší

časové období, kdy je známa průměrná obložnost:

$$PPÚ = \frac{M \,.L.O\,.365}{60\,.RPF},$$

kde:

M = počet minut ošetřovatelské péče na jednoho pacienta za 24 hodin,

n = průměrný počet pacientů,

L = počet lůžek,

O = průměrná obložnost,

RPF = reálný fond pracovní doby.

Celkový výsledek je pak třeba rozdělit mezi jednotlivé kategorie pracovníků a dále pak mezi jednotlivé směny tak, aby byl zajištěn 24 hodinový provoz v souladu s předpisy pro poskytování zdravotních služeb. Pro ošetřovatelskou péči (kód OD 00005) uvádějí Pochylá a Pochylý průměrnou hodnotu M = 145 minut a podle vyhlášky o seznamu výkonů s bodovými hodnotami je M = 97,9 minut (Pochylá, Pochylý, 2008, s. 5–6). Hodnoty se mohou v konkrétních případech individuálně lišit v závislosti na konkrétní skladbě kategorií pacientů a jejich diagnóz. Od uvedené vyhlášky se výrazně odlišuje i Pochylých určení potřeby jednotlivých kategorií pracovníků, kdy poměr zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu vůči zdravotnickým pracovníkům s odborným dohledem bez maturity činí zhruba jedna ku dvěma, zatímco předpis dle vyhlášky o seznamu výkonů s bodovými hodnotami je opačný (Pochylá, Pochylý, 2008, s. 11).

Reálné plánování potřeby lidských zdrojů v zařízeních následné a dlouhodobé péče je v českém prostředí podmíněno externími požadavky mimo samotné zdravotnické zařízení. Tak zvané personální vybavení zařízení následné a dlouhodobé péče nebylo do roku 2012 vázáno žádným závazným právním ani jiným předpisem. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami ve znění vyhlášky č. 411/2011 Sb., sice obsahuje v rámci Pravidel vykazování ošetřovacího dne také

část nazvanou Minimální personální vybavení, pro následnou a dlouhodobou péči kapitola 7.1.5.1 OD – odborné léčebné ústavy, ale tato její část nebyla vydána na základě zákonného zmocnění, tudíž ji nelze považovat za obecně závaznou. Zdravotní pojišťovny se ji v minulosti snažily vymáhat, respektive na jejím základě krátit úhrady zdravotnickým zařízením, což ve svém důsledku vedlo k soudním sporům. Kvůli problematické vymahatelnosti těchto povinností přistoupily zdravotní pojišťovny k zahrnutí personálního vybavení do smluvních ujednání se zdravotnickými zařízeními. Prakticky můžeme v současnosti pokládat minimální personální vybavení dle vyhlášky o seznamu výkonů s bodovými hodnotami za závazné pro všechna zařízení poskytující zdravotnické služby v rámci systému veřejného zdravotního pojištění.

Dne 1. dubna 2012 nabyla účinnosti vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Ta je nezpochybnitelným stanovením minimálních personálních limitů. Oproti předchozí uvedené vyhlášce zavádí povinnost zaměstnávat i další kategorie pracovníků, které ale zařízení následné péče často již zaměstnávají, protože jsou pro běžný chod zařízení potřební.

Stabilní struktura sítě zdravotnických zařízení v České republice, moratorium na nasmlouvání nových kapacit ze strany zdravotních pojišťoven, a tedy stabilní kapacita pro poskytování služeb i poptávka po nich znamenají stabilitu prostředí a činí plánování potřeb lidských zdrojů ve zdravotnictví oproti jiným odvětvím snazší.

K odhadu pokrytí potřeby pracovníků mohou zařízení následné a dlouhodobé péče využít různé metody v závislosti na formě zdroje, který může být vnitřní či vnější. Kocianová uvádí v případě vnitřních zdrojů jako příklady bilanční metodu založenou na zjišťování souladu mezi pracovními místy a pracovními schopnostmi tzv. Markovovu analýzu kvantifikující pravděpodobnost pohybu pracovníků uvnitř a vně organizace. V případě vnějších zdrojů pak uvádí metody založené na studiu a analýze statistických dat a demografických trendů (Kocianová, 2010, s. 76),

z nichž je podle mého mínění nejvhodnější sledování počtu absolventů v jednotlivých letech a zároveň jeho vývojový trend.

Personální plánování není činností, která by byla izolována od ostatních činností v organizaci, je nutně výsledkem kolektivního úsilí různých skupin a osob. Jak píše Koubek, příspěvek vrcholového vedení spočívá ve formulaci hlavních cílů a rámců, ve kterých se organizace bude pohybovat. Další úrovně vedení rozpracovávají přidělené úkoly a zabývají se konkrétními otázkami potřeby a zajištění jednotlivých druhů pracovníků a jejich potřeby v čase. Na úrovni liniových manažerů je pak představa o pracovních úkolech nejkonkrétnější a jsou to právě oni, kteří mohou nejlépe odpovědět na otázky týkající se potřeb a možností využití pracovníků na své úrovni. Personální útvar všem úrovním managementu poskytuje potřebné informace a rady, plní roli koordinátora a organizátora, celý plánovací proces metodicky vede a zpracovává a uchovává konečné dokumenty související s procesem personálního plánování (Koubek, 2012, s. 124, 125).

2.3 Získávání a výběr pracovníků ve zdravotnických organizacích

Získávání a výběr pracovníků považuji za personální činnosti, které mají rozhodující vliv na kvalitu lidí vstupujících do organizace, což uvádí též Kocianová (2010, s. 79). Různí autoři děl zabývajících se personální činností se shodují na jejich hlavním smyslu, případně cíli, za který považují zajištění dostatečného počtu kvalitních uchazečů pro pokrytí potřeby organizace, tj. konkrétních volných pracovních míst, a to s minimálními náklady, případně v přiměřeném čase (Armstrong, 2007, s. 343, Koubek, 2012, s. 126). Děje se tak ve třech na sebe navazujících krocích, kterými jsou dle Armstronga nejprve definování požadavků formou tvorby popisů a specifikací pracovního místa a podmínek zaměstnání, následuje volba zdrojů a přilákání uchazečů, které představuje část věnující se získávání pracovníků. Třetím krokem je pak samotný výběr pracovníka

(Armstrong, 2007, s. 343).

Koubek upozorňuje, že u menších organizací je třeba věnovat získávání a výběru pracovníků ještě větší pozornost, neboť důsledky špatného výběru jsou pro ně závažnější než pro větší organizace (Koubek, 2011, s. 21). U zařízení následné a dlouhodobé péče je pak nutné brát v úvahu, že pracovník bude obvykle zařazen do poměrně malého kolektivu, malé organizační jednotky – stanice, takže důsledek špatného výběru by mohl vážně narušit její fungování.

V nejobecnější rovině jsou pro každou organizaci k dispozici dva zdroje pracovníků. Vnitřní, kdy podnik využije pro obsazení stávajícího místa dosavadní zaměstnance, a vnější, kterých využije organizace v případě, že nemá dostatek vhodných a dostupných vlastních pracovníků.

Možné vnitřní zdroje závisí na konkrétní situaci v organizaci a ne všechny, jak je vyjmenovává např. Koubek (2012, s. 129), budou relevantní pro zařízení následné a dlouhodobé péče. Volní pracovníci získaní úsporou v důsledku změny technologie či organizace práce nepřipadají vzhledem ke stabilitě v systému poskytování zdravotní péče a legislativním požadavkům příliš v úvahu. Využití pracovníků uvolněných v důsledku organizačních změn nebo ukončení určité činnosti v organizaci je možností reálnější, i když ve zdravotnictví se v současnosti dotýká spíše akutních lůžek. Běžným vnitřním zdrojem jsou pracovníci vhodní pro umístění na náročnější pracovní místo a pracovníci, kteří projeví zájem o přemístění na volnou pracovní pozici, což se týká především povyšování. Koubek dále uvádí externí zdroje, kterými má na mysli volné pracovníky na trhu práce, absolventy, zaměstnance jiných organizací, případně důchodce a studenty (Koubek, 2012, s. 129), přičemž konkrétní využití v zařízeních následné a dlouhodobé péče mívá svá specifika, kterými jsou prakticky nulové počty volných uchazečů na trhu práce a omezené možnosti zaměstnávání některých čerstvých absolventů.

Využití interních zdrojů má výhody ve znalostech, které má jak organizace o uchazeči, tak uchazeč o organizaci. Má pozitivní vliv na loajalitu pracovníků v organizaci. Celý proces je také ekonomicky a časově méně náročný než využití externích zdrojů. Na druhé straně výběr je omezený a vzniká nutnost obsadit další uvolněné pracovní místo. Povýšení pracovníka může také způsobovat problémy v pracovních vztazích.

Při využití externích zdrojů má organizace výhodu širší nabídky potenciálních uchazečů. Nový pracovník bývá aktivnější, má nový pohled na zaběhnuté procesy a řešení problémů a je zdrojem vědomostí a dovedností, které nemusí být v podniku k dispozici. Nevýhodami jsou pak neznalost prostředí a vnitřního fungování organizace, což má za následek prodlužování adaptačního procesu, zvyšování fluktuace a blokace kariérního postupu stávajících zaměstnanců, kteří se cítili oprávněni nastoupit na uvolněné pracovní místo, a delší a dražší proces získávání pracovníků.

Způsob získávání závisí na charakteru pracovního místa. Jak píše Dvořáková, pro zvolení konkrétní metody jsou rozhodující požadavky na pracovní místa, finanční prostředky zaměstnavatele, které může použít na získávání, a také záleží na analýzách předcházejících procesu získávání a kvalitě přípravných prací. Vybraná metoda musí zajistit maximálně efektivní proces výběru (Dvořáková, 2007, s. 135). V úvahu je třeba vzít také časové omezení dané nutností pracovní místo obsadit. Každá metoda má za cíl dát vědět vhodným lidem, že existuje volné pracovní místo, a přimět je k tomu, aby se o toto místo ucházeli.

Při získávání pracovníků z vnitřních zdrojů využívají zdravotnická zařízení, jak píší Flynn, Mathis a Jackson zveřejňování nabídek práce v rámci organizace. Pro usnadnění může být součástí personálních informačních systémů tzv. vnitřní náborová databáze, která ulehčuje interní zveřejňování nabídek práce. Další metodou, kterou mohou zdravotnická zařízení použít, je povýšení. Při tom je třeba zvážit, zda dobrý výkon pracovníka bude obdobný i v případě povýšení, protože

na novém pracovním místě mohou být zapotřebí jiné schopnosti a dovednosti. Obdobně uvedené platí pro transfer pracovníků. Zdravotní sestra, která dobře a svědomitě plní svěřené úkoly a je platným a bezproblémovým členem týmu, nemusí mít nutně předpoklady k tomu, aby stejně bezvadně zastávala vedoucí sesterskou pozici (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 112). Kocianová uvádí, že „obsazování pracovních pozic z vnitřních zdrojů má v mnoha organizacích svá pravidla, je výsledkem posouzení výkonnosti a schopností pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků.“ (Kocianová, 2010, s. 82) Na základě těchto kritérií a metod lze identifikovat vhodné pracovníky z vnitřních zdrojů.

Na pomezí mezi vnitřními a vnějšími zdroji stojí bývalí žadatelé o zaměstnání, případně bývalí zaměstnanci, protože většina zdravotnických pracovníků, Seth uvádí 66%, zůstává na lokálním pracovním trhu (Seth, 2003, s. 87). Tento způsob získávání pracovníků šetří čas a energii, protože informace o potenciálních zaměstnancích již existují. Dále je možné využít referencí stávajících zaměstnanců, jejichž výhoda spočívá ve skutečnosti, že takto oslovení kandidáti častěji přijímají nabídku zaměstnání a jejich fluktuace je nižší.

Pokud organizace neshledá vhodným užít předchozích metod, přistoupí k získání pracovníka z vnějších zdrojů. Mezi běžné metody takového získávání pracovníků se řadí inzerování s volbou vhodného typu média, využití externích služeb zprostředkovatelů či specializovaných zprostředkovatelských a poradenských agentur (zejména pro vedoucí pracovníky), spolupráce se vzdělávacími institucemi, spolupráce s úřady práce, profesními sdruženími, vědeckými společnostmi a odbory, přímý kontakt uchazeče např. na základě doporučení a nabídek od uchazečů (Kocianová, 2010, s. 85, Koubek, 2012, s. 135-142, Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 113-115).

Nejběžnější metodou z výše uvedených, jak tvrdí Armstrong, je inzerování. Shledá-li jej organizace pro své potřeby vhodným, mělo by jeho cílem být upoutání

pozornosti uchazeče, vytvoření a udržení jeho zájmu a stimulace k akci, tedy k odpovědi na inzerát. K tomu je třeba vhodně zvolit text inzerátu, typ inzerátu (standardní sloupcový, částečně standardní, plně nestandardní) a vhodně zvolit typ média, který osloví potřebnou cílovou skupinu potenciálních zájemců o pracovní místo (Armstrong, 2007, s. 348–351).

Van der Sluis a Bunt-Kokhuis uvádějí, že k přilákání vynikajících uchazečů o zaměstnání pomáhá dlouhodobé budování značky organizace jako oblíbeného zaměstnavatele. Je to proces vytváření image organizace jako skvělého místa k práci. Organizace poskytuje informace o tom, kým jako zaměstnavatel je, co může svým pracovníkům nabídnout a umožnit, a při budování své značky jako dobrého zaměstnavatele se zaměřuje na zvýšení povědomí o společnosti jako o zaměstnavateli, preferování společnosti jako zaměstnavatele a na motivaci k oslovení společnosti (Van der Sluis, Bunt-Kokhuis, 2009, s. 59). Kocianová uvádí, že „… úsilí o dobrou zaměstnavatelskou pověst i bezproblémové utváření personálu organizace by mělo mít koncepční charakter. V této souvislosti lze hovořit o personálním marketingu… postihuje v nejširším záběru všechny aktivity, které dobrou pověst zaměstnavatele vytvářejí.“ (Kocianová, 2010, s. 89) Koubek připomíná, že součástí personálního marketingu je též průzkum trhu práce a vnějších podmínek, které pracovní sily ovlivňují (Koubek, 2012, s. 162).

Zařízení následné péče a dlouhodobé péče se často nacházejí mimo velká centra, stejně jako malé regionální nemocnice. Jak uvádí Kutscherová, pokud se zdravotnický pracovník rozhodne přijmout práci ve víceméně venkovském prostředí, nejedná se jen o jeho osobní rozhodnutí, ale v úvahu bere i názory svých rodinných příslušníků, což znamená, že se jedná spíše o kolektivní rodinné rozhodnutí, které zahrnuje kariéru partnera a sociální prostředí rodiny jako celku včetně vzdělávacích možností potomků. Chce-li takové zařízení při soutěži o pracovníky uspět, musí umět zabezpečit i potřeby rodinných příslušníků (Kutscher, 2013, s. 30–31).

Zdravotnická zařízení včetně zařízení následné a dlouhodobé péče mohou využít zahraničních zdrojů pro obsazení volných pracovních míst. Jak uvádí Clark, Stewart a Clarková, globalizace trhu zdravotnických pracovníků přináší řadu výhod, jak pro zaměstnance, tak pro organizace, přičemž je třeba poznamenat, že jde o ty organizace, které se nacházejí ve vyspělejší části světa. Oběma se možnosti rozšiřují. V méně vyspělých státech je ale nebezpečí odlivu pracovníků a snížení nabídky volných pracovních sil (Clark, Stewart, Clark, 2006, s. 50–51). Situace v České republice relevantní pro tuto oblast byla popsána v kapitole 1.2.

Zdravotnická zařízení mohou rovněž využít svých vzdělávacích kapacit určených pro získávání či doplňování kvalifikace zdravotnických pracovníků pro vytipování si vhodných kandidátů budoucí pracovní spolupráce. Zde je nutné poznamenat, že v případě následné a dlouhodobé péče je budování vlastních vzdělávacích kapacit nesrovnatelně obtížnější než např. ve fakultních nemocnicích, často dokonce technicky a ekonomicky nemožné.

Prvním krokem, který musí organizace při výběru učinit, je, jak správně poznamenávají Viswesvaran a Ones, ujistit se, že skupina uchazečů je dostatečně široká, neboť samotný proces výběru by nebyl smysluplný (Viswesvaran, Ones, 2010, s. 171). Samotný výběr, jak jej popisují Kocianová nebo Koubek, je procesem, v jehož průběhu musí organizace posoudit jednotlivé uchazeče z hlediska nároků na pracovní místo a zjistit, který z uchazečů splňuje nároky týkající se pracovního místa samotného i osobnostních předpokladů uchazeče nejlépe. Výběr se nezaměřuje pouze na současnost, ale také na budoucí perspektivu pracovníka v pracovním kolektivu a v organizaci (Kocianová, 2010, s. 94, 95, Koubek, 2012, s. 166). Koubek rozděluje fáze výběru na předběžnou fázi, která má za cíl na základě definice pracovního místa určit kritéria pro pozdější výběr pracovníka, a na fázi vyhodnocovací, která je souhrnem jednotlivých kroků představujících vlastní proces výběru (Koubek, 2012, s. 173,174). Podoba výběrového procesu závisí na konkrétní obsazované pracovní pozici. Organizace může v případě úspěšného získávání pracovníků a tedy většího počtu uchazečů

přistoupit k redukci formou předvýběru, který sníží počet uchazečů na zvládnutelnou úroveň (Foot, Hook, 2002, s. 85). U některých druhů pracovních pozic lze případně vynechat některé konkrétní kroky a postupy, které uvádějí Kocianová nebo Koubek a ke kterým patří zkoumání dokumentů uchazečů včetně životopisů a případně předběžný telefonický rozhovor nebo pohovor, které se označují za předvýběr, první osobní kontakt uchazečů s organizací při prvním rozhovoru, shromažďování a analýza dalších informací o uchazečích, výběrový pohovor a testování uchazečů, zkoumání referencí, prezentace pracoviště a potenciálních spolupracovníků uchazečům, rozhodnutí o výběru a informování všech uchazečů o přijetí, respektive nepřijetí. Uvedený výčet není dogmatem a lze se setkat s alternativními přístupy, přičemž výběr může být prováděn ve více kolech (Kocianová, 2010, s. 95, Koubek, 2012, s. 174). Podle Koubka je v našich malých a některých středních firmách běžné, že se výběr pracovníků provádí intuitivně a mnohdy se v něm uplatňují subjektivní a iracionální kritéria, před čímž je třeba varovat (Koubek, 2011, s. 105). Jednotlivá objektivní kritéria výběru lze podle Koubka rozdělit do skupin kritérií celopodnikových, týmových a kritérií konkrétního pracovního místa (Koubek 2012, s. 170), která musí být dostatečnými, jak uvádí Kocianová, „prediktory úspěšného výkonu“, a úkolem organizace při výběru je jejich porovnání s kompetencemi uchazečů (Kocianová, 2010, s. 96). Armstrong doporučuje zamyslet se, která výběrová kritéria jsou podstatná a která pouze žádoucí, s cílem získat realistické požadavky a zároveň nedopustit podhodnocení některých kritérií. Kritéria rozděluje na tři základní skupiny, a sice schopnosti odborné, schopnosti chování a odbornou přípravu a praxi. Jako možnost uvádí také využití tradičních systémů klasifikace, a sice sedmibodový Rodgereův model nebo pětistupňový Munro-Frazerův model, přičemž se stále častěji využívá přístup založený na schopnostech, kdy definované klíčové schopnosti jsou použity jako rámec výběru pracovníka (Armstrong, 2007, s. 345–346). Podle Koubka by malé a střední podniky měly klást při výběru důraz na samostatnost v práci a sebekontrolu, aktivní zájem a pomoc při dosažení úspěchu organizace, pracovní morálku, flexibilitu, schopnost řešit problémy, širší a univerzální odborný profil a sociální dovednosti v interpersonálních vztazích

(Koubek, 2011, s. 104).

S ohledem na charakter pracovního místa musí organizace zvolit vhodnou metodu výběru pracovníků. Základem je studium dokumentů, které jednotliví uchazeči předložili. Běžně se vyžadují životopisy, motivační dopisy a reference z předchozích zaměstnání. Z nich se můžeme dozvědět údaje o pracovní, studijní i osobní historii uchazeče, jeho pracovní morálce a fluktuaci. Méně obvyklou metodou je vyplnění dotazníku organizace. Zdravotnické zařízení musí při přijímání zdravotnického pracovníka hledět na zákonné podmínky jejich zaměstnávání. Při třídění uchazečů se tak nejprve kontroluje splnění následujících kritérií, a to zda má uchazeč odbornou způsobilost pro výkon povolání zdravotnického pracovníka podle příslušného zákona (dle konkrétní kategorie zdravotnického pracovníka), zda je uchazeč zdravotně způsobilý a bezúhonný.

Armstrong uvádí jako hlavní metody výběru pracovníků pohovor, assesment center, což je jakýsi soubor výběrových metod, a testy pracovní způsobilosti (Armstrong, 2007, s. 360) jako výkonové testy nebo testy osobnosti, k čemuž Koubek přidává dotazník, zkoumání životopisu, zkoumání referencí, lékařské vyšetření a přijetí na zkušební dobu (Koubek, 2012, s. 175–184). Pohovory se mohou podle charakteru obsazované pracovní pozice rozlišovat podle počtu účastníků na individuální rozhovor (tazatel a uchazeč) a panely, kdy pohovor provedou dva či více lidí. Členy panelu bývají personalista a linioví manažeři, případně další osoby, např. psycholog. Takový větší panel označuje Armstrong za výběrovou komisi, která je oficiálnějším a obvykle větším panelem svolaným a pověřeným orgány podniku, přičemž členy komise jsou zástupci všech částí podniku, které mají přímý zájem na výběru (Armstrong, 2007, s. 361).

Při užití assesment center se největší pozornost soustřeďuje na chování. Pomocí různých úkolů modelujících pracovní situace se předpovídá budoucí pracovní chování. Jako dodatek k těmto úkolům se používají pohovory a testy. Uchazeči se hodnotí ve skupinách, aby byla umožněna interakce. Vše posuzuje několik

vyškolených hodnotitelů, ideálně s účastí vyšších a vrcholových pracovníků.

Testy pracovní způsobilosti zabezpečují získání validních a spolehlivých údajů o úrovni uchazeče. Je důležité vybrat ty, které splňují kritéria citlivosti, standardizace, spolehlivosti a validity. Psychologické testy poskytují objektivní nástroj měření individuálních schopností a charakteristik. Zaměřují se na inteligenci, osobnost a schopnosti, případně získané a potenciální schopnosti. Vždy je třeba zvážit konkrétní metodu ve vztahu k požadavkům a potřebám konkrétního pracovního místa. Kocianová uvádí jako významný nástroj pro výběr pracovníků testy výkonové a osobnostní, a uvádí, že: „… psychologické posuzování způsobilosti uchazečů je realizováno u uchazečů na pracovní pozici, které jsou pro organizaci významné z hlediska ovlivňování finančních a materiálních zdrojů, z hlediska řízení lidí a jednání s klienty.“ (Kocianová, 2010, s. 112).

2.4 Přijímání, adaptace a rozmísťování pracovníků ve zdravotnických organizacích

Přijetí nového pracovníka můžeme chápat v užším pojetí jako procesy související s nástupem nového pracovníka do organizace, tak jak je to běžně chápáno v personální praxi, nebo v širším pojetí, kdy je předchozí doplněno též o přijetí stávajícího pracovníka na novou pracovní pozici (Kocianová, 2010, s. 128). Pro personální oddělení znamená přijetí nového pracovníka soubor administrativních činností jako sepsání pracovní smlouvy (nebo obdobného dokumentu), zařazení pracovníka do personální evidence a s tím související úkony vůči příslušným orgánům a institucím. Součástí přijímání pracovníků je též uvedení pracovníka na pracoviště, kde by ho měl personalista předat bezprostředně nadřízenému, který nového pracovníka seznámí s pracovním prostředím, ostatními pracovníky, právy a povinnostmi, zavede jej na místo výkonu práce, a předá mu pracovní pomůcky a zahájí procesy, které povedou k co nejrychlejšímu zapracování, a také zajistí, že

bude podávat co nejdříve maximální výkon.

Pro nového pracovníka je při vstupu do organizace nutné adaptovat se na novou organizační kulturu, na pracovní činnost a na mezilidské vztahy na pracovišti (Kocianová, 2010, s. 130, 131). Adaptační proces slouží ke zkrácení doby, po kterou zaměstnanec nepodává standardní výkon. Koubek tento proces označuje za orientaci pracovníků, kterou chápe jako důkladně promyšlený program specifických adaptačních a vzdělávacích aktivit, které mají za cíl pracovníka na konkrétním pracovním místě co nejrychleji a zároveň co nejlépe seznámit s pracovními úkoly, podmínkami a sociálním prostředím, do kterého se musí začlenit, a dopomoci mu získat znalosti a dovednosti na potřebné úrovni k vykonávání jeho práce (Koubek, 2012, s. 192–193). Flynn, Mathis a Jackson k výše uvedenému doplňují, že účelem tohoto procesu je kromě výše uvedeného i zajistit, aby nový zaměstnanec získal dobrý dojem z organizace, do které se rozhodl nastoupit a kterou musí též jako celek poznat (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 167). Dobře zvládnutý proces orientace má v konečném důsledku pozitivní vliv na náklady organizace, produktivitu práce a stabilitu pracovních týmů, což je podle Bedrnové a Nového při orientaci cílem organizace (Bedrnové, Nový, 2009, s. 521). Efektivní orientační programy v případě ve zdravotnických zařízeních by podle Bumgarnerové a Biggerstaffové, které se zabývaly orientací zdravotních sester, měly posílit zajištění kvalitní péče o pacienta tím, že podporují kritické myšlení nových sester. Orientační programy musí provést nové sestry přípravou pro poskytování péče a zároveň musí obsahovat postupy pro osoby, které jsou za orientaci nových sester odpovědné (Bumgarner, Biggerstaff, 2000, s. 249). Proces orientace pracovníků může být součástí vzdělávacího systému organizace.

Organizační struktura a systém práce na jednotlivých odděleních následné péče v různých zařízeních je podobný. Při přijímání nových pracovníků, kteří již v nějakém zdravotnickém zařízení pracovali, je pro tyto relativně snadné přizpůsobit se prostředí, které se podobá předchozímu působišti. Adaptační

proces je v takovém případě vhodné zaměřit na adaptaci na sociální prostředí, a to jak v rámci organizace jako celku, tak na konkrétním oddělení. Pro čerstvé absolventy je adaptační proces důležitější v tom smyslu, že je třeba, aby si osvojili profesionální chování sestry či lékaře a zvládli samostatný výkon tohoto povolání. Získání této samostatnosti je rovněž podmíněno absolvováním příslušného postgraduálního vzdělávání. Adaptační proces by jim měl také pomoci se osobně vyrovnat s přechodem do pracovního prostředí, protože, jak připomíná Duchscherová, pro sestry absolventky je totiž přizpůsobování se pracovním podmínkám spojeno s pocity úzkosti, nejistoty, nedostatečnosti a s tím vším související nestability (Duchscher, 2008, s. 1103).

Absolventi i zkušení pracovníci musí při adaptaci získat základní orientaci v rutinních pracovních postupech konkrétního pracoviště. Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo v roce 2009 Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky. Tento pokyn je nezávazný, avšak doporučený, a podrobně specifikuje veškeré detaily adaptačního procesu včetně požadavků na osobu školitele a dokumentace prokazující průběh a ukončení procesu. Zdravotnická zařízení tak získala vodítko pro vypracování svých interních postupů. Metodický pokyn předpokládá, že plán adaptačního procesu sestavuje vedoucí pracovník příslušného úseku, stanovuje předpoklady pro školitele, frekvenci hodnocení (až 1x týdně včetně zápisu), způsob ukončení a zejména obsah jednotlivých činností v procesu adaptace (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009, s. 40–42).

Povinností nemocnice akreditované podle standardů Spojené akreditační komise ČR je vytvořit pro všechny pracovníky plán adaptace a vést o procesu adaptace u každého nového pracovníka dokumentaci. Každý nově příchozí pracovník musí být, a tato skutečnost je předmětem ověřování při akreditačním auditu, při nástupu prokazatelně proškolen v činnostech požadovaných legislativou a ve všech dalších činnostech vyplývajících z jeho popisu pracovního místa. Pro každé pracovní místo musí mít zařízení vypracovaný individuální plán adaptace (Marx,

Vlček, 2009, s. 18). Takový důraz na adaptační proces dává smysl, neboť, jak píše Váňa, jedna z nejčastějších příčin neúspěchu při obsazování volných pozic v nemocnici je podcenění nebo zanedbání adaptačního procesu nového pracovníka. Nezvládnutý adaptační proces je problematický jak pro pracovníka, tak pro nemocnici, která jednak vyplýtvala zdroje na získání pracovníka, jednak může promeškat příležitost rozpoznat jeho nedostatky a včas spolupráci ukončit (Váňa, 2009). Vlček, Ivanová, Sadíek a Marx, kteří prováděli v roce 2008 výzkum v 76 lůžkových zdravotnických zařízeních v České republice včetně zařízení následné péče, uvádějí, se zabývali mimo jiné oblastí zapracování lékařů. Uvádějí, že vnitřní předpis formálně upravující proces zapracování lékařů včetně odpovědných osob, termínů a činností pro všechny lékařské pozice existuje v 60 % zařízení a v dalších 3 % pak jen pro některé lékařské pozice. Přes absenci předpisu provádějí a dokumentují téměř všechna zařízení, konkrétně 98,7 %, při nástupu lékařů školení bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a požární ochrany a většina, 71,1 % zařízení, provádí a dokumentuje školení všech lékařů v resuscitaci a dalších 9,2 % zařízení jej provádí pouze na některých pracovištích. Písemný doklad o provedeném zapracování nad rámec výše uvedených forem zapracování lékařů vytváří 53,4 % a dalších 5,5 % jen na některých pracovištích (Vlček, Ivanová, Sadílek, Marx, 2010, s. 183–184).

K tomu, aby organizace optimálně využila pracovní schopnosti zaměstnanců, pověřovala je přiměřenými úkoly a správně formovala týmy, slouží rozmísťování pracovníků. Koubek je definuje jako „… kvalitativní, kvantitativní, časové a prostorové spojování pracovníků s pracovními úkoly a s pracovními místy s cílem optimalizovat vztah mezi člověkem, jeho prací a pracovním místem, a tím dosahovat zlepšování individuálního, týmového i celoorganizačního pracovního výkonu.“ (Koubek, 2012, s. 235) Uvedené je průběžný a nekončící proces slaďování zdrojů a potřeb organizace.

Kocianová nebo také Gladkij a kol. rozlišují při rozmísťování pracovníků jednotlivé formy rozdělené dle typu mobility. Formami rozmísťování pracovníků v rámci

vnitřní mobility rozumí povýšení pracovníka, převedení pracovníka na jinou práci a přeřazení pracovníka na nižší funkci. V rámci vnější mobility pak u rozmísťování pracovníků rozlišuje aktivní stránku vnější mobility, do níž zahrnuje získávání, výběr, přijímání a orientaci pracovníků, a pasivní stránku vnější mobility, kterou je myšleno ukončování pracovního poměru (Kocianová, 2010, s. 137–138, Gladkij, et al., 2003, s. 227–228).

2.5 Hodnocení pracovníků ve zdravotnických organizacích

Proces hodnocení pracovníků není smysluplný pouze pro zaměstnavatele, ale, jak píše Koubek, i pro každého jednotlivého zaměstnance, který přispívá k výsledkům a pověsti firmy. Na jedné straně potřebuje zaměstnavatel znát kvalitu a míru tohoto příspěvku, na druhé straně pak zaměstnanec potřebuje zpětnou vazbu (Koubek, 2011, s. 124). V průběhu hodnocení pracovníků jsou, jak uvádí Kocianová nebo Koubek, shromažďovány informace o kritériích, která jsou při hodnocení pracovníků sledována a kterými je výkon vyjádřený výsledky práce, jednání pracovníka ve vztahu k práci a v pracovním kolektivu, a o pracovních schopnostech jako jsou dovednosti, znalosti a vlastnosti, zaměstnanců, a to vše za účelem kontroly a zvyšování výkonnosti, zlepšení chování a získání informací o možnostech rozvoje zaměstnanců. Hodnocení může být prováděno průběžně neformálně, příležitostně, nebo je systematické a formální (Kocianová, 2010, s. 145, Koubek, 2012, s. 208, Koubek 2011, s. 127–128). Dědina a Cejthamr definují formální systém hodnocení pracovníků jako hodnocení standardizované, periodické, podle přesně zvolených kritérií (Dědina, Cejthamr, 2005, s. 230). Výsledky práce, tj. pracovní výkon, jsou dle Dubinskyho a kol. definovány jako průnik ostatních kritérií (Dubinsky, Jenings, Greengartner, Brans, 2010, s. 72). Gesme a Wisemanová označují za efektivní takové hodnocení výkonu lékařů, které má systematický celoroční přístup, jenž spojuje výkon s předem stanovenými hodnotami žádoucího výkonu, za účelem dosažení obecných cílů organizace, zlepšení péče a zvýšení spokojenosti pacientů (Gesme, Wiseman, 2011, s. 131).

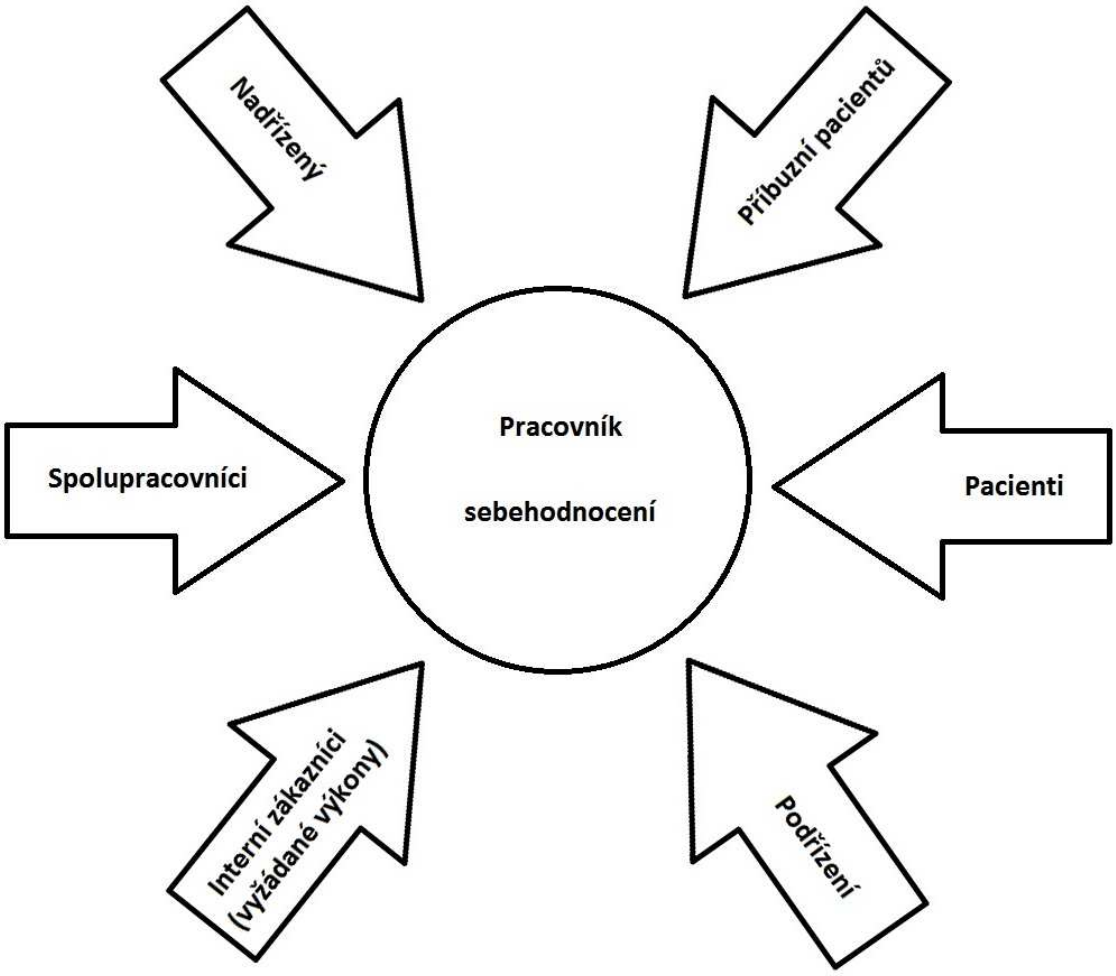
Na nutnost mít předem stanovené standardy a jejich hodnoty upozorňuje i Flynn, Mathis a Jackson, a to pro každou pracovní pozici. Stanovené by měly být manažery ve spolupráci s odborníky na lidské zdroje a každý pracovník by měl být při svém nástupu s uvedenými standardy seznámen a měl by si být vědom faktu, že právě na jejich základě bude později hodnocen. Při hodnocení je pak nutné odečíst od výsledků šum, kterým jsou kritéria ovlivněna, ale na které nemůže mít vliv sám pracovník (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 187). Narcissová a Harcourt popisují spravedlivý systém hodnocení jako takový, který zachovává principy rovnosti, a to nejen objektivně, ale musí být tak vnímán i subjektivně každým pracovníkem. Ten jej tak přijímá v případě, že jeho hodnocení odpovídá skutečnému pracovnímu výkonu a zároveň je vázáno na jeho další působení v organizaci, konkrétně na úpravu mzdy, povýšení, případně další opatření. Systém hodnocení by měl být procedurálně spravedlivý bez možnosti zvýhodňování jednotlivců. Narcissová a Harcourt zmiňují, stejně jako Flynn, Mathis a Jackson výše, že pracovník by měl být seznámen s postupy hodnocení hned na začátku pracovního poměru (Narcisse, Harcourt, 2008, s. 1153–1154), a podobně Clarková, Harcourt a Flynn uvádějí, že takové kroky by měly být provedeny jako součást orientace pracovníka (Clark, Harcourt, Flynn, 2013, s. 677). Při úvahách o hodnocení pracovníků by podle Scottové a Einsteina měl být brán v úvahu charakter a specifika týmu, ve kterém pracují, a měly by mu být přizpůsobeny způsoby hodnocení (Scott, Einstein, 2001, s. 115).

Firmy jsou podobně jako lidé v nich jedinečné, proto i systém efektivního hodnocení může mít v každé firmě jinou a přitom efektivní podobu, což potvrzuje Hroník a poznamenává, že tuto jedinečnost každé firmě dodává její nezaměnitelná firemní kultura (Hroník, 2006, s. 10). Flynn, Mathis a Jackson uvádějí, že ve většině zdravotnických zařízení hodnotí výkon svého podřízeného přímý nadřízený, a to nejčastěji formou osobního pohovoru, který by měl být veden jako soukromý rozhovor. Některá zdravotnická zařízení využívají při hodnocení svých manažerů informací z první ruky. Nositeli těchto informací jsou jejich přímí podřízení. Najmutí hodnotitelů z prostředí mimo vlastní organizace zase dává

možnost podívat se na výkon pracovníků z odlišné perspektivy. Externí hodnotitel přináší objektivní pohled na jednotlivé pracovníky a procesy, který by nemusel být možný při využití hodnotitelů z řad vlastních zaměstnanců. Sebehodnocení zaměstnanců jako další metoda je výhodná v tom, že nutí zaměstnance samotného se zamyslet nad svými silnými a slabými stránkami. Nepoužívá se samostatně, ale jen jako doplněk k dalším způsobům hodnocení. Běžným způsobem je týmové hodnocení svých spolupracovníků, případně hodnocení pracovníků se stejným postavením, jako hodnocený pracovník. Vzhledem k organizačnímu uspořádání zdravotnických zařízení, kdy jsou zaměstnanci zařazováni do směn a na jednotlivá pracoviště, a charakteru práce bývá pozorování ostatních pracovníků při práci za účelem hodnocení obtížné (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 191–192).

Následující způsob hodnocení, třistašedesátistupňpovou zpětnou vazbu, považují v případě lékařů Dubinsky a kol. za vhodný způsob jejich posouzení jako pracovníků a zároveň za nástroj rozvoje jejich výkonnosti. Poskytuje jim zpětnou vazbu o jejich efektivnosti z pohledu pacientů, o pohledu na ně jako na kolegy a též pohledu ostatních lékařů na ně samotné jako lékaře (Dubinsky, Jenings, Greengartner, Brans, 2010, s. 72–73). Armstrong uvádí Wardovu definici třistašedesátistupňové zpětné vazby, která zní: „Systematické shromažďování údajů o pracovním výkonu jedince nebo skupiny, získaných z řady zdrojů, hodnotících tento pracovní výkon, na něž navazuje poskytování zpětné vazby." (Armstrong, 2007, s. 433)

Obrázek 1: Hodnotitelé třistašedesátistupňového hodnocení v podmínkách zařízení následné a dlouhodobé péče



Zdroj: Vlastní zpracování

V zařízeních následné a dlouhodobé péče, přičemž tvrzení lze zobecnit i na nemocnice, existují jednak pracovníci organizovaní v úzce spolupracujících týmech, jednak jednotlivci, kteří jsou z povahy své práce víceméně samostatní. Týmy jsou skupiny pracovníků (zdravotní sestry, ošetřovatelský personál a další obslužný personál), obsluhující provoz jednotlivých stanic, tým pracovníků stravovacího provozu, prádelny, případně další. U těchto pracovníků je důležitý výkon celku, tj. spolupráce na společném výsledku, čemuž musí odpovídat systém

hodnocení, který si zařízení vytvářejí. Vlček, Ivanová, Sadíek a Marx ve svém výzkumu v 76 zdravotnických zařízení včetně zařízení následné péče uvádějí, že vnitřním předpisem upravující v celém zařízení formální hodnocení lékařů zahrnující odpovědné osoby, termíny a metody písemného hodnocení lékařů disponuje 53,9 % zařízení. Z výzkumu dále vyplývá, že existují zařízení, která provádí hodnocení neformálně, protože 65,8 % zařízení uvedlo, že do 6 měsíců od nástupu provádí u všech lékařů vstupní hodnocení a 58 % zařízení pravidelně, alespoň jednou za dva roky, hodnotí všechny lékaře a dalších 10 % zařízení je hodnotí pouze na některých pracovištích (Vlček, Ivanová, Sadílek, Marx, 2010, s. 183–184).

2.6 Odměňování pracovníků ve zdravotnických organizacích

Odměňování je v současné době chápáno nejen jako prostá peněžní náhrada za čas, který člověk věnuje práci, respektive zaměstnavateli. Šířeji se jím rozumí veškeré přínosy, které zaměstnanec v souvislosti s výkonem práce pro zaměstnavatele získává, a to nejen hmotné, ale i nehmotné. Všechny společně tvoří jednotlivé složky celkové odměny zaměstnance, které Armstrong dělí způsobem uvedeným přehledně v následujícím obrázku (Armstrong, 2009, s. 42).

Obrázek 2: Složky celkové odměny

<table>
<tr><td rowspan="3">Transakční odměny</td><td>Základní mzda/plat</td><td rowspan="3">Celková v penězích vyjádřená (hmotná) odměna</td><td rowspan="5">Celková odměna</td></tr>
<tr><td>Zásluhová odměna</td></tr>
<tr><td>Zaměstnanecké výhody</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Relační (vztahové) odměny</td><td>Vzdělávání a rozvoj</td><td rowspan="2">Nepeněžní/vnitřní odměny</td></tr>
<tr><td>Zkušenosti/zážitky z práce</td></tr>
</table>

Zdroj: Armstrong, 2009, s. 42

Zaměstnanec snadno zhodnotí výši své čisté mzdy, případně platu, méně dbá o mzdu hrubou a téměř nikdy ho nezajímají celkové náklady na jeho práci, tedy včetně odvodů zaměstnavatele na sociální a zdravotní pojištění a případně dalších nákladů. Dobře pocítí i případnou mimořádnou odměnu, kterou rovněž snadno vyčíslí. Uvědomění si hodnoty zaměstnaneckých výhod je složitější. Zaměstnanci se oceněním příliš nezabývají. Další složka, vzdělávání a rozvoj, je zaměstnancem chápána jako součást odměny jen málokdy, spíše je považována za běžnou součást výkonu jejich práce, či dokonce povinnost zaměstnavatele vzdělávání zajistit. Hodnota pracovních zkušeností je obecně uznávána, avšak zaměstnanci ji jako součást celkové odměny za práci často nevnímají.

Koubek a Kocianová se shodují, že systém odměňování pracovníků ve firmě by měl jednak vyhovovat jejím potřebám a možnostem a zároveň být spravedlivý a motivující (Koubek, 2011, s. 158, Kocianová, 2010, s. 160). Obecným cílem tohoto systému je dle Armstronga spolupráce při dosahování strategických i krátkodobých cílů organizace a zajišťování potřeb všech zainteresovaných stran (Armstrong, 2007, s. 515). Očekávání firmy, respektive jejích manažerů a vlastníků, a řadových zaměstnanců jsou v případě systému odměňování pracovníků přirozeně rozdílná. Firma, jak píše Koubek, očekává, že její systém pomůže získat konkurenční výhodu při získávání pracovníků, stabilizovat současné pracovníky, zajistit dostatečně vysokou produktivitu a zisk, produkovat kvalitní výroby a služby, dosáhnout potřebné úrovně flexibility a kreativity svých zaměstnanců a formovat a rozvíjet pracovní kolektiv a zdravé pracovní a mezilidské vztahy uvnitř firmy. Naproti tomu zaměstnanci se soustřeďují na očekávání a potřeby své vlastní a své rodiny, kdy předpokládají přiměřené zabezpečení životních potřeb, získání sociální jistoty, stability, perspektivy a možnosti seberealizace. Očekávají také spravedlnost, dobré vztahy na pracovišti a uznání za práci, jejíž provádění je bude uspokojovat (Koubek, 2011, s. 159).

Při odměňování je třeba mít na paměti, jak píše Wagnerová, že „… pokud vzniká nerovnováha mezi přínosem zaměstnance pro firmu a přínosem firmy pro

zaměstnance, vede taková situace k nestabilitě a v konečném důsledku, pokud rovnováha není obnovena, i k rozpadu vztahu.“ (Wagnerová, 2008, s. 31) Singh doporučuje zařízením dlouhodobé péče držet se úrovně odměn na trhu, protože přeplácení by mohlo strhnout řetězovou reakci obdobných zařízení v okolí (Singh, 2010, s. 425). Skutečné pocity zdravotního personálu, konkrétně zdravotních sester, z jejich odměňování zjišťovalo dotazníkové šetření České asociace sester provedené v červnu a červenci 2013. 79 % dotázaných sester uvedlo, že nemají pocit, že by za svou práci byly spravedlivě odměňovány (Prezidium ČAS, 2013, s. 17). Proti tomuto výzkumu lze namítnout, že většina lidí bude spíše nespokojená se svojí odměnou za práci a že tento výzkum provádí lobbistická organizace za účelem podpory svých argumentů při tlaku na zvyšování platů a mezd zdravotních sester, nicméně i tak je indikátorem stavu oblasti odměňování v českém zdravotnictví.

V sektoru zdravotnictví v České republice je odměňování ze zákona nejednotné. Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ukládá, kromě jiného, příspěvkovým organizacím, mezi nimiž jsou i některá zařízení následné a dlouhodobé péče, řídit se svými ustanoveními o platu, zatímco ostatní zdravotnická zařízení se řídí ustanoveními o mzdě. Odměňování podle předpisů o platu připomíná systém nárokového odměňování pracovníků, jak jej popisují Flynn, Mathis a Jackson (2007, s. 249–250). Organizace odměňují zaměstnance na základě odsloužených let, kdy se zaměstnanci se svou mzdou posouvají po určitém časovém úseku postupně výše, zvyšování platů se děje fixním procentem a odměny jsou poskytovány na základě benevolence organizace. Platový systém tak vyhovuje více starším zaměstnancům. Ti považují, jak píší Gladkij a kol., za svůj vklad ve prospěch organizace „… také věkem získané zkušenosti a považují legitimní, aby odměna byla alespoň do určité míry přizpůsobena principu seniority.“ (Gladkij, et al., 2003, s. 221) Ustanovení zákoníku práce o mzdě dává širší možnosti odměňování na základě dohody zaměstnance a zaměstnavatele, případně s účastí odborových organizací. To ovšem neznamená, že výsledkem nemůže být systém nárokového odměňování. Může se ovšem více blížit výsledkově

orientovanému přístupu. V praxi, na lokální úrovni, jsou obvykle příspěvkové organizace tzv. market-makery v oblasti úrovně odměňování a ostatní se jim přizpůsobují.

Tabulka 8: Vývoj výdělků lékařů a sester v České republice

	Průměrný měsíční příjem ve zdravotnictví celkem		Průměrný měsíční příjem lékařů		Průměrný měsíční příjem všeobecných sester a porodních asistentek	
Rok	Mzda	Plat	Mzda	Plat	Mzda	Plat
2010	23 660	27 733	49 223	50 235	23 397	27 515
2011	24 740	29 188	55 514	57 687	23 678	28 145
2012	25 439	30 403	55 957	61 078	23 567	29 150
2013	25 314	30 174	54 863	60 635	23 647	28 706

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 3, 5, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 3, 6

Zdánlivě se může zdát, že příspěvkové organizace dle výše platu budou zaměstnavateli první volby. Je však nutné upozornit, že výše uvedená statistická data je nutné brát s určitou rezervou, neboť zejména u zdravotních sester platí, že dle předpisů o mzdě jsou odměňovány i sestry ambulantních specialistů, soukromých lékařů, které neslouží noční a víkendové služby a jejichž mzda je tedy přirozeně o tyto příplatky nižší. Detailní struktura platů lékařů, kterých bylo v roce 2011 takto odměňováno celkem 12 411, a sester, kterých bylo 34 449, je uvedena v následující tabulce.

Tabulka 9: Struktura platu lékařů a zdravotních sester v roce 2011

Složky platu	Lékaři	Sestry
Plat celkem	**57 687**	**28 145**
tarifní plat	29 326	17 919
příplatek za vedení	993	226
příplatek za práci ve ztíženém prostředí	101	53
zvláštní příplatky	561	698
plat za práci přesčas vč. příplatku	5 687	1 128
odměna za pracovní pohotovost	1 389	116
příplatky za práci v SO + NE	984	1 144
příplatek za práci ve svátek	483	498
příplatek za noční práci	766	975
náhrady platu	5 084	2 984
osobní příplatek	5 994	1 354
odměny	6 318	1 051

Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 9

Zaměstnanecké výhody definuje Armstrong jako „… složky odměny poskytované navíc k různým formám peněžní odměny. Zahrnují také položky, které nejsou přímo odměnou, jako je například každoroční dovolená na zotavenou.“ (Armstrong, 2007, s. 595) Při volbě „menu“ je třeba mít na paměti, že ne všechny zaměstnanecké výhody musí být pro zaměstnance přitažlivé. Proto Armstrong vyzdvihuje tzv. „kafeteria systém“. Jde o pružný systém zaměstnaneckých výhod, který umožňuje pracovníkům vybrat si z řady nabídek v rámci stanovených finančních limitů (Armstrong, 2007, s. 596). Koubek uvádí, že na rozdíl od mzdy či platu se zaměstnanecké výhody zpravidla poskytují pracovníků pouze za to, že jsou v dané firmě v pracovním poměru, přičemž někdy se přihlíží i k postavení pracovníka a dalším souvislostem. Zaměstnanecké výhody mohou mít podobu různých benefitů z oblasti sociálních výhod, výhod zkvalitňujících využívání volného času i těch majících vztah k práci a v některých firmách i výhody spojené s postavením ve firmě (Koubek, 2011, s. 185, 186).

Kocianová uvádí, že v České republice jsou nejběžnější krátkodobě orientované benefity s okamžitým efektem (Kocianová, 2010, s. 165). Mezi takové benefity lze zařadit příspěvky na závodní stravování nebo stravenky, delší dovolenou a dny

volna vázané na konkrétní účel, příspěvky a vouchery na volnočasové aktivity, firemní půjčky, využívání služebního vozidla pro soukromé účely, příspěvky na penzijní připojištění a životní pojištění a úhrada nebo příspěvky na zájmová školení a kurzů. Kocianová také uvádí, že organizace se často zaměřují na benefity, které jsou pro ně a pro zaměstnance výhodné z hlediska daňového, a tedy představují v poměru k jiným finanční úsporu (Kocianová, 2010, s. 165).

Flynn, Mathis a Jackson uvádějí, že ve zdravotnictví získávají význam výhody zaměřené na rodinu. Zdůvodňují tento trend zřejmou skutečností, že pracovní sílu ve zdravotnických organizacích tvoří ženy (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 289).

2.7 Vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků ve zdravotnických organizacích

Vzdělávání bývá, jak bylo uvedeno výše, řazeno mezi součásti celkové odměny zaměstnance. Skládá se jednak z příspěvku či celé úhrady vzdělávací akce a souvisejících nákladů jako dopravy a stravování, ale zejména z času, který zaměstnavatel poskytne zaměstnanci v rámci jeho pracovní doby, aby jej využil pro potřeby vzdělávání.

Je skutečností, že investice do sebe sama je výhodou, kterou může člověk využít v celém svém profesním životě, a je tedy de facto odměnou, nicméně je otázkou, zda si toto zaměstnanci uvědomují a zda to stejně chápou. Zajímavý výzkum Evy Ludvíkové z roku 2008, zabývající se vzděláváním zdravotních sester, se tématu dotýká. Naprostá většina jeho respondentů, kterými byly zdravotní sestry ze dvou velkých moravských nemocnic, považuje vzdělávání za důležité (97,3 %) a chce se účastnit vzdělávacích akcí (77,3 %). Nicméně ochota investovat do něj je velmi omezená. 18 % respondentů nechce investovat vůbec a dalších 46,7 % je ochotno za celodenní vzdělávací akci utratit pouhých 300 Kč (Ludvíková, 2008, s. 63, 65, 78).

Z druhé strany se můžeme na vzdělávání dívat očima „teorie lidského kapitálu“. Zařízení následné péče jsou především souborem pracovníků, což potvrzuje i struktura jejich nákladů, a proto investice do jejich vzdělávání zvyšuje hodnotu celého zdravotnického zařízení. Pro obě strany pak platí, že zdravotničtí pracovníci mohou svá povolání vykonávat pouze za stanovených podmínek, přičemž jednou z nich je postgraduální a průběžné celoživotní vzdělávání.

Aby zdravotnický pracovník poskytoval vždy kvalitní služby v souladu s úrovní současného poznání ve zdravotnictví, je nezbytné, aby neustále rozvíjel své odborné znalosti. Zdravotnictví je sektor s dynamickým rozvojem, proto, aby sám sebe neodsoudil do pozice méně kvalifikované pracovní síly, musí sledovat trendy v oboru, přizpůsobovat se jim, učit se nové metody a postupy (Matoušek, 2012, s. 21).

Lékaři mají povinnost celoživotního vzdělávání zakotvenu v zákoně č. 95/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Formami celoživotního vzdělávání jsou podle zákona zejména samostatné studium odborné literatury, účast na kurzu, školicí akci, seminářích, odborných a vědeckých konferencích a kongresech, absolvování klinické stáže v akreditovaném zařízení či účast na odborně vědeckých aktivitách, publikační a pedagogická činnost a vědecko-výzkumná činnost. Účast na celoživotním vzdělávání a získání diplomu celoživotního vzdělávání je podmínkou vydání licence pro výkon funkce vedoucího lékaře a primáře ve zdravotnickém zařízení, jak stanovuje Stavovský předpis č. 16 České lékařské komory (ČLK, 2012, s. 1).

Zdravotní sestry a ostatní nelékařští zdravotničtí pracovníci v České republice získávají, udržují a rozvíjejí svou odbornou úroveň na základě zákona č. 96/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů, který stanoví odbornou způsobilost, jako základní podmínku výkonu povolání zdravotnických pracovníků s cílem ochránit pacienta před situací, kdy zdravotní péči poskytuje nekvalifikovaný nebo

nedostatečně kvalifikovaný personál (Matoušek, 2012, s. 21). Podobu vzdělávání v České republice ovlivňují požadavky, které jsou na nás kladeny v souvislosti s naším členstvím v Evropské unii. Direktiva Evropského parlamentu a Evropské rady 2005/36/EC, se v článku 31 věnuje vzděláváním všeobecných zdravotních sester (EP, 2005, s. 40–41).

Původní rozsah vzdělávání zdravotních sester v délce čtyř let středoškolského studia v současnosti postačuje pouze pro kvalifikaci zdravotnického asistenta. Pro získání kvalifikace musí tak zdravotní sestra absolvovat ještě další studium na vyšší nebo vysoké škole v příslušném oboru. Praktickým dopadem po zavedení nového systému vzdělávání nelékařských pracovníků byl dočasný nedostatek zdravotních sester a problémy s naplňováním předpisů pro počty personálu. Adamczyk upozorňuje na nebezpečí vyplývající z akademizace sesterského vzdělávání, kdy je kladen větší důraz na teoretickou stránku vzdělávání na úkor dostatečné praktické průpravy (Adamczyk, 2010). V průběhu celého profesního života mají zdravotní sestry zákonem stanovenou povinnost účastnit se celoživotního vzdělávání, a to předepsanými formami, kterými jsou specializační vzdělávání, certifikované kurzy, inovační kurzy, odborné stáže, účast na školicích akcích, konferencích, kongresech a sympoziích, publikační a pedagogická činnost, dále také e-learning a samostatné studium odborné literatury. Plnění této povinnosti celoživotního vzdělávání prokazují v souladu s vyhláškou č. 423/2004 Sb., která stanovuje kreditní systém pro vydání osvědčení pro zdravotnické pracovníky. Podle současných předpisů je třeba získání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, který umožňuje zdravotním sestrám vykonávat svoji profesi, nashromáždit v průběhu 10 let 40 kreditů, což představuje v podstatě pouze jedinou akci ročně v hodnotě 4 kreditů (jednodenní školicí akce nebo inovační kurz). Tento malý rozsah zpochybňuje účel celoživotního vzdělávání obsažené v definici zákona č. 96/2004 Sb., když původně bylo třeba 40 kreditů nashromáždit v průběhu 6 let (Matoušek, 2012, s. 21). Zdá se, že důvody prodloužení registračního období na 10 let nebyly odborného charakteru, ale ryze technického, což potvrzuje důvodová zpráva

k návrhu zákona, kdy "… důvodem pro prodloužení registračního období je potřeba řešit kritickou situaci na Uznávací jednotce Ministerstva zdravotnictví a pověřené organizace NCO NZO v Brně." (Šnajdr, 2010, s. 12) Dle výsledků výzkumu Moravcové, Hlinovské a Zejdové by se 80 % sester vzdělávalo, i kdyby neměli povinnost celoživotního vzdělávání stanovenou zákonem. Podle 85 % sester zlepšují poznatky získané při celoživotním vzdělávání kvalitu ošetřovatelské péče (Moravcová, Hlinovská, Zejdová, 2015, s. 127). Jak skutečně přispěje konkrétní vzdělávací akce k rozvoji odborných, osobnostních nebo sociálních kompetencí, řeší konkrétní vzdělávací instituce. Obligatorní charakter většiny vzdělávání pracovníků v zařízeních následné péče znamená, že náklady na ně jsou určitou formou nákladů fixních, potřebných na udržení personálního zajištění zdravotních služeb (Matoušek, 2012, s. 22).

Vzdělávání má významnou roli v plánování osobního rozvoje pracovníků, které je dle Armstronga činností, kdy jedinci sami odpovídají za svůj rozvoj, plánují a realizují vzdělávací a rozvojové aktivity. Při tom je jim poskytnuta podpora ze strany vedoucích pracovníků i organizace (Armstrong, 2007, s. 471). Kociánová navrhuje plán v rozsahu identifikace potřeb rozvoje, očekávaných výsledků, seznamu aktivit, stanovení odpovědnosti za rozvoj, časového rozvrhu a zhodnocení výsledků. Paleta činností uspokojujících vzdělávací a rozvojové potřeby je široká a zahrnuje nejen vzdělávací kurzy, ale též pozorování, práci na projektech a úkolech atd. (Kocianová, 2010, s. 173, 174).

Pro zajištění budoucích potřeb v personální oblasti mohou organizace využívat formování pracovních sil prostřednictvím řízení kariéry. Na druhé straně rozšiřuje pracovníkům možnosti budoucího uplatnění na trhu práce. Kariéra je dle Kocianové „… složka životní dráhy, která je vázána na pracovní zařazení.“ (Kocianová, 2010, s. 174) Plevová rozlišuje vnitřní kariéru, tj. psychologické hledisko, a vnější kariéru zahrnující hledisko sociologické, tj. vnímání pracovní pozice ve společnosti atp. (Plevová, 2012, s. 220). Podle Armstronga se řízení kariéry „… skládá z procesů plánování kariéry a z řízení následnictví

ve funkcích…“ s cílem zabezpečit potřeby organizace při budoucím obsazování manažerských funkcí (Armstrong, 2007, s. 330). Rozvoje pracovníků a plánování kariéry organizaci napomáhá také tak, že zvyšuje motivaci, angažovanost a loajalitu pracovníků.

2.8 Pracovní podmínky a péče o pracovníky ve zdravotnických organizacích

Kocianová rozlišuje širší a užší pojetí pracovních podmínek, přičemž v širším pojetí jimi rozumí podmínky ekonomické, technické a organizační, dále sem zahrnuje pracovní dobu a pracovní režim, stav pracovního prostředí, podmínky bezpečnosti práce, sociální podmínky práce, péče o pracovníky atd. V užším pojetí uvádí organizaci pracovní doby, pracovní prostředí, bezpečnost a ochranu zdraví při práci, sociálně-psychologické podmínky práce a povinnou péči o pracovníky a zmiňuje, že velká část z nich je součástí pracovněprávní legislativy (Kocianová, 2010, s. 178). Povinná péče o pracovníky je první skupinou dle Koubkova dělení pracovních podmínek. Do této první skupiny řadí ještě podmínky dané kolektivními smlouvami vyšší úrovně. Druhou skupinou jsou podmínky ujednané mezi odborovými organizacemi a zaměstnavatelem stvrzené kolektivní smlouvou a třetí skupinou dobrovolná péče o pracovníky, jejímž účelem je získání konkurenční výhody na trhu. Pro potenciální zaměstnance je totiž jedním z hlavních kritérií při výběru budoucího zaměstnavatele právě oblast péče o pracovníky. Výčet činností, které podle Koubka spadají do oblasti péče o pracovníky, zahrnuje délku a organizaci pracovní doby, pracovní prostředí, bezpečnost práce a ochranu zdraví, personální rozvoj pracovníků, služby poskytované pracovníkům na pracovišti, ostatní služby poskytované pracovníkům a jejich rodinám a péči o životní prostředí (Koubek, 2012, s. 343–344).

Pracovní doba určuje dle Dědiny a Cejthamra využitelnost pracovníka v práci a, s přihlédnutím k legislativním požadavkům a omezením, představuje určitý

kompromis, kdy se slaďují potřeby zaměstnavatele na straně jedné a zaměstnance jakožto živého organismu na straně druhé (Dědina, Cejthamr, 2005, s. 236). V této souvislosti Koubek poznamenává, že pracovní doba ovlivňuje život a životní způsob člověka i mimo práci samotnou (Koubek, 2012, s. 344). U organizací jako lůžková zdravotnická zařízení včetně zařízení následné a dlouhodobé péče, která jsou ze své podstaty organizacemi s nepřetržitým provozem, proto uvedená poznámka nabývá na významu. Nepřetržitému provozu musí odpovídat i řešení pracovní doby, kdy největší množství práce je obvykle vykonáno ve všedních dnech mezi 7. a 16. hodinou. Pokud se týká pracovního režimu, používají lůžková zdravotnická zařízení, zejména v případě nelékařských zdravotnických pracovníků, směnný provoz.

Pracovní prostředí je shodně podle Koubka a Dědiny s Cejthamrem tvořeno souhrnem všech materiálních podmínek pracovní činnosti, které působí na výkon pracovníka a na jeho zdravotní stav v průběhu pracovního procesu. Jednotlivé skupiny pracovních podmínek zahrnují prostorové řešení pracoviště (výška pracovní plochy, prostor pro pohyb na pracovním místě apod.), fyzikální podmínky práce (teplota, vlhkost apod.) a sociálně-psychologické podmínky. Posledně jmenované podmínky závisí na skutečnosti, zda člověk pracuje v kontaktu s dalšími pracovníky, nebo je jeho práce vykonávána v izolovaném prostředí (Koubek, 2012, s. 353, Dědina, Cejthamr, 2005, s. 236–237). Poskytování zdravotních služeb v zařízeních následné péče je ze své podstaty prováděno více osobami a je třeba mít na paměti, že mezilidské vztahy na pracovišti, respektive jejich kvalita, vytváří společenskou atmosféru a příznivě nebo nepříznivě ovlivňují náladu pracovníka, jeho pracovní chování a výkon. Škrla a Škrlová připomínají důležitost týmové atmosféry a přístupu k zajištění efektivní ošetřovatelské péče prostřednictvím vzájemné podpory, synergického efektu a dělby práce. Výslovně uvádějí, že „… sestry pracující v kvalitním týmu se navzájem energetizují a podporují, práce je pro ně zážitkem, radostí a výzvou.“ (Škrla, Škrlová, 2003, s. 358)

Nevhodné pracovní prostředí může vést až výskytu syndromu vyhoření zdravotnických pracovníků. Černá a Kožíková řadí mezi pracovní podmínky, které jsou rozhodující pro vznik syndromu vyhoření, výraznou asymetrii pociťovanou zdravotní sestrou při poskytování ošetřovatelské péče, kdy sestra cítí, že dává více, než dostává (práce není náležitě oceněna formou pochvaly či vděku), nedostatek pocitů radosti a úspěchu (např. při péči o staré a umírající lidi), zdravotní sestra pociťuje tlak anebo málo svobody v rozhodování a necitlivé vedení (Černá, Kožíková, 2004, s. 265).

Vzhledem ke svému charakteru je většina zdravotnických pracovišť pro své manažery výzvou v oblasti bezpečí, zdraví a bezpečnosti nejen pacientů, ale také zdravotnických pracovníků (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, 303). Zařízení následné a dlouhodobé péče musí dodržovat platnou národní a oborovou legislativu z oblasti bezpečnosti práce a pracovních podmínek. Koubek připomíná, že „… zaměstnavatelům je uložena povinnost provádět opatření, jejichž cílem je odstranit příčiny ohrožení života a zdraví pracovníka a vytvořit bezpečné pracovní podmínky. Tato jeho povinnost je kontrolovatelná.“ (Koubek, 2012, s. 355) Akreditovaná zdravotnická zařízení pak musejí dodržovat a naplňovat příslušné standardy, které se uvedenou oblastí zabývají. Konkrétně jde u akreditací udělovaných Spojenou akreditační komisí České republiky o standardy poskytování péče č. 45–48 (Spojená akreditační komise České republiky, 2009, s. 55–58).

2.9 Odbory a kolektivní vyjednávání ve zdravotnických organizacích

Odbory definují Flynn, Mathis a Jackson jako formální sdružení pracovníků, které prosazují zájmy svých členů prostřednictvím kolektivního vyjednávání (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 225). V České republice upravují postavení a práva odborových organizací zákon o kolektivním vyjednávaní a zákoník práce. Hlavními odborovými organizacemi působícími v naší zemi v oblasti zdravotnictví jsou

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR a Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů. Koubek uvádí výčet práv odborových organizací. Mají možnost rozhodnout o stávce či zastavení práce v případě bezprostředního ohrožení života nebo zdraví zaměstnanců, spolurozhodují v případech, ve kterých je dle předpisů nebo smluv vyžadován předchozí souhlas odborového orgánu, poskytují součinnost se zaměstnavatelem v případech, kdy je zákonem vyžadována povinnost projednat určité záležitosti s odbory a kontrolují dodržování kolektivní smlouvy, pracovněprávních předpisů, předpisů týkajících se bezpečnosti práce, případně vyřizují stížností svých členů. Koubek dále doporučuje zaměstnavatelům v zájmu zachování a prohloubení dobrých vztahů s odbory obracet se na odbory s žádostí o stanovisko či názor i nad rámec svých povinností (Koubek, 2012, s. 331).

Výsledkem kolektivního vyjednávání je v případě dohody kolektivní smlouva, která obvykle obsahuje, jak píše Koubek, ujednání o kolektivních vztazích (např. pracovní řády), individuální pracovní vztahy (např. pracovní režim, pracovní doba, vzdělávání pracovníků, atd.) a mzdovou oblast. Smlouva se uzavírá na dobu jednoho roku nebo na dobu dohodnutou oběma smluvními stranami, přičemž platí, že se vztahuje i na pracovníky, kteří nejsou odborově organizováni (Koubek, 2012, s. 332–333).

Gladkij kol. upozorňují, že odborové organizace sice mají za úkol hájit oprávněné zájmy zaměstnanců, na jejich adresu také uvádí, že „… prosazováním neoprávněných nebo reálně nesplnitelných požadavků zejména prostřednictvím různých nátlakových akcí může většinou krátkodobě narušit stabilitu zdravotnického systému a může mít nepříznivé důsledky na plnění základních funkcí systému.“ (Gladkij, et al., 2003, s. 83)

2.10 Uvolňování pracovníků ze zdravotnických organizací

Uvolňování pracovníků nastává ve chvíli, kdy pracovník odchází z vlastní vůle do jiné organizace, odchází do důchodu, případně při jeho úmrtí. Pracovník také odchází v situacích, kdy se pro zaměstnavatele stává z provozních důvodů nadbytečným, nebo při vážném porušení pracovní kázně.

Koubek apeluje v případě propouštění z důvodu nadbytečnosti na to, že je třeba zajistit spravedlivý a šetrný způsob, který je zároveň výhodný pro organizaci. Obvyklými metodami používanými při výběru pracovníků určených k propuštění jsou metoda LIFO (last-in-first-out) a metoda založená na výkonu pracovníků. První zmíněná je založená na předpokládaném morálním právu zasloužilých pracovníků. Pro organizaci se jedná o jednoduchou, pohodlnou a ospravedlnitelnou metodu. Na druhé straně metoda založená na výkonu dává morální právo na zachování pracovního vztahu právě nejvýkonnějším pracovníků bez ohledu na senioritu (Koubek, 2012, s. 248). V případech redukce pracovníků z důvodu nadbytečnosti nabádá Kocianová k citlivému a věcnému přístupu založenému na včasném informování pracovníků a slušném jednání za účelem ulehčení jejich těžké životní situace. Zároveň připomíná další možnou metodu řešení nadbytečných pracovníků, a sice jejich dobrovolný odchod motivovaný finančními kompenzacemi (Kocianová, 2010, s. 192). Armstrong kromě slušného a citlivého přístupu upozorňuje na to, že cílem postupů při řešení problému nadbytečnosti je i zachování schopnosti managementu provozovat podnik efektivně (Armstrong, 2007, s. 404).

Sociálně odpovědná organizace pomáhá nadbytečným pracovníkům při hledání jiného zaměstnání a se startem nové kariéry. Tento tzv. outplacement může podle Kocianové zahrnovat různé formy pomoci jako informování o postupech na úřadech, vzdělávací akce zaměřené na hledání nového zaměstnání, poskytnutí profesního nasměrování, vzdělávací programy zaměřené k rozšíření pracovního uplatnění, pomoc při navazování nových pracovních kontaktů, psychologické

poradenství pro propouštěné pracovníky i jeho blízké, poskytnutí možnosti užívat zařízení organizace a pomoci jeho zaměstnanců (personalistů) po jistou dobu po propuštění a samotné vyhledávání zaměstnání (Kocianová, 2010, s. 196).

Výše uvedenými službami personálního poradenství si organizace vytváří a udržuje dobré jméno. Při propouštění je také vhodné brát v potaz možnost opětovného navázání pracovního poměru. Za nezbytné považuji zdůraznit, že vzhledem k rigidnosti sítě zdravotnických zařízení v České republice není v našich podmínkách propouštění zdravotnických pracovníků z důvodu nadbytečnosti obvyklou situací. Do budoucna však nelze vyloučit plošnou redukci lůžkové kapacity, díky níž by se takováto situace mohla stát aktuální.

V českém zdravotnictví je běžnější odchod pracovníků z vlastní vůle. V případě všeobecných sester potvrdily závěry studie Ivanové, Nakládalové a Vévody, že existuje jednoznačný vztah mezi pracovní spokojeností a úmyslem ze zaměstnání odejít a připomínají, že výšená fluktuace všeobecných sester znamená pro zdravotnické zařízení finanční ztráty, popřípadě nebezpečí snížení kvality zdravotních služeb (Ivanová, Nakládalová, Vévoda, 2012, s. 18, 22). Organizace by tak měla pozitivně ovlivňovat faktory pracovní spokojenosti, respektive ty faktory, které Štikar, Rymeš, Riegel a Hoskovec (2003, s. 115) označují jako faktory vnější na pracovníkovi nezávislé. Osobnostní faktory stojí mimo vliv organizace. Při úvahách o pracovní spojenosti je pak třeba brát v úvahu fakt, že, jak píše Paulík, běžně dochází k přelévání subjektivních pocitů mezi prací a životem (Paulík, 2001, s. 2). Singh jako dva hlavní druhy nákladů zařízení dlouhodobé péče přímo spojené s fluktuací uvádí náklady na změnu pracovníka a náklady na výcvik nového pracovníka. Zmiňuje také nepřímé náklady, jako je cena času managementu spojeného s nahrazováním pracovníka či nižší produktivita nových pracovníků před plným zapracováním (Singh, 2010, s. 426). Fottler se svými spoluautory udává, že většinu sester uvádí při ukončení pracovního poměru z vlastní vůle důvody osobní a odmítá identifikovat důvody vztahující se k práci, které by mohly s ukončením souviset (Fottler, 1995, s. 290).

V této souvislosti považuji za nutné zdůraznit důležitost výstupního (propouštěcího) rozhovoru, který dává organizacím zpětnou vazbu na ně samotné. Jak píše Kocianová, takovýto rozhovor může zabránit odchodu dalších pracovníků a identifikovat problémy, které stávající pracovníci nemusí být ochotni svému zaměstnavateli sdělit. U odcházejícího pracovníka lze totiž očekávat větší otevřenost (Kocianová, 2010, s. 192).

3 Výzkumné šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice

3.1 Metodologické souvislosti výzkumného šetření

3.1.1 Cíl výzkumného šetření

Personální řízení v organizaci je obecně v optimální podobě charakterizováno jako integrovaný systém dílčích personálních činností. Požadavky na podobu personálního řízení v různých typech organizací mohou být i rozdílné, a to v závislosti na vnějších a vnitřních faktorech. V praxi se personální řízení v jednotlivých organizacích liší podle rozsahu a kvality realizovaných činností. Vzhledem k tomu, že personálnímu řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice nebyla dosud věnována v odborných rozpracováních významnější pozornost, zaměřil jsem výzkumné šetření na oblast personálního řízení v těchto organizacích jako na komplexní systém. Cílem šetření je zjistit podobu personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice, popsat a následně analyzovat získané informace, a rovněž porovnat výsledky daného šetření s charakteristikou systému personálního řízení na základě odborných zdrojů.

Šetření má odpovědět na otázku: „Jak jsou v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice realizovány dílčí personální činnosti v systému personálního řízení?“

Záměru disertačního projektu vytvořit komplexní obraz personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče odpovídalo kvalitativní šetření. Z hlediska redukce informací odpovídá šetření získávání mnoha informací o velmi malém počtu sledovaných jedinců, usiluje získat všechna možná data a následně

v nich nalézat struktury a pravidelnosti (Disman, 2002, s. 286–287). Určení rozsahu všech možných sledovaných dat mi poskytla odborná literatura k personálnímu řízení v podobě výčtů dílčích personálních činností (viz Personální činnosti a metody personální práce, Kocianová, 2010) a rovněž znalost praxe zkoumaného prostředí.

3.1.2 Výzkumný vzorek

Největší podíl na zajištění následné a dlouhodobé péče mají léčebny dlouhodobě nemocných, ve kterých je poskytována péče v rámci úhradových kódů ošetřovacího dne (OD) 00024, který se vykazuje na lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů, a OD 00005, který se vykazuje na ošetřovatelských lůžkách všech odborností. Velikostí svého podílu na celkovém objemu následné a dlouhodobé péče jsou další v pořadí psychiatrické léčebny a dále ostatní odborné léčebné ústavy včetně rehabilitačních. Základní soubor výzkumu je podle Reichela souhrnem objektů, který lze jasně vymezit (Reichel, 2009, s. 76). Základním souborem daného šetření jsou zařízení, jejichž hlavní činností je samostatné poskytování následné a dlouhodobé péče, přičemž nejsou do základního souboru začleněny psychiatrické léčebny a hospice. Základní soubor zahrnuje nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných a odborné léčebné ústavy, které všechny poskytují následnou péči a dlouhodobou péči na ošetřovatelských lůžkách. Výzkumný vzorek jsem vybíral ze skupiny zařízení, která poskytují převážně péči dlouhodobou na ošetřovatelských lůžkách, neoborových následných lůžkách ostatních odborných léčebných ústavů a na lůžkách následné rehabilitační péče.

Výběr vzorku zařízení následné a dlouhodobé péče, které jsem začlenil do výzkumného šetření, je záměrný, tj. nenáhodný (například Miovský, 2006, s. 135), jednotlivá zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice jsem cíleně vybíral podle určitých kritérií, a to podle zřizovatele zařízení, právní formy zařízení

a akreditace zařízení, předpokladem byla rovněž ochota představitele zařízení se výzkumu zúčastnit. Při výběru vzorku jsem neprováděl teoretickou saturaci, ale využil jsem osobní zkušenost založenou na pozorování. V průběhu let jsem zjistil, že problémy a přístupy k jejich řešení v jednotlivých zařízeních významně souvisejí se zřizovatelem. Zřizovatele zařízení, kterým jsou orgány státní správy, samosprávy, fyzické a právnické osoby (bez veřejnoprávních), jsem stanovil jako kritérium výběru do výzkumného vzorku, přičemž jsem rovněž sledoval různorodost zařízení z hlediska právní formy, tj. příspěvkové organizace, obchodní korporace, nestátní neziskové organizace. Podle statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky s názvem Síť zdravotnických zařízení 2011 bylo v roce 2011 zřízeno v následné péči (bez psychiatrických léčeben, hospiců a tzv. dalších lůžkových zařízení) 8 % zařízení centrálními orgány státní správy, 32 % orgány samosprávy a 61 % fyzickými nebo právnickými osobami (bez veřejnoprávních). Podle statistiky počtu lůžek je zřizovatelem v 16 % případů centrální orgán státní správy, ve 33 % případů orgán samosprávy a v 51 % případů fyzická nebo právnická osoba (s výjimkou veřejnoprávních). Pokud se týká počtu lůžek ošetřovatelské péče provozované zařízeními podle zřizovatele (jiný druh relevantních následných a dlouhodobých lůžek statistika neposkytuje), je podle této statistiky 60% lůžek ošetřovatelské péče zřizováno fyzickými nebo právnickými osobami (bez veřejnoprávních), 30 % lůžek ošetřovatelské péče zařízeními zřizovanými samosprávnými celky a 9 % procent centrálními orgány státní správy (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012, s. 43–48, 123–129). Při začlenění zařízení do výzkumného vzorku podle zřizovatele jsem se snažil přiblížit výše uvedenému poměru počtů zařízení zřízených jednotlivými skupinami zřizovatelů, avšak v případě malého vzorku nelze rozložení dodržet přesně. Ve výzkumném vzorku je 50 % zařízení zřizovaných fyzickou nebo právnickou osobou, 37,5 % zařízení zřizovaných samosprávným celkem a 12,5 % zařízení zřizovaných centrálním orgánem státní správy. Z hlediska právní formy obsahuje vzorek 50 % obchodních korporací (společností s ručením omezeným), 37,5 % příspěvkových organizací a 12,5 % obecně prospěšných společností. Rovněž jsem sledoval to, aby ve vzorku byla

zastoupena zařízení akreditovaná oprávněným hodnotitelem kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče i neakreditovaná zařízení. Ve výzkumném vzorku je polovina zařízení akreditovaných a polovina neakreditovaných. Začlenění zařízení do výzkumného vzorku bylo podmíněno ochotou jejich představitelů se výzkumného šetření zúčastnit. Informace z oblasti personálního řízení jsou citlivé, proto jsem se při získávání respondentů zaměřil na představitele zařízení (vyhovujících výše uvedeným kritériím), které jsem osobně znal a u nichž jsem předpokládal větší otevřenost.

Vybraný soubor celkem osmi zařízení, jejichž přehled je uveden v Příloze C, zahrnuje téměř celé spektrum typů organizací z hlediska zřizovatele a právní formy zařízení. Jedná se o zařízení přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví, příspěvkovou organizaci zřízenou krajem, společnost s ručením omezeným ve vlastnictví kraje, obecně prospěšnou společnost a společnosti s ručením omezeným ve vlastnictví soukromých subjektů – fyzických osob, v jednom případě s menšinovým spoluvlastnickým podílem města. Spektrum poskytované péče zahrnuje především dlouhodobá lůžka ošetřovatelské péče, lůžka následné péče a různé typy následných rehabilitačních lůžek. Kromě toho některá zdravotnická zařízení zařazená do výzkumného šetření poskytují kromě výše uvedené péče ještě péči na lůžkách léčebných ústavů tuberkulózy a respiračních nemocí a též sociální péči na tzv. zdravotně sociálních lůžkách. Většina zařízení poskytuje různý rozsah ambulantní péče. Velikost jednotlivých zařízení daná rozsahem poskytované péče je v rámci České republiky od obecně nejmenších k obecně největším zařízením.

První dvě zařízení, která byla zařazena do výzkumného šetření, jsou nemocnice následné péče Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou a Městská nemocnice Roztoky, které provozuje RHG spol. s r.o. Tento výběr jsem zvolil z důvodu snadného přístupu k informacím, protože daná společnost je mým zaměstnavatelem.

RHG spol. s r.o. – Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou je provozována společností s ručením omezeným ve vlastnictví fyzické osoby. Ve svém regionu, kterým je Středočeský kraj, poskytuje péči na 132 ošetřovatelských lůžkách (kód ošetřovacího dne 00005). Ze všech zařízení zařazených do výzkumného vzorku poskytuje nejširší rozsah ambulantní péče. Zařízení není akreditováno.

RHG spol. s r.o. – Městská nemocnice v Roztokách je středočeské zařízení na severním okraji Prahy. Zařízení je provozováno stejným vlastníkem jako Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou. Poskytuje péči na 77 ošetřovatelských lůžkách (kód ošetřovacího dne 00005), v 5 ambulancích, na rentgenologickém pracovišti a sonografickém pracovišti. Zařízení není akreditováno.

Hamzova léčebna, která sídlí v Luži-Košumberku v Pardubickém kraji, je odborný léčebný ústav poskytující následné a dlouhodobé zdravotnické služby. Poskytuje především léčebnou rehabilitaci lůžkového i ambulantního typu pro dětské i dospělé nemocné z celé České republiky, nejvíce však z východních Čech. Disponuje celkem 505 lůžky, a to převážně rehabilitačními, 85 lůžek tvoří lůžka ošetřovatelské péče. Dále poskytuje poměrně rozsáhlou ambulantní péči a provozuje ortopedickou protetiku. Léčebna je přímo řízenou organizací Ministerstvem zdravotnictví České republiky s právní formou příspěvkové organizace. Jako jediná léčebna ze vzorku poskytuje lůžkovou péči dětským pacientům. Zařízení je akreditováno.

Nemocnice následné péče LDN Horažďovice je společnost s ručením omezeným ve vlastnictví Plzeňského kraje. Poskytuje následnou lůžkovou péči na 140 lůžkách s kódem ošetřovacího dne 00024 (20 z těchto lůžek může být užíváno též pro sociální služby na zdravotnickém lůžku) a dále péči na 10 lůžkách určených pro sociální služby na zdravotnickém lůžku. Nemocnice provozuje několik ambulancí a komplement zahrnující laboratoř a rentgenologické pracoviště. Zařízení je akreditováno.

Název dalšího zdravotnického zařízení *Interna Zábřeh* pochází z jeho původního zaměření z období privatizace zařízení. V současnosti tato společnost s ručením omezeným ve vlastnictví soukromých osob a podílem města Zábřeh na Moravě poskytuje následnou péči na 32 ošetřovatelských lůžkách (kód ošetřovacího dne 00005) a sociální služby na 60 zdravotnických lůžkách v západní části Olomouckého kraje. Ambulantní péče zahrnuje interní a kardiologickou ambulanci. Zařízení není akreditováno.

Nemocnice následné péče Ryjicie je příspěvkovou organizací Ústeckého kraje. Poskytuje péči na 115 následných lůžkách (kód ošetřovacího dne 00024). Jako jediné ze zařízení zahrnuté do výzkumného vzorku neposkytuje ambulantní péči. Zařízení je akreditováno.

Odborný léčebný ústav Paseka je příspěvkovou organizací Olomouckého kraje. Jeho součástí je léčebna tuberkulózy a respiračních nemocí se 60 lůžky, léčebna dlouhodobě nemocných (kód ošetřovacího dne 00024) se 165 lůžky, rehabilitační léčebna se 73 lůžky, dále oddělení ošetřovatelské péče s 30 lůžky a také 16 lůžek pro sociální služby na zdravotnickém lůžku. Ambulantní péče zahrnuje 7 pracovišť, léčebna provozuje vlastní biochemickou laboratoř a rentgenologické pracoviště. Zařízení je akreditováno.

Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly je obecně prospěšnou organizací zřízenou Sdružením Chvaly, z. s. Poskytuje rehabilitační a doléčovací služby na 50 lůžkách a také ambulantní péči. Zařízení není akreditováno.

3.1.3 Metody výzkumného šetření

K přípravě výzkumného šetření jsem využil pozorování a nestrukturované rozhovory. V průběhu posledních let jsem měl možnost účastnit se veřejných

i neveřejných odborných setkání zabývajících se problematikou zdravotnictví, a to přednášek, konferencí, jednání spolků, jednání zájmových sdružení právnických osob, jednání se správními orgány i se zdravotními pojišťovnami. Při těchto příležitostech, při kterých jsem byl plnohodnotným členem skupin, jsem využil skryté *pozorování*. Miovský charakterizuje skryté zúčastněné pozorování jako zvláštní formu pozorování, při kterém účastníci výzkumu nejsou informováni o skutečnosti, že jsou pozorováni, pozorovatel se jako jeden z účastníků zapojuje do běžných interakcí (Miovský, 2006, s. 153). Mé zúčastněné pozorování bylo přínosné z důvodu, který uvádí Disman, a to je participace na životě zkoumané skupiny jako nástroj k porozumění problémům lidí a situace (Disman, 2002, s. 305). *Nestrukturovaný rozhovor* charakterizuje Miovský jako metodu s vnějšími znaky přirozeného rozhovoru (Miovský, 2006, s. 157). Při osobních neformálních rozhovorech s potenciálními respondenty při různých jednáních před vlastním výzkumným šetřením jsem zjišťoval jejich ochotu se výzkumného šetření zúčastnit a ověřoval jsem možnosti realizace zamýšleného záměru svého výzkumu.

Metodami výzkumného šetření byly analýza dokumentů, dotazník a rozhovor. *Analýzu dokumentů* jsem využil jako strategii založenou na analýzách již existujících materiálů, tj. podle Miovského analýza dokumentů v užším pojetí (Miovský, 2006, s. 98). Materiály, které jsem prozkoumal, byly výroční zprávy jednotlivých zařízení. Výhodu těchto materiálů spatřuji v tom, co uvádí k dokumentům v sociálních výzkumech Reichel, že jsou to produkty lidské činnosti, které nebyly vytvořeny v souvislosti s výzkumným problémem, ale za účelem uchování a předání informace (Reichel, 2009, s. 125). Nevýhodu spatřuji v předem dané informační hodnotě, která nemusí napomoci řešení výzkumného problému. Analýzu výročních zpráv jsem provedl metodou obsahové analýzy, kterou podle Silvermana (2005, s. 140) preferují kvantitativní výzkumníci, nicméně pro potřeby svého výzkumného šetření ji považuji za relevantní.

Bylo však třeba zvážit realizační efektivitu, která je, jak uvádí Reichel, založena na výběru metody „… jež se při stejné kvalitě výsledků a organizační náročnosti zdá

jako efektivnější, tzn. dá se předpokládat, že by mohla přinést nejpříznivější poměr mezi kvalitou získaných údajů a vynaloženými prostředky.“ (Reichel, 2009, s. 92). Po zvážení časové náročnosti předpokládaného rozhovoru s ohledem na časové možnosti ředitelů či jednatelů jednotlivých zařízení jako respondentů jsem se rozhodl využít rovněž *dotazník*. Například Hendl připouští v kvalitativním výzkumu strukturovaný dotazník s uzavřenými otázkami (Hendl, 2005, s. 206), rovněž Reichel uvádí možnost použití dotazníku při kvalitativních akcích (Reichel, 2009, s. 118). Zvolil jsem rozdělení otázek mezi dotazník (viz Příloha A) a rozhovor (Příloha B). Otázky, na které je možná jednoduchá odpověď, obsahuje dotazník. Otázky, u kterých lze předpokládat objasnění, zahrnuje rozhovor. Dotazník a rozhovor jsou konstruovány se zachováním návaznosti témat, s možností rozvést odpovědi z dotazníkového šetření v rozhovoru. Využití dotazníku napomohlo optimalizovat celkovou časovou náročnost dotazování. Pro optimální podobu dotazníku a k přípravě rozhovoru jsem realizoval pilotní šetření v RHG spol. s r.o. – Nemocnici s poliklinikou v Kralupech nad Vltavou. Úpravy otázek v dotazníku a v rozhovoru na základě pilotního šetření byly minimální, pouze formulační. V *dotazníku* jsou využity především uzavřené otázky, rovněž polouzavřené otázky i otevřené otázky. Předpokládal jsem, že k vyplnění dotazníku využije ředitel či jednatel pomoci svých podřízených, což bylo přínosné z důvodu získání přesnějších informací i z hlediska přípravy ředitele či jednatele na rozhovor. Dotazník je strukturován podle oblastí personálního řízení, k jednotlivým oblastem jsou uvedeny dílčí otázky. Po oslovení jsou položeny otázky k charakteristice zařízení. První skupina zahrnuje otázky k zajištění personální práce v zařízení, druhá obsahuje otázky k personální strategii, personální politice a k personálnímu plánování. Navazující třetí oblast otázek se zaměřuje na analýzu pracovních míst, čtvrtá na získávání a výběr pracovníků, pátá na přijímání a adaptaci pracovníků, šestá na hodnocení pracovníků a sedmá oblast na odměňování pracovníků. Následující osmá skupina otázek se týká vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků, devátá pracovních podmínek, desátá odborů a kolektivního vyjednávání a jedenáctá oblast otázek se vztahuje k uvolňování pracovníků z organizace.

Poslední dvanáctá skupina zahrnuje otázky zjišťující zejména personální údaje. Informace získané z dotazníku jsem využil jako podklad k jednotlivým rozhovorům. Po získání všech dotazníků jsem jejich výsledky vyplnil do souhrnné tabulky v programu Excel, kde sloupce představují jednotlivá zařízení a řádky otázky. V jedné tabulce je pomocí funkce ukotvení příček možné sledovat na displeji s větší úhlopříčkou zároveň odpovědi na různé otázky a u různých zařízení. K výsledkům výzkumného šetření jsou ve vybraných případech uváděny jednotlivé tabulky.

Vzhledem ke snadnějšímu zpracování jsem v *rozhovoru* pokládal otázky v souladu s připravenou strukturou. Otázky v rozhovoru sledovaly zejména rozšíření a prohloubení informací, případné doplnění dotazníku. Při každém rozhovoru jsem měl k dispozici dotazník vyplněný respondentem, abych mohl porovnávat odpovědi v dotazníku a v rozhovoru. Jak uvádí Reichel, nevýhodou strukturovaného rozhovoru je menší možnost vytvoření neformální atmosféry, akceptování individuality informanta a získání více informací (Reichel, 2009, s. 112). Abych tyto nevýhody minimalizoval, kladl jsem v průběhu rozhovorů doplňující otevřené otázky a nechával respondenty volně hovořit o všem, co sami považovali za důležité. To se promítlo do délky rozhovorů. Reichel doporučuje, že by délka rozhovoru neměla přesáhnout jednu hodinu (Reichel, 2009, s. 107), což nebylo vzhledem k rozsahu potřebných informací možné dodržet. Předpokládaná délka rozhovoru, o které jsem předem respondenty informoval, byla dvě hodiny, což byla délka, okolo níž nakonec oscilovaly skutečné délky realizovaných rozhovorů. Pouze v jediném případě výrazně přesáhla délka rozhovoru předpokládaný čas, přičemž tento rozhovor trval šest hodin (včetně krátké přestávky). Příčinou byla skutečnost, že respondent byl nakloněn poskytnout maximální množství informací, bylo zjevné, že ho těší podělit se o své zkušenosti, sám témata podrobně rozváděl. Abych maximálně vyhověl komfortu respondentů a s ohledem na jejich čas, byly rozhovory realizovány v souladu s jejich návrhem v místě sídla jejich zařízení a v čase, který navrhli. V jediném případě respondent předem domluvenou schůzku zrušil a byl dojednán náhradní termín. Přizpůsobení

se časovým možnostem respondentů jsem považoval za nutnost a projev respektu. Všichni respondenti byli vstřícní. Pokud se týká záznamů rozhovorů, je třeba zaznamenat odpovědi respondentů co nejpřesněji, současně však zajistit přirozenou a příjemnou atmosféru, což jsou, jak uvádí Disman, dva protichůdné úkoly (Disman, 2002, s. 313). Maximální zachování mluveného slova umožňuje audiozáznam rozhovorů (Miovský, 2006, s. 197), avšak může být pro respondenta nepříjemný či může vést i k odmítnutí rozhovoru. V průběhu neformálních rozhovorů s potenciálními respondenty jsem s nimi rovněž hovořil o možnosti audiozáznamu. Na základě jejich postojů jsem zvolil písemný způsob záznamu, a to jednoduchou podobu záznamového archu, do kterého jsem k okruhu a konkrétním otázkám zaznamenával odpovědi. Záznam jsem prováděl přímo v průběhu rozhovoru. Kompletní přepisy rozhovorů jsem provedl, ale v disertační práci je neuvádím, protože by ohrozily anonymitu jednotlivých respondentů, kombinace jednotlivých odpovědí a způsob vyjadřování by byly dostatečným vodítkem.

Dotazníky byly respondentům rozeslány poslední týden v únoru 2015, přičemž v případě jednoho zařízení byla účast ve výzkumném šetření dojednána až po tomto termínu. Zaslání dotazníku vždy předcházel telefonický kontakt s ředitelem nebo jednatelem každého zařízení, při kterém byl zároveň domluven termín rozhovoru. Návštěvy jednotlivých zařízení, při nichž jsem realizoval rozhovory, se uskutečnily od konce února do konce března 2015.

Zpracování výzkumného šetření vyžadovalo deskriptivní studii dat zjištěných v průběhu výzkumného šetření, následné utřídění, klasifikaci a popis, což jsou analytické nástroje. Jak uvádí Miovský, vynechání analytických nástrojů představuje určité ochuzení, tyto nástroje umožnují z dat získat mnohem více informací (Miovský, 2006, s. 220). Disman konstatuje, že „… popis je jen prvním krokem k porozumění …“ (Disman, 2002, s. 298). Nejrozšířenější přístup k odpovědím respondentů je podle Silvermana takový, že se považují buď za opis vnějších skutečností respondenty, nebo je lze považovat za vlastní zkušenosti

respondentů (Silverman, 2005, s. 134). Opis vnějších skutečností respondenty je relevantní odpovědím na otázky v dotazníku daného výzkumného šetření. V případě rozhovorů bylo třeba věnovat pozornost tomu, zda je odpověď opisem vnější skutečnosti nebo vlastní zkušeností respondenta, a na základě toho dbát, aby byla interpretace co nejpřesnější. Při zpracování dat jsem využil několik dílčích přístupů. Metodou vytváření trsů jsem seskupoval jednotlivé výroky do skupin podle určitých kritérií. Metodou zachycení vzorců jsem se snažil o nalezení obecnějších principů, vzorců a struktur. Vzhledem k charakteru dat jsem využil metodu prostého výčtu, ke které Miovský poznamenává, že kvantita může být nositelem důležitého významu pro interpretaci kvalitativních údajů (Miovský, 2006, s. 223). Metodou vyhledávání a vyznačování vztahů mezi proměnnými jsem zjišťoval jejich vzájemné propojení na základě vnitřních i vnějších souvislostí.

3.2 Výsledky výzkumného šetření

Z pozorování vyplynulo, že při prezentaci problémů z oblasti personálního řízení se představitelé jednotlivých zařízení zaměřují především na odměňování (nízké), což úzce souvisí s financováním následné a dlouhodobé péče v České republice, na nedostatek personálu a na vzdělávání zdravotnických pracovníků, především lékařů a sester. Přitom je zmiňována provázanost těchto tří problémů. Předmětem jejich vyjádření, vystoupení a prezentací byla obvykle identifikace problému, méně často návrh řešení, který ale nesměřoval dovnitř zařízení, nýbrž k centrálním orgánům státní správy. Jak bylo zmíněno, použil jsem pozorování také při sestavování vzorku. Zjistil jsem, že různé skupiny zařízení mohou mít s ohledem na zřizovatele různé problémy. Také se podle zkušenosti liší v přístupu k fungování zařízení. Zařízení zřizovaná výhradně orgány státní správy a samosprávy mohou počítat s podporou ze strany zřizovatelů, mají snadnější přístup k dotacím a podle toho uzpůsobují své hospodaření. Zařízení dle zřizovatele se podle zkušenosti získané z pozorování liší v přístupu k fungování zařízení. Zařízení zřizovaná státní správou a samosprávou se obvykle zaměří na jakýsi ideální stav v oblasti kvality

péče, kterého se snaží v rámci ekonomických možností dosáhnout. Soukromá zařízení k problematice přistupují odlišně, kdy vychází z daných ekonomických možností a v rámci nich se snaží zajistit kvalitní péči a zdravotnické zařízení více chápou zdravotnické zařízení jako firmu. S tímto souvisí i občas slýchaná výtka ze strany krajských či státních zařízení, že soukromá zařízení se zaměřují na ekonomicky výhodnější druhy zdravotnických výkonů. Zařízení veřejných zřizovatelů jsou z logiky věci závislá na politické reprezentaci vztažené ke svému zřizovateli, které se zařízení musí přizpůsobovat a jednat v souladu s jejím přáním a příkazy. Zařízení, která jsou příspěvkovými organizacemi, vytvářejí fondy, které se týkají personální oblasti, fond odměn a fond kulturních a sociálních potřeb. Další informací, kterou jsem na základě pozorování hodlal ověřit, je zažité klišé, že ve veřejnoprávních zdravotnických zařízeních je obecně nízká úroveň manažerských znalostí, která by mohla mít vliv i na předmět mého výzkumného šetření. Uvedené se s ohledem na chování, jednání a vystupování představitelů různých zdravotnických zařízení nepotvrdilo. Každý manažer je sice s ohledem na své vzdělání zaměřen trochu jiným směrem, nicméně většina se projevuje jako profesionálové, kteří si pro činnosti, v nichž nejsou silní, dokáží vytvořit tým odborných spolupracovníků.

Pro hlubší poznání v rámci předmětu tohoto výzkumného šetření formou získání konkrétních dat o konkrétních zařízeních neposkytlo pozorování v podstatě žádné relevantní informace, přičemž to samo o sobě nebylo ani účelem. Pozorování bylo využito tak, jak bylo popsáno v předchozím textu věnovaném metodologii.

Neformální rozhovory jsem stejně jako pozorování využil při přípravě sběru. Jak bylo zmíněno výše, zaměřoval jsem se při nich na ochotu účastnit se výzkumného šetření, možné metody získávání a záznamu dat a sondoval okruhy otázek, jejichž zodpovězení by mohlo činit představitelům zařízení problém. Neochotu k audiozáznamu jednotlivých rozhovorů jsem pochopil ze způsobu, kterým byla položena otázka: „A to si to budete nahrávat?“, a z něhož byla patrná obava z tohoto způsobu záznamu. Výsledkem byl tedy způsob záznamu uvedený

v metodologické části. Co se týká okruhu otázek, někteří z potenciálních respondentů předpokládali, že výzkumné šetření v oblasti personálního řízení bude zaměřeno především na odměňování, což bylo rovněž spojeno s jistou obavou. Po diskuzi o komplexním charakteru výzkumného šetření se podařilo rozptýlit i obavy ohledně otázek týkajících se odměňování a nemusel jsem na základě těchto rozhovorů vynechávat žádné otázky v dotazníku ani při rozhovoru.

Před dotazováním formou dotazníku a rozhovoru nebyly k dispozici výroční zprávy za rok 2014, proto jsem v první fázi využil starší výroční zprávy (za rok 2013), až později pak i novější (za rok 2014), které byly ale z větší části k dispozici až po provedení rozhovorů. Formální rozdíly mezi jednotlivými lety nebyly. Rovněž obsah ukazuje obecně stabilitu v provozování zařízení následné a dlouhodobé péče. Zpracování každé jednotlivé výroční zprávy odpovídalo svému účelu, tj. poskytnutí informací externím subjektům o stavu zařízení, a to vždy způsobem, který odpovídal charakteru konkrétního zařízení, čímž mám na mysli právní formu a zejména zřizovatele. Při rozhovorech byla skutečnost, že podoba výročních zpráv odpovídá požadavkům zřizovatele a právním předpisům, respondenty potvrzena. Výroční zpráv soukromých zřizovatelů se blížily stavu, kdy cílem bylo pouze vyhovění právním předpisům. Obchodní společnosti se více zaměřovaly na povinné údaje o účetnictví a hospodaření (účetní závěrka a její příloha, zpráva auditora, zpráva o vztazích mezi propojenými osobami) a další informace se buď nevyskytovaly vůbec, nebo jen ve velmi omezené míře. Naproti tomu zařízení zřizovaná výhradně státní správou nebo samosprávou mají strukturu informačně bohatší jak do celkového rozsahu (až 77 stran), tak do druhů informací, doplněnou o další údaje týkající se léčby a její kvality, zaměstnanců atd.

Výroční zprávy se neukázaly být vhodnou metodou pro získání dat relevantních pro toto výzkumné šetření. Neměly porovnatelnou strukturu a informační hodnota tudíž byla různá, ale zejména se zaměřovaly jiným směrem, než na cíl tohoto výzkumného šetření. Výroční zprávy proto posloužily pouze k orientaci výzkumníka a pro datovou triangulaci (Hendl, 2005, s. 149) dat, které byly

zkoumány dotazníkem nebo v rámci rozhovoru a zároveň byly obsahem výročních zpráv. Těch bylo minimum a pouze v jediném případě odhalilo studium výročních zpráv drobné opomenutí respondenta v odpovědi v dotazníku, konkrétně při výčtu zaměstnaneckých výhod.

3.2.1 Souhrnná charakteristika zařízení zařazených do výzkumného šetření

Vzorek obsahuje čtyři zařízení s právní formou společnosti s ručením omezeným, tři příspěvkové organizace a jednu obecně prospěšnou společnost. Majiteli jsou ve třech případech fyzické osoby (v jednom z nich s minoritním podílem města), ve třech případech je zřizovatelem příslušný kraj, v jednom Ministerstvo zdravotnictví České republiky a v jednom spolek. Dvě zařízení působí v Olomouckém kraji, dvě ve Středočeském kraji a po jednom v Plzeňském kraji, Pardubickém kraji, Ústeckém kraji a hlavním městě Praze.

Vzorek zahrnuje čtyři zařízení, která poskytují péči pouze na jednom typu následných nebo dlouhodobých lůžek, dvě zařízení, která k jednomu typu následných nebo dlouhodobých lůžek poskytují též péči sociální na zdravotních lůžkách, a dvě zařízení, která poskytují péči na více typech následných nebo dlouhodobých lůžek. Celkový počet lůžek se pohybuje od 77 do 505. U jednotlivých zařízení se obrat lůžkové péče pohybuje od 26 mil. Kč do 258 mil. Kč.

Ve sledovaném vzorku je pouze jedno zařízení, které neposkytuje spolu s péčí lůžkovou rovněž péči ambulantní. Tři zařízení poskytují ambulantní péči na dvou až třech pracovištích a čtyři disponují širšími ambulantními službami. Obrat ambulantní péče se pohybuje v rozsahu od 0 do 22 mil. Kč. Procentuálně jde o 0 až 29 % celkového obratu z poskytování zdravotních služeb.

Čtyři zařízení zařazená do vzorku nedisponují žádnými certifikáty kvality. Čtyři

zbývající zařízení mají všechna certifikát kvality Spojené akreditační komise České republiky a některá z nich ještě prošla certifikací komplementu dle jiných systémů řízení jakosti (International Organization for Standardization, Národní autorizační středisko pro klinické laboratoře). Představitelé zařízení, která certifikáty nedrží, označili při rozhovorech tyto certifikáty za zbytečnost, případně drahou nadbytečnost. Dva představitelé akreditovaných zařízení byli s hodnocením certifikátů na hraně s tím, že přináší věci dobré (např. zavedení systému, respektive řádu), které převažují, na druhé straně požaduje i zbytečnosti. Pro akreditaci začali provádět personální činnosti, které dříve neprováděli, nicméně akreditační standardy je vyžadují. Dva zbývající představitelé akreditovaných zařízení považují akreditace, konkrétně Spojené akreditační komise České republiky, za nezbytné, přičemž zároveň uvedli, že v oblasti personálního řízení prováděli činnosti požadované akreditačními standardy již dříve, v jednom případě došlo pouze k jejich prohloubení. Jeden z představitelů zařízení na adresu akreditací uvedl, že akreditace nemusí vůbec být v zařízení, která dobře fungují, nicméně takové zařízení ještě neviděl. Usuzuji, že objektivní posouzení nutnosti nebo vhodnosti zavedení systému nehraje při jeho zavádění roli. Důležitější je přínos ze zavedených procesů pro zainteresované osoby (vedoucí, pracovníci, majitelé nebo zřizovatelé, pacienti) a image certifikátu, kterou vnímají, a to celé v porovnání s náklady na pořízení a udržení certifikátu a chodu systému v rámci zařízení.

Co se velikosti podle počtu zaměstnanců týká, vzorek obsahuje, v souladu s členěním určeném Evropskou komisí (EK, 2008, s. 38), 1 malý, 5 středních a 2 velké podniky. Velikosti zařízení co do počtu personálu a též zdravotnického personálu ukazuje následující tabulka.

Tabulka 10: Počty personálu a zdravotnického personálu v jednotlivých zařízeních

	Zařízení							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Průměrný přepočtený počet pracovníků	48,68	96,58	103,9	540,9	81	52	277,7	133
Průměrný přepočtený počet zdravotnických pracovníků	31,57	78,58	63,04	393,7	63	47	182	97

Zdroj: Vlastní zpracování

3.2.2 Zajištění personální práce

Pouze dvě zařízení z osmi mají zřízen samostatný personální útvar, obě se dvěma pracovníky. Pouze ve větším z uvedených dvou zařízení se pracovnice personálního útvaru věnují pouze této činnosti. V menším z nich mají v náplni práce ještě další činnosti jako administrativu agendy se zdravotními pojišťovnami, archivaci a částečně skladové hospodářství. Zbývajících šest zařízení, která personálním útvarem nedisponují, byla dotázána, zda je u nich zřízena funkce personalisty. Dvě z nich tuto funkci zřízenu nemají, čtyři ano, přičemž dvě z těchto čtyři uvedla, že náplň práce jejich personalistů je omezena na personální administrativu. V zařízeních, která personalistu nemají, zajišťují personální činnosti mzdová účetní (personální administrativa) a jednotliví vedoucí pracovníci (veškeré personální činnosti). Motivací k nezaměstnávání personálních specialistů je, jak vyplynulo z rozhovorů, snaha o redukci nákladů.

S výše uvedenými skutečnostmi souvisí míra, s jakou se jednotliví vedoucí pracovníci podílejí na jednotlivých personálních činnostech. V zařízeních bez personalistů vykonávají vedoucí pracovníci veškeré personální činnosti s výjimkou personální administrativy, která je přidělena mzdovým účetním. Obdobně je tomu v zařízeních, kde personalisté, jak bylo výše zmíněno, rovněž zajišťují převážně personální administrativu. V zařízeních, kde personalisté fungují v šíři, jak tomuto označení přísluší (dvě zařízení ze vzorku), spolupracují personalisté a vedoucí

pracovníci na jednotlivých úkolech tak, že příslušný vedoucí vkládá do společné práce svou odbornost a znalost konkrétního pracoviště a personalista zase odbornost svou. I u těchto dvou zařízení se liší míra práce vedoucích pracovníků, což souvisí přímo úměrně s počtem personalistů v každém zařízení.

Při rozhovoru měli nejprve vedoucí pracovníci subjektivně zhodnotit silné a slabé stránky personální práce ve svém zařízení. Odpovědi byly přirozeně individualizované a vztahující se ke konkrétní situaci v jednotlivých zařízeních, nicméně v některých aspektech se podobaly. V menších zařízeních zdůrazňovali jejich představitelé jako silnou stránku to, že velikost zařízení jim umožňuje mít přehled o jednotlivých pracovnících, že si je mohou sami řídit nebo hodnotit. Vícekrát se také objevila odpověď, že silnou stránkou je osobní nebo férový přístup k pracovníkům. Ve dvou zařízeních se při vyjmenovávání silných stránek představitelé zařízení zmínili o dokumentaci, kterou se personální práce v zařízení řídí. V jednom z menších zařízení byla zmíněna nákladová efektivnost personálního řízení, přičemž se jedná o zařízení s minimalistickým přístupem k této oblasti. V jednom zařízení byly za silnou stránku označeny „až rodinné vazby mezi pracovníky v rámci podniku“, nicméně v jednom byly tyto vazby označeny jako slabá stránka, kdy představitel zařízení uvedl, že jsou „až příliš rodinné“, což může narušovat pracovní vztahy. Zařízení, kde byly rodinné vazby uvedeny jako silná stránka, je v daném regionu extrémně významným zaměstnavatelem, pro kterého pracují celé rodiny napříč generacemi. Výhodou je tak zvýšená sociální kontrola v rámci rodiny i jednotlivých obcí a též výchova a vzdělávání dětí a dospívajících jsou často zaměřena ve vztahu k léčebně.

Nejčastěji zmíněné slabé stránky se vztahovaly k personálnímu oddělení či personalistům, a to jak v zařízeních, kde bylo na první pohled rozvinuté personální řízení, tak v zařízeních s personálním řízením základním. Jedná se o výhrady k fungování personálního oddělení či personalisty, které je shledáno nedostatečným z důvodu nedostatečné praxe či odborné způsobilosti příslušného pracovníka. Při absenci personalisty v zařízení je tato skutečnost sama o sobě

považována za slabinu, která ale nemá být řešena, a to z důvodu neefektivnosti zavedení této funkce vzhledem k velikosti zařízení.

3.2.3 Personální strategie, personální politika a personální plánování

V pěti z osmi sledovaných zařízení je písemně zpracována strategie organizace, přičemž v jednom případě bylo zmíněno, že je vytvářena na základě požadavku zřizovatele. Všechna zařízení, která strategii vypracovávají, ji považují za přínosnou. Tvorba strategie je pro ně příležitostí zhodnotit své silné a slabé stránky a vytyčit směr rozvoje zařízení do budoucna a jeho dlouhodobé cíle. Strategii pak zařízení využívají více pro sebe a své zaměstnance než směrem navenek. Všechna zařízení, která získala akreditaci Spojené akreditační komise České republiky, mají zároveň vypracovánu strategii zařízení.

Ve dvou zařízeních je dále rozpracována strategie personální. Tu vypracovával kolektiv vyššího vedení zařízení, ale v žádném z nich nebyl zmíněn personalista. Samotné pojetí personální strategie pak představuje plánování počtů jednotlivých kategorií pracovníků. Žádné zařízení nemá písemně zpracovanou personální politiku. Dvě zařízení vypracovávají personální plány, které se zabývají potřebnými stavy pracovníků, přičemž jedno z nich zároveň dříve uvedlo, že vypracovává personální strategii. Pro jedno zařízení je tvorba plánů pouze administrativní záležitost. Ve druhém se při jejich tvorbě vychází z požadavků právních předpisů na personální vybavení a zároveň se zhodnocují potřeby zařízení z hlediska reality provozu, vypracovává je personalista společně s vedoucími a po té jsou diskutovány a schváleny na radě vedení.

Ve třech zařízeních není tvořena žádná strategie, politika ani plány. Jejich představitelé uvedli, že vznikající potřeby a problémy řeší ad hoc dle aktuální situace, a dodali, že tento přístup nemá podle nich negativní dopad na zaměstnance ani na organizaci.

3.2.4 Analýza pracovních míst

Všechna zařízení zařazená ve výzkumném vzorku vypracovávají popisy pracovních míst, a to pro všechny pracovní pozice. Jedno zařízení sice v dotazníku uvedlo, že popis pracovního místa nevytváří, při následném rozhovoru však představitel zařízení sdělil to, že používají náplně práce, které svým obsahem odpovídají popisům pracovního místa. Vypracování popisů pracovního místa zajišťují ve všech zařízeních vedoucí pracovníci a pouze ve dvou z nich se na tomto procesu podílí personalista.

Kvalifikační profily vypracovávají jen čtyři zařízení, přičemž dvě z nich pouze pro zdravotnické pracovníky. Pracovníci, kteří tyto dokumenty tvoří, se shodují s těmi, kteří se podílí na tvorbě popisů pracovního místa, přičemž stejně je tomu tak při tvorbě kompetenčních profilů. Tři zařízení uvedla, že vypracovávají kompetenční profily zdravotnických pracovníků, nicméně z rozhovorů vyplynulo, že dvě z nich kompetenční profily chápou ve smyslu udělených pravomocí. V jednom zařízení bylo při rozhovoru zjištěno, že kvalifikační profily jsou pojímány v širším smyslu a v podstatě odpovídají profilům kompetenčním.

Na otázku ohledně využití jednotlivých popisů pracovních míst bylo šestkrát uvedeno využití k seznámení pracovníka s povinnostmi, třikrát byla zmíněna kontrola pracovníků a plnění jejich povinností, dvakrát ochrana organizace při případném konfliktu s pracovníkem a jednou bylo zmíněno jejich využití k ohodnocení náročnosti práce jednotlivých pracovníků, a to v zařízení, které uvedlo, že popisy pracovního místa jsou velmi individualizované. Pouze v jednom zařízení se vedoucí pracovník vyjádřil k využití dalšího dokumentu – kompetenčních profilů, se kterými se v tomto zařízení pracuje nejvíce, nicméně jak už bylo zmíněno výše, jedná se o kompetence ve smyslu pravomocí (přidělování, odebírání).

Zařízení, která nevytvářejí kvalifikační profily, případně kompetenční profily,

zdůvodňují tuto skutečnosti jednoduše tak, že necítí potřebu takové materiály mít, protože jim nechybí. Pro zdravotnické pracovníky určuje předpoklady pro výkon jejich povolání legislativa, proto je pro ně vypracovávání vlastních materiálů nadbytečné.

3.2.5 Získávání a výběr pracovníků

Všechna zařízení zařazená ve výzkumném vzorku využívají získávání pracovníků z vnitřních zdrojů, nejčastěji při obsazování pozic staničních sester. Při získávání pracovníků ze zdrojů vnějších využívají zařízení metody uvedené v následující tabulce, kde je uvedena konkrétní metoda a počet zařízení, které ji využívá. Jedno zařízení uvedlo též možnost „jiné“, a to konkrétně Facebook, jako možnost pro získání nových pracovníků. V jednom zařízení dávají pracovníkům odměny, pokud pro něj získají vhodného lékaře.

Tabulka 11: Počet zařízení využívajících konkrétní metody získávání pracovníků z vnějších zdrojů

Metoda	Počet zařízení
Osobní kontakt	8
Doporučení vlastním pracovníkem	8
Nabídka uchazeče	8
Inzerce v tisku	7
Přímé oslovení konkrétní osoby Vaším zařízením	7
Doporučení známým mimo organizaci	6
Oslovení absolventů škol	5
Internetové stránky specializované na pracovní nabídky	4
Úřad práce	3
Personální agentury	1
Jiné	1
Agentury zajišťující přímé oslovení uchazečů	0

Zdroj: Vlastní zpracování

Pouze čtyři zařízení uvedla, že některou z metod preferují pro konkrétní skupinu pracovníků. Po jednom zařízení uvedlo jako preferovanou metodu získávání

pracovníků pro pozici lékaře přímé oslovení konkrétní osoby a osobní kontakt. Pro zdravotní sestry preferují tři zařízení nabídku uchazeče, po jednom osobní kontakt a Facebook a jedno zařízení také upřednostňuje v případě rehabilitačních sester inzerci v tisku. Pro nižší zdravotnický personál uvedla dvě zařízení jako preferovanou metodu nabídku uchazeče a jedno zařízení úřad práce, který též využívá k získávání pracovníků pro nezdravotnické profese. Zde je nutné zmínit, že toto zařízení je jediné, které aktivně s úřadem práce spolupracuje a dokonce si tuto spolupráci pochvaluje. Ostatní se k této instituci staví skepticky až odmítavě a i ti, kteří uvedli metodu získávání přes úřady práce jako využívanou metodu, při rozhovoru přiznali, že se jedná jen o povinnou formalitu.

Ve všech zařízeních se při identifikaci možností získávání pracovníků z vnitřních zdrojů dává přednost dlouhodobé osobní zkušenosti s konkrétním pracovníkem. Vedoucí dlouhodobě sledují výkonnost a pracovní chování. Jedno zařízení zmínilo jako kritérium ochotu se vzdělávat. V jednom zařízení se při identifikaci schází porada vedoucích, kde se diskutuje minulost, současný výkon a perspektiva posuzovaného pracovníka a také jeho nahraditelnost na dosavadní pozici. V jednom zařízení využívají kromě hodnocení vedoucím pracovníkem také kritéria z dříve zmíněných kompetenčních profilů.

Okruh pracovníků, kteří se podílejí na získávání pracovníků z vnitřních zdrojů, a pracovníků, kteří se podílejí na získávání pracovníků ze zdrojů vnějších, je v rámci všech zařízení ve výzkumném vzorku shodný. Vždy se přitom jedná o nejvyšší vedoucí, tj. o ředitele či jednatele, primáře, vrchní sestry a vedoucí nezdravotnických provozů. Personalisté se na získávání podílejí ve dvou zařízeních, ale jejich role je spíše administrativní a odpovědnost za získání pracovníka mají příslušní vedoucí.

Z možných metod výběru pracovníků využívají všechna zařízení pouze životopis a výběrový pohovor. Další metody užívané zařízeními zařazenými do výzkumného vzorku jsou uvedeny v následující tabulce. K uvedenému testování pracovní

způsobilosti jedno zařízení sdělilo, že spolu s přijímacím pohovorem podstupuje uchazeč zkušební směnu na pracovišti.

Tabulka 12: Počty zařízení využívající konkrétní metody výběru pracovníků

Metoda výběru	Počet zařízení
Životopis	8
Výběrový pohovor	8
Reference	7
Osobní dotazník Vašeho zařízení	5
Formulář žádosti o zaměstnání vypracovaný Vaším zařízením	3
Motivační dopis	3
Testování pracovní způsobilosti	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Samotný výběr pracovníků zajišťují ve třech zařízeních jednotliví vrcholoví vedoucí (ředitel či jednatel, primář, vrchní sestra), přičemž se jedná o menší zařízení z výzkumného vzorku. Ve třech dalších zařízeních postupují u nižších pracovních pozic shodně s předchozím, pro vedoucí a pro zdravotníky je pak nutné projít výběrovým řízením před komisí složenou z více vedoucích pracovníků. V jednom ze zařízení pomáhá s posuzováním uchazeče personalista. Ve zbývajících dvou zařízeních jsou pak výběrová řízení na všechny pozice. V jednom z nich je komise tvořena z vedoucích pracovníků, případně dalších zdravotnických odborníků. V druhém pak složení komise určuje vedoucí podle konkrétní pozice, přičemž složení tvoří obvykle personalista, odborník na konkrétní pracovní oblast, primář, zástupce odborů, externí odborník a psycholog, který má při výběrovém pohovoru za úkol zhodnotit uchazeče po stránce osobnosti. V jednom zařízení uvedli, že hledají psychologa, který by jim pomohl na všech úrovních, a tedy i při výběru pracovníků.

Kromě jednoho zařízení je pro všechna rozhodujícím kritériem při výběru pracovníků celkový dojem při osobním pohovoru, aniž by byla dána nějaká konkrétní měřitelná kritéria. Jednotlivě pak byla zmíněna fluktuace, praxe, perspektiva ve vztahu k zařízení a dobré reference.

Samotná možnost výběru z více uchazečů je rozdílná dle profese i dle regionu, kde působí konkrétní zařízení. V případě lékařů je obvykle úspěch zajistit alespoň jednoho uchazeče, který je po pohovoru přijat, a ve zkušební lhůtě se zjišťuje, zda je jeho výkon uspokojivý, či nikoliv. U zdravotních sester lze rozdělit Českou republiku na jihozápadní část včetně Středočeského kraje, kde zařízení pociťují nedostatek a možnost výběru spíše není, a severovýchodní část, kde zařízení udávají možnost výběru z více uchazečů. V jednom případě byl zmíněn problém se získáním rehabilitačních sester. U ostatních kategorií pracovníků je možný výběr ze široké nabídky uchazečů, což platí zejména v regionech s vysokou nezaměstnaností.

Na otázku týkající se nástrojů na podporu zájmu uchazečů o práci v jejich zařízení byla v pěti případech odpověď ne, tj. že aktivitu v tomto směru nevyvíjejí. Ve zbylých třech případech byly jako nástroje zmíněny některé zaměstnanecké benefity a zajištění pomoci s nalezením práce pro partnera či místo ve školce pro dítě. V jednom případě byla uvedena prezentace zařízení na veletrhu práce, ovšem bez pozitivního výsledku.

3.2.6 Přijímání a adaptace pracovníků

Samotnému přijetí pracovníka předchází v zařízeních lékařská prohlídka. První den je věnován splnění administrativních povinností, nafasování pracovních pomůcek a školení BOZP. První nebo druhý den uvede příslušný vedoucí pracovníka na pracoviště, kde je seznámen s kolektivem a s celým pracovištěm. Rovněž dostane přiděleného mentora nebo školitele. V zařízeních, která mají písemně zpracovaný systém adaptace pracovníků, obdrží nový pracovník složku nebo formulář s plánem adaptačního procesu.

Čtyři z osmi zařízení zařazených do výzkumného vzorku mají formalizovaný

a písemně zpracovaný systém adaptace pracovníků. Dvě z nich mají tento systém zpracovaný pro všechny pracovní pozice, jedno pro zdravotnické pracovníky a vybrané technické profese a jedno pouze pro zdravotnické pracovníky. Lze konstatovat, že samotné adaptaci věnují zvýšenou pozornost všechna zařízení, bez ohledu na existenci jejího formalizovaného systému. V zařízeních, kde jej nemají, jsou noví pracovníci zařazováni na určitý čas (obvykle 14 dní) do směn navíc, kdy postupně přijímají pracovní návyky a dovednosti při plnění pracovních úkolů, přičemž v některých případech se na adaptaci podílí celý pracovní kolektiv. V průběhu tří měsíců zkušební doby je pak výkon pracovníka zhodnocen (v jednom případě je hodnocení písemné) a je rozhodnuto o jeho ponechání či propuštění. V jednom případě se od pracovníka požaduje písemná práce o jednom odborném tématu a jedné konkrétní kauze.

Přístup k písemnému zpracování adaptačních procesů se mezi zařízeními liší. Jednou variantou je vypracování materiálů pro adaptaci pro každou profesi zvlášť od začátku do konce. Druhou variantou je pak společný adaptační proces pro všechny a k tomu doplněk pro každou profesi a její specifika. Adaptační proces také rozlišuje pracovníky s praxí a bez praxe.

Za adaptaci v zařízeních s písemně zpracovaným systémem adaptace odpovídá příslušný vedoucí pracovník, který pověří zkušeného pracovníka vedením adaptačního procesu. Pověřený pracovník také činí pravidelné záznamy o adaptačním procesu do příslušného formuláře, obvykle jednou za jeden týden až jednou za měsíc. Jde v podstatě o průběžné hodnocení adaptačního procesu, jehož součástí může být i praktické prověření dovedností. Délka adaptačního procesu se v závislosti na profesi pohybuje od 2 do 12 měsíců. Jedno zařízení uvedlo, že adaptační proces není povinný jen pro nové pracovníky, ale též pro ty, kteří na určitou dobu (2 roky pro zdravotnické pracovníky a 5 let pro nezdravotnické pracovníky) přerušili výkon povolání, např. z důvodu rodičovské dovolené.

V průběhu adaptačního procesu se musí pracovník nejprve seznámit s obecným fungováním zařízení, a to v prvních dnech po nástupu. To zahrnuje seznámení se se zařízením, spolupracovníky, náplní a organizací práce a pracovní doby na konkrétním pracovišti, bezpečností a ochranou zdraví při práci, používáním pracovních pomůcek a zařízení. Následuje seznámení se s organizačními a provozními řády, způsobem vedení zdravotnické dokumentace, dokumentací na oddělení, zásadami hospodaření s materiálem, základními pracovními návyky, administrativními pracovněprávními povinnostmi a dalšími směrnicemi a předpisy upravujícími každodenní práci. Po této spíše teoretické přípravě následují činnosti praktického rázu odlišné dle druhu profese. Například pro zdravotní sestry jsou typickými činnostmi prováděnými v průběhu adaptačního procesu příjem, překlad a propuštění pacienta, ukládání svršků, cenností, předávání služby, činnosti vykonávané při lékařské vizitě, zápisy do zdravotnické dokumentace, vedení ošetřovatelské dokumentace, úprava lůžka, manipulace a hospodaření s prádlem, hygienická péče o pacienty, jejich stravování a pitný režim, péče o imobilní, staré a neklidné pacienty, prevence a léčba dekubitů, léčba bércových vředů, bandáže dolních končetin, péče o vyprazdňování, klyzma, cévkování, sledování a záznam hodnot vitálních funkcí, odběry biologického materiálu, základní podmínky a pravidla odběru, transport vzorku, uložení, příprava a podávání léků, zacházení s omamnými látkami a jejich aplikace, aplikace injekcí, příprava a asistence u infuze, péče o kanylu, příprava pacientů k vyšetřením, péče o umírající pacienty, péče o zemřelého, edukace pacienta v rámci komplexní ošetřovatelské péče při jednotlivých onemocněních, péče o pomůcky, dekontaminace, sterilizace, podávání kyslíku, odsávání dýchacích cest, polohování, technika posazování, vstávání, chůze, dohled a pomoc při cvičení, spolupráce s rehabilitačními pracovníky, péče o diabetika, aplikace inzulínu, identifikace hypoglykémie a hyperglykémie, schopnost zásahu, edukace, prevence nozokomiálních nákaz, objednávání konziliárního vyšetření, kardiopulmonální resuscitace a též seznámení se s akreditačními standardy a standardy ošetřovatelské péče. Vedoucí pracovník mívá pravomoc seznam činností doplňovat. Součástí písemných materiálů pro adaptační proces bývá též seznam doporučené literatury.

Adaptační proces je zakončován pohovorem, jehož součástí je i testování teoretických znalostí. Variantami je pohovor s vedoucím pracovníkem a školícím pracovníkem, případně pohovor před komisí. V jednom případě bylo uvedeno, že pracovníkovi může být v průběhu adaptace uložena povinnost vypracovat písemnou práci na zadané téma a součástí pohovoru je v takovém případě též obhajoba této práce.

3.2.7 Hodnocení pracovníků

Šest zařízení z osmi zařazených do výzkumného vzorku uvedlo, že má implementován systém hodnocení pracovníků. Systém hodnocení je pak v jednom z nich zaměřen na pracovní výkon a čtyři zařízení mají systém hodnocení zaměřen na pracovní výkon i na pracovní chování. Jedno zařízení uvedlo, že jejich systém hodnocení je komplexní systém hodnocení založený na kritériích odborných, výkonových a kritériích hodnotících postoje k pracovišti.

Jedno zařízení využívá systém hodnocení výhradně jako zpětnou vazbu pro zaměstnavatele i zaměstnance. Zbývajících pět zařízení využívá systém hodnocení k odměňování, přičemž jedno z nich jej využívá i k plánování, jedno k plánování osobního rozvoje, přeřazení či uvolnění pracovníků a k získání informací o pracovní spokojenosti, jedno pak k získání informací o názorech a spokojenosti pracovníků.

Z rozhovorů nicméně vyplynula skutečnost, že opravdu formalizovaný a písemně zpracovaný systém hodnocení pracovníků mají pouze tři zařízení a tento jejich systém se pracovníkem zabývá komplexně. Ostatní, kteří uvedli, že systém mají, za něj považují hodnocení neformální, které ale provádějí i zařízení, která uvedla, že systém hodnocení zaveden nemají. Takovéto neformální hodnocení se využívá zejména pro účely odměňování. V další části této kapitoly budu proto pracovat

s tímto rozlišením zařízení, tj. 3, která skutečný systém hodnocení mají, a 5, která tento systém hodnocení nemají.

Z oněch třech zařízení, která mají skutečně formalizovaný a písemně zpracovaný systém hodnocení pracovníků, se ve dvou z nich na hodnocení podílejí i samotní hodnocení pracovníci. Pracovníkovi je předloženo písemné hodnocení a s vedoucím o něm v rámci pohovoru následně diskutuje. Ve třetím je se zaměstnanci hodnocení probíráno pouze v případě, že sami po snížení odměny přijdou za svým nadřízeným a pátrají po důvodech, které k tomu vedly. Ve zbývajících pěti zařízeních, která hodnotí své pracovníky na neformální bázi, se tito na svém hodnocení nepodílí.

V sedmi zařízeních včetně těch s písemně zpracovaným systémem jsou hodnotiteli přímí nadřízení. V jednom zařízení byla za hodnotitele označena vrchní sestra.

V zařízeních, kde je zaveden písemně zpracovaný systém hodnocení pracovníků, zahrnuje tento směrnici upravující celý proces hodnocení a konkrétní formuláře vyplňované při hodnocení, které jsou vypracované pro každou profesi zvlášť. Z metod hodnocení jsou používány: hodnotící rozhovor (2 zařízení) a dotazník (3 zařízení). Jeden z představitelů zařízení označil dotazník za pomocnou metodu, která dává hodnotiteli radu, formálně ho nutí hodnocení provést a zamyslet se nad ním. Dává příležitost se zastavit a zamyslet se a svým způsobem se člověku přiblížit. Hodnocené okruhy se týkají odborné práce (využití vzdělávání, dodržování legislativy, plnění pracovních postupů, úrovně organizátorské činnosti atd.), výkonnosti (využití pracovní doby, reakce v zátěžových situacích, chybovost atd.), pracovního chování a postoje k pracovišti (k vedoucímu, spolupracovníkům, bere se v potaz loajálnost atd.). Ve dvou zařízeních uvedli, že při hodnocení znovu posuzují přidělené kompetence (ve smyslu pravomocí). Pracovníci se též vyjadřují ke své spokojenosti v zařízení.

V zařízeních bez písemně zpracovaného systému je jako metoda hodnocení používáno intuitivní hodnocení vedoucím pracovníkem, které je využíváno převážně po potřeby odměňování. Při hodnocení jsou kritérii pracovní výkon a chování a vztah k zařízení. Tato kritéria byla v jednom zařízení souhrnně nazvána archaickým označením „celková zachovalost“.

Ze všech osmi zařízení zařazených do výzkumného vzorku považuje zaměření svého systému hodnocení za vyhovující sedm z nich a pouze v jednom zařízení (užívajícím neformálního způsobu hodnocení) by si dovedli představit lepší práci s hodnocením pracovníků, ale jen za předpokladu zlepšení personální situace v rámci celého českého zdravotnictví. Co se týče využití hodnocení, jsou všechna zařízení spokojena se současným stavem. V zařízeních s písemně zpracovaným systémem byl tento systém v průběhu času upravován, nicméně po letech jeho užívání jej pokládají za „odladěný“. V jednom z nich si jeho představitel při rozhovoru postěžoval na časovou náročnost, ale i přesto jej považuje za prospěšný.

3.2.8 Odměňování pracovníků

V souladu s právními předpisy se odměňování řídí ve třech zařízeních předpisy o platu (příspěvkové organizace) a ve zbývajících pěti předpisy o mzdě. Kromě zákonných limitů, které jsou zmíněny zařízeními – příspěvkovými, organizacemi nelze nalézt systémový rozdíl mezi kritérii používanými k odměňování pracovníků. Ta jsou konkrétně uvedena v následujících tabulkách s případnými poznámkami, kterých kategorií pracovníků se týkají.

Tabulka 13: Kritéria odměňování v zařízeních odměňujících podle předpisů o mzdě

Zařízení odměňující dle předpisů o mzdě				
1	2	3	4	5
vzdělání praxe pracovní výkon pracovní chování	vzdělání pracovní výkon význam pro organizace nabídka na trhu práce	Vzdělání Praxe pracovní výkon pracovní chování výsledky organizace	vzdělání praxe pracovní výkon pracovní chování význam pro organizaci - lékaři výsledky organizace nabídka na trhu	pracovní pracovní

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka 14: Kritéria odměňování v zařízeních odměňujících podle předpisů o mzdě

Zařízení odměňující dle předpisů o platu		
1	2	3
zákonné limity vzdělání praxe pracovní výkon pracovní chování	Vzdělání Praxe pracovní výkon pracovní chování význam pro organizaci výsledky organizace nabídka na trhu (u IT)	zák. limity vzdělání praxe pracovní výkon pracovní chování význam pro organizaci - lékaři nabídka na trhu

Zdroj: Vlastní zpracování

Při rozhovorech uvedla dvě z pěti zařízení, které odměňují dle předpisů o mzdě, že jejich systém vychází z tabulek platných pro zdravotnická zařízení řídících se předpisy o platech s tím, že se snaží zachovávat proporce, nicméně konkrétní výše mezd je dále upravována na základě konkrétních pracovních úkolů, případně i s ohledem na výši plateb od zdravotních pojišťoven. Jedno zařízení uvedlo, že jeho systém je založen na přínosu pracovníka pro organizaci nebo na výkonnosti pracovníka. V dalším zařízení je systém založen na sledování konkurence a přizpůsobování mezd okolním zařízením a výkonnosti pracovníka. Odměňování na základě výkonu je v těchto zařízeních prováděno tak, že mzda je vypočtena jako určité procento z celkových výkonů vyjádřených v korunách, které byly za

práci konkrétního pracovníka vykázány zdravotním pojišťovnám. V jednom zařízení je k základním platům přidávána variabilní složka založená na bodovém hodnocení výkonu pracovníka s tím, že konkrétní hodnota bodu je závislá na výkonu nemocnice a celý systém tohoto hodnocení je dopodrobna popsán v kolektivní smlouvě.

Ze tří zařízení řídících se předpisy o platu jsou v jednom se systémem zcela spokojeni. K tabulkovým platům zde přináleží osobní ohodnocení, které nemá přesná kritéria udělení a o němž rozhodují vedoucí pracovníci, a dále dvakrát ročně pravidelné odměny. Ve zbývajících dvou zařízeních považují za slabou stránku svého systému odměňování skutečnost, že de facto chrání průměrnost a jsou zde velmi omezené možnosti odměnit zvlášť dobrého pracovníka.

Z pěti zařízení odměňujících dle předpisů o mzdě určila tři zařízení jako silnou stránku svého systému motivační prvek. Ve dvou zařízeních uvedli jejich představitelé, že slabou stránkou je podhodnocení pracovníků, což však nelze svalovat na systém odměňování, ale spíše na podfinancování sektoru následné a dlouhodobé péče. V jiných dvou zařízeních označili jejich představitelé za slabou stránku pravidelné odměny, které ztrácí motivační charakter, protože lidé si na ně časem zvyknou a berou je jako samozřejmou součást mzdy a ne jako skutečnou odměnu.

Všechna zařízení z výzkumného vzorku mají zaveden systém zaměstnaneckých výhod. Nejširší nabídku pak svým zaměstnancům poskytují ryze soukromá zařízení (společnosti s ručením omezeným ve vlastnictví fyzických osob). Každé z nich uvedlo 8 druhů zaměstnaneckých výhod, přičemž u ostatních se jejich počet pohybuje od 3 do 6 (v průměru 4). Jednotlivé zaměstnanecké výhody a počty zařízení, které je poskytují, ukazuje následující tabulka.

Tabulka 15: Počty zařízení poskytujících konkrétní zaměstnanecké výhody

Zaměstnanecká výhoda	Počet zařízení
Stravování	8
Příspěvek na penzijní připojištění	6
Příspěvek na životní pojištění	5
Odměny při výročích	4
Delší dovolená	3
Bezúročné půjčky	3
Příspěvky na dětské rekreace	3
Poukázky na volnočasové aktivity	3
Pravidelné placené volno	2
Ubytování či byt	1
Příspěvky na rekreace	1
Pitný režim	1
Užívání mobilního telefonu	1
Užívání vozidla	1
Rehabilitační služby	1
Podniková rekreace	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Pominu-li krácení na základě velikosti pracovního úvazku, mají v pěti z osmi zařízení z výzkumného vzorku přístup k čerpání zaměstnaneckých výhod všichni pracovníci naprosto stejný. V jednom dalším zařízení je tomu také tak s drobnou výjimkou, že pracovníci, kteří mají k dispozici služební telefon, jej mohou využívat též k soukromým účelům, a ve druhém je pak malou výjimkou nutnost pěti let pracovního poměru pro získání nároku na příspěvek na penzijní připojištění. V posledním zařízení je čerpání zaměstnaneckých výhod odstupňováno podle odpracovaných let. V šesti zařízeních je systém zaměstnaneckých výhod považován za optimální. V jednom případě by jej představitel zařízení rád rozšířil, pokud by na něj byly k dispozici dostatečné finanční prostředky. V posledním zařízení by jeho představitel preferoval jeho zrušení s tím, že je potřeba mít jednu měřitelnou položku, kterou je pracovník za odvedený výkon ohodnocen.

3.2.9 Vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků

Systém vzdělávání pracovníků má zavedeno šest zařízení zařazených do výzkumného vzorku, přičemž ve čtyřech z nich je určen pouze pro zdravotnické pracovníky a ve dvou pro všechny pracovníky. Zodpovědnost za vzdělání pracovníků nesou ve dvou z osmi zařízení manažeři kvality. Ve zbývajících zařízeních jsou odpovědnými osobami vedoucí pracovníci – vrchní sestry, případně primáři. Ti všichni také identifikují vzdělávací potřeby pracovníků a to na základě potřeb zařízení nebo jeho provozů a v jednom případě jsou též navázány na strategii zařízení. V menších zařízeních je běžné, že jediným vedoucím, který identifikaci provádí, je vrchní sestra a lékaři mají své vzdělávání na starosti každý sám. Dvě zařízení uvedla též osobní odpovědnost každého jednotlivce za své vzdělání s tím, že pracovníci sami identifikují své vzdělávací potřeby, se kterými přicházejí za svými vedoucími.

Vzdělávací aktivity v rámci povinného vzdělávání určují svým podřízeným v šesti zařízeních vedoucí pracovníci. Šest zařízení má oprávnění provádět a provádí školicí akce v rámci povinného vzdělávání, přičemž zařízení uvádějí možnost vzdělávat zdravotní sestry na základě souhlasného stanoviska profesního sdružení k pořádání školicí akce. Dvě zařízení pak uvedla, že jsou oprávněna vzdělávat lékaře (vždy v konkrétní specializaci). Jedno zařízení je akreditováno pro vzdělávání sanitářů a jedno zařízení uvedlo, že pořádá až 3–4 akreditované konference pro zdravotní sestry ročně. Všechna zařízení zároveň využívají při realizaci vzdělávacích akcí externí dodavatele. Velmi individuální je přístup k zajišťování vzdělávacích aktivit v rámci povinného vzdělávání vlastními silami nebo externě. Jedno zařízení uvedlo, že vzdělávací aktivity provádí výhradně samo a jedno výhradně prostřednictvím externích subjektů. Ostatní se pohybují mezi těmito dvěma extrémy, přičemž běžně si zařízení sama zajišťují většinu vzdělávacích aktivit pro zdravotní sestry. Z externích dodavatelů vzdělávacích akcí využívají zařízení nejběžněji Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských

zdravotnických oborů, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví a blízké krajské a fakultní nemocnice. Jedno zařízení uvedlo, že si pro zajištění svých vzdělávacích potřeb najímá specializované agentury.

Všechna zařízení svým zaměstnancům povinné vzdělávání hradí. Další vzdělávání nad rámec povinného vzdělávání poskytuje svým pracovníkům pět zařízení, ale jen takové, které odpovídá potřebám organizace. Konkrétně byly zmíněny kurzy týkající se nových léčebných metod, ve třech případech bakalářské studium zdravotních sester (případně studium na vyšší odborné škole) a ve dvou také jejich magisterské studium. Vzdělávání, které si sami vyberou a hradí pracovníci, podporují dvě zařízení, a to formou příspěvku, případně poskytnutím neplaceného volna či pracovních úlev. Dotace na vzdělávání, a to jak povinné, tak nepovinné, využívají dvě zařízení.

Pět zařízení uvedlo, že plánují osobní rozvoj pracovníků. Dvě z nich však k plánu osobního rozvoje přistupují pouze neformálně, kde se vedoucí zamyslí nad potřebami a pro kratší budoucí období naplánuje zejména vzdělávací aktivity. V jednom zařízení plán rozvoje pojímají tak, že pracovníci, se kterými se počítá jako s kádrovou rezervou, jsou pro budoucí funkce školeni. V jednom zařízení se při nástupu zkonzultuje s pracovníkem směr jeho vzdělávání, podle kterého se pak dále postupuje. Jedno zařízení vypracovává každoročně plány interních vzdělávacích akcí, dále plán rozvoje každého pracovníka a na delší období také plány rozvoje specialistů.

Dvě z pěti zařízení, která plánují osobní rozvoj pracovníků, v dotazníku uvedla, že se zároveň zabývají řízením jejich kariéry. Z následných rozhovorů nicméně vyplynulo, že se jedná o neformální proces vytipovávání si jednotlivců pro obsazování budoucích volných pracovních pozic z vnitřních zdrojů, což ale provádějí i další zařízení zařazená do výzkumného vzorku. Formalizované řízení kariéry neprovádí žádné zařízení.

Názory na důležitost plánování osobního rozvoje pracovníků a řízení jejich kariéry se různí. V případě řízení kariéry je přístup poměrně vlažný až odmítavý, shovívavější jsou představitelé zařízení jen v případě vytipovaných pracovníků pro vedoucí funkce, kde určitou užitečnost řízení kariéry připouštějí. Plánování osobního rozvoje je pro polovinu zařízení užitečné jen potud, pokud je užitečné zároveň pro organizaci.

3.2.10 Pracovní podmínky

Pět zařízení z osmi zařízení zařazených z výzkumného vzorku svým pracovníkům umožňuje využívat alternativní pracovní úvazky. Tato možnost je ale omezena specifickým charakterem a omezeními nepřetržitého zdravotnického provozu, kdy je zejména nutné zajistit potřebnou péči o pacienty v potřebné kvalitě a čase. Při rozhovorech došlo k upřesnění, že nelze alternativní pracovní úvazky využívat pro mnoho pracovníků a jedná spíše o jednotlivce, jejichž pracovní náplň toto umožňuje.

Při rozhovoru u otázky o pracovních podmínkách zmiňovali představitelé zařízení v prvé řadě péči o pracovní prostředí. Sedm z osmi z nich uvedlo, že zajišťují maximální vybavenost pracovníků pomůckami k usnadnění práce a rovněž kvalitní spotřební materiál. Jeden z nich též uvedl, že v rámci prověrek BOZP se provádí cílené kontroly zázemí pracovníků (šatny, sociální zařízení), posuzují se pracovní podmínky včetně potřeb údržby a sestavená komise nedostatky a návrhy na zlepšení řeší. V jednom zařízení byla zmíněna čistota ovzduší, konkrétně eliminace zápachu na pracovišti. Individuálně hovořili představitelé zařízení o snaze mít prostředí pro pracovníky útulné či důstojné a také o zajištění odpočinkové místnosti, jejíž existenci lze ale předpokládat ve většině zařízení.

Sociálně psychologické podmínky práce zmínili dva představitelé zařízení. Jeden z nich hovořil o harmonii v pracovních kolektivech, kterou popisoval tak tak, aby si

lidé vzájemně vyhovovali a bezproblémově spolupracovali. Druhý kladl důraz na vlídné zacházení nadřízených s podřízenými a dobrou firemní kulturu ve vztahu k pracovníkům se snahou zajistit, aby se jim v zařízení líbilo a neodcházeli i přes nižší finanční ohodnocení.

V organizaci služeb jsou všechna zařízení z výzkumného vzorku prakticky totožná s osmihodinovými službami lékařů a kombinací osmi a dvanáctihodinových směn u zdravotních sester a sanitářek a ošetřovatelek. Drobnou výjimkou je jediné zařízení, kde platí tato kombinace i pro lékaře. Na tomto místě musím zmínit skutečnost, že v dotazníku je v otázkách 9 d, 12 e, 12 f, 12 g, 12 ch uveden termín „ošetřovatelky“. Mým záměrem bylo zeptat se na ošetřovatelský personál, který zahrnuje ošetřovatelky a sanitářky. Ve většině zařízení otázce porozuměli, jak jsem byla zamýšlena, a to včetně zařízení, ve kterém jsem provedl pilotní šetření, proto tuto nepřesnost pilotní šetření neodhalilo. V ostatních zařízeních byly údaje upřesněny v průběhu rozhovorů.

Problémy s dodržováním zákoníku práce a jejich finančními souvislostmi vedly k zařazení otázky, jakým způsobem je zajištěna ústavní pohotovostní služba, respektive dostupnosti lékaře. Přístup zařízení zařazených do výzkumného vzorku je diferencovaný. V jednom zařízení byl zaveden směnný provoz, ve třech zařízeních využívají služeb externích lékařů doplňujících služby, které nemohou zajistit vlastní lékaři, v jednom zařízení stačí pro jejich zajištění vlastní lékaři, v dalším rovněž, nicméně s dodatkem „horko těžko“. Se stejným dodatkem si vystačí v jednom zařízení s vlastními pracovníky. V jednom zařízení přijali kvůli vyhovění předpisům několik nových lékařů a v jednom zařízení připustili, že se jim normy ne vždy daří dodržet.

3.2.11 Odbory a kolektivní vyjednávání

Pouze ve třech z osmi zařízení z výzkumného vzorku působí odborové

organizace, přičemž se jedná o zařízení větší co do počtu pracovníků. Ve dvou působí Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče České republiky a v jednom mají zaměstnanci svoji vlastní organizaci. Kolektivní smlouvu uzavírají s tím, že obsahově zahrnuje všechny oblasti pracovního života. Vztahy s odborovými organizacemi označují představitelé těchto zařízení za dobré nebo korektní. Snaží se jim vycházet vstříc, aktivně projednávat problémy a z druhé strany se představitelům zařízení dostává obdobného přístupu.

V jednom zařízení odborová organizace nikdy nepůsobila. Ve zbývajících čtyřech zaměstnanci podle slov jejich představitelů zjistili, že jim působení odborových organizací nic nepřináší, proto je sami zrušili.

3.2.12 Uvolňování pracovníků z organizace

Pět z osmi zařízení z výzkumného vzorku zjišťuje důvody ukončení pracovního vztahu při odchodu svých pracovníků. Ve dvou z nich je hlavní příčinou odchodu výše odměny za práci a tento důvod zmínil i jeden z představitelů zařízení, která důvody ukončení nezjišťují s tím, že odcházející pracovníci se sami zmíní. Přesun blíže k místu bydliště nebo změna bydliště byla jako důvod uvedena ve dvou případech. Další příčiny byly zmíněny vždy jednou. Pracovníci hledají možnost kariérního růstu, proto odcházejí do nemocnic s akutní péčí. Dalším důvodem je špatná dopravní dostupnost. Protože práce v zařízeních následné a dlouhodobé péče je především doménou žen, je další příčinou následování manžela do místa jeho pracovního působení. Tzv. nižší profese občas podcení náročnost práce u následných a dlouhodobých lůžek, což rovněž řeší odchodem. V jednom zařízení se setkali s ukončením pracovního poměru z důvodu špatných mezilidských vztahů v kolektivu.

Pouze jediné zařízení poskytuje odcházejícím pracovníkům pomoc s nalezením nového zaměstnání. Činí tak formou osobní poptávky po novém pracovním místě.

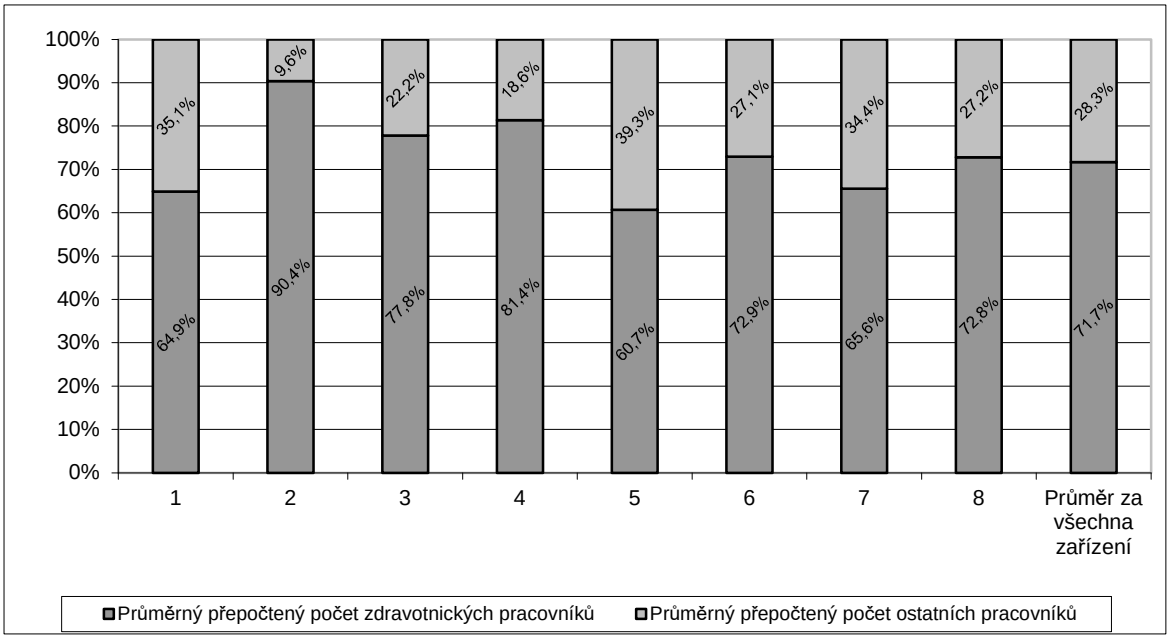
Představitelé ostatních zařízení nic neposkytují a na položenou otázku odpovídali většinou se zabarvením hlasu od despektu až po výsměch.

3.2.13 Další doplňující personální informace

Poměrně důležitou administrativní činností je pro zdravotnická zařízení pravidelné reportování personálních stavů zdravotnických pracovníků zdravotním pojišťovnám. Nižší stavy, než které předepisuje vyhláška o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, znamenají nebezpečí snížení úhrad ze strany zdravotních pojišťoven. Proto je ve všech zařízeních kladen důraz na dodržení alespoň minimálních stavů, přičemž zařízení mají obvykle u některých kategorií zdravotnických pracovníků stavy vyšší dle potřeb svého provozu. Všechna zařízení zařazená do výzkumného vzorku požadavky vyhlášky splňují. Personální reporty pro zdravotní pojišťovny vypracovávají ve zdravotnických zařízeních personalisté (personální útvary) pouze ve třech případech. Stejný počet zařízení přidělil tuto činnost pracovníkovi, který má na starosti styk se zdravotními pojišťovnami. V jednom zařízení reporty vypracovává jednatel a v jednom vrchní sestra.

Velmi rozdílný je poměr zdravotnických a nezdravotnických pracovníků v jednotlivých zařízeních z výzkumného vzorku, přičemž jednotlivé poměry ukazuje následující tabulka.

Graf 4: Zastoupení zdravotnických a nezdravotnických pracovníků v jednotlivých zařízeních zařazených do výzkumného vzorku[2]



Zdroj: Vlastní zpracování

Na otázku ohledně počtu mužů a žen odpovědělo sedm zařízení z celkových osmi, které jsou součástí výzkumného vzorku. Podíl pracovníků – mužů a pracovnic – žen se mezi zařízeními liší, nicméně všude je patrná výrazná převaha žen.

Tabulka 16: Počty žen a mužů v jednotlivých zařízeních

	Zařízení						
	1	2	3	4	5	6	7
Počet žen absolutně	44,08	89,83	80,85	419,4	77	49	108
Počet mužů absolutně	4,6	6,75	23,04	121,5	14	3	25
Podíl žen	90,55%	93,01%	77,82%	77,54%	84,62%	94,23%	81,20%
Podíl mužů	9,45%	6,99%	22,18%	22,46%	15,38%	5,77%	18,80%

Zdroj: Vlastní zpracování

Každé zařízení je pod vlivem svého lokálního trhu práce a to vždy svým

[2] Absolutní hodnoty absentují z důvodu zajištění anonymity jednotlivých zařízení.

specifickým způsobem. Zařízení v blízkosti velkých center, zejména hlavního města Prahy, se potýkají s konkurencí velkých nemocnic, zejména fakultních, které jim konkurují vyššími mzdami a rovněž nabídkou atraktivnějších možností kariéry. Velká města zároveň nabízejí pracovníkům možnosti kariéry i mimo zdravotnictví. Zařízení ve vzdálenějších malých sídlech jsou v postavení nejvýznamnějších zaměstnavatelů regionu a představitelé zařízení si tuto skutečnost uvědomují. Díky tomu mají solidní možnosti výběru pracovníků do nižších pozic a těží též z nižších mezd v regionu. Podobné výhody mají zařízení, která působí v regionech s vysokou nezaměstnaností. Pracovníci si také uvědomují, že v případě ztráty místa si těžko budou hledat nové. Na druhé straně je obtítnější přilákat do takového zařízení specialisty. Jedno zařízení se nachází na malém městě se střední zdravotnickou školou, a tedy s dostatečným přísunem jejích absolventů. Představitel jednoho zařízení uvedl, že nevidí ve svém regionu žádná zvláštní specifika trhu práce.

Co se trhu práce týče, obecně se představitelé zařízení shodnou na skutečnosti, že situace je u zdravotnických pracovníků spíše špatná. Zejména to platí u lékařů, kterých je v České republice nedostatek. Přivést je do zařízení následné či dlouhodobé péče je extrémně složité. U zdravotních sester a nelékařských specialistů je situace rovněž špatná a v zařízeních většinou pociťují jejich nedostatek, nicméně dvě zařízení uvedla, že zde problémy nemají. U ostatních kategorií pracovníků problémy s personálním zabezpečením zdravotních služeb nemají, rovněž tak u nezdravotnických profesí. Jeden z představitelů zařízení si postěžoval na obecně nevalnou kvalitu uchazečů.

Na otázku, jakou mají představitelé zařízení představu o tom, jak jsou v regionu vnímáni jako zaměstnavatel, tj. jaká je jejich pověst, odpověděli čtyři z nich, že se o toto nezajímají. Zbývající čtyři uvedli, že pověst zařízení je dobrá, dva z nich s dodatkem, že se za poslední období významně zlepšila. Vnějším projevem je zvýšený zájem o práci v zařízení.

Na otázku týkající se věkového průměru zdravotnických pracovníků odpovědělo, stejně jako v případě dotazu na počet pracujících mužů a žen, sedm zařízení. V šesti z nich přesahuje věkový průměr lékařů 50 let. Kromě jediného uvedla zbývající zařízení vždy alespoň jednoho lékaře v důchodovém věku. Ve třech zařízeních se počet lékařů v důchodovém věku pohybuje kolem poloviny všech lékařů, kteří v zařízení pracují. V případě zdravotních sester se věkový průměr pohybuje ve všech zařízeních kolem 44 let, u sanitářek a ošetřovatelek je rozptyl průměrů větší od 35 do 47 let. Problém s důchodovým věkem většího počtu zdravotních sester existuje v jednom zařízení.

V případě průměrných výdělků odpovědělo opět 7 zařízení. Z údajů je patrný výrazný rozptyl způsobený zřejmě regionálními vlivy. V případě lékařů činí průměrná mzda od 45 tis. Kč do 80 tis. Kč, v případě zdravotních sester od 17 tis. Kč do 30 tis. Kč, a v případě sanitářů a ošetřovatelek od 11 tis. Kč do 24 tis. Kč.

Fluktuace zdravotnických pracovníků se zařízení od zařízení liší. Vyšší je obvykle u ošetřovatelek a sanitářek, kde ve čtyřech zařízeních dosahuje alespoň 15 %. U zdravotních sester je nižší, kromě jednoho zařízení s 10,76 % je pod deseti procenty. V případě lékařů je situace velmi stabilní a lékaři ze zkoumaných zařízení v podstatě neodcházejí, opět s jednou výjimkou, kde u lékařů uvádějí fluktuaci 20 % (1 lékař z 5).

3.3 Interpretace výsledků výzkumného šetření a diskuze

V oblasti *zajištění personální práce* z výzkumného šetření vyplývá, že pouze větší zařízení realizují personální práci na vyšší úrovni, menší zařízení zajišťují především personální administrativu. V menších zařízeních není personální útvar zřízen vůbec, ve dvou z nich ani pracovní pozice personalisty. Ve zkoumaném vzorku zařízení je celkem sedm plných úvazků personalistů. Na jednoho personalistu připadá ve vzorku zkoumaných zařízení 190,5 pracovníka, přičemž

při vyloučení zařízení, která nemají personalistu, činí počet pracovníků 169,3 na jednoho personalistu. Ve dvou největších zařízeních působí jeden personalista na více než 270 pracovníků. Vzhledem k počtům personalistů na počet pracovníků, které jsou doporučovány v odborných zdrojích jako optimální, je možné výzkumným šetřením zjištěné počty personalistů považovat za nízké. Nízký počet personalistů souvisí mimo jiné se skutečností, že ve zdravotnictví existuje řada předpisů, které zaměstnávání zdravotnických pracovníků upravují, zařízení z nich tradičně vycházejí, potřebu realizace personálních aktivit nad rámec administrativního zajištění často nepociťují. Plné využití možností personálního řízení pro potřeby zařízení omezuje také nedostatek zdravotnických pracovníků na trhu práce. Zřízení personálního oddělení či pracovní pozice personalisty je vázáno na náklady. Tyto náklady musí přinést úspory v jiných oblastech, proto zařízení považují za efektivní zaměstnat personalistu pouze v případě, pokud tyto úspory převýší náklady na personalistu. V případě nejmenších zařízení, která byla zařazena do výzkumného vzorku, odhaduji finanční úsporu ve výši jednoho procenta celkových nákladů zařízení. Takto se představitelé zařízení v rámci výzkumného šetření ve většině případů nevyjadřovali, potřebu personalistů řeší intuitivně nebo ji nezvažují vůbec. Na nižší úrovni řízení, například v případě staničních sester, je pro jejich personální práci určující jejich představa očekávaných výsledků práce celého oddělení i jednotlivců, na základě které pak hodnotí své podřízené. Ve větších zařízeních vzhledem k potřebě dostatečného přehledu vedoucích pracovníků o personální oblasti a o jednotlivých pracovnících je pozice personalistů zřízena a personální řízení je realizováno na profesionálnější úrovni.

Strategie organizace napomáhá jejímu směrování a celkovému rozvoji. Většina zkoumaných zařízení strategii organizace vypracovává a jejich představitelé ji považují za přínosnou. Přístup k *personální strategii* je ovšem odlišný, pouze ve dvou zařízeních je personální strategie formulována. Lze se domnívat, že důvodem je opět skutečnost, že jsou počty pracovníků předepsány. Celý systém poskytování péče je mnoho let bez změn, proto mívají představitelé zařízení

tendenci považovat *personální plánovaní* za zbytečné. V rámci smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče odevzdávají zdravotnická zařízení informace o smluvních druzích poskytované péče, odbornosti pracoviště, kapacitě poskytované péče, personálním zajištění, kvalifikaci personálu, přístrojovém vybavení, výkonech a ošetřovacích dnech, a to minimálně v rozsahu stanoveném právními předpisy. K aktivní personální práci tak zařízení nucena nejsou, prostor pro aktivní personální práci často vnímají jako omezený. Je však překvapivé, že se dlouhodobějším personálním plánováním nezabývají ani zařízení, která zaměstnávají větší počet pracovníků v důchodovém věku, a lze předpokládat potřebu jejich náhrady. Všechna zařízení provádějí pouze operativní plánování formou rozpisu jednotlivých pracovníků do služeb na odděleních. Domnívám se, že vedoucí pracovníci většinou nahlížejí na personální plánování povrchně, neuvažují o všech jeho dimenzích. V žádném ze zařízení není zpracována personální politika.

Přístup k *analýze pracovních míst* je, pokud se týká popisů pracovních míst, ve všech zařízeních zařazených do výzkumného vzorku odpovědný. Je zřejmé, že tento základní pracovní dokument není podceňován, všichni si uvědomují jeho přínos pro běžný chod zařízení i pro řešení případných sporů. Popisy pracovních míst jsou významné nejen pro organizaci, ale rovněž pro pracovníky, pro které jsou formulovanými požadavky na práci na daném pracovním místě. Překvapivá je skutečnost, že se pouze ve dvou zařízeních na tvorbě popisů pracovních míst podílí personalista, který by měl být vždy odpovědný za metodiku jejich zpracování. Důvodem je podle mého názoru skutečnost, že personalisté jsou považováni (s výjimkou dvou zařízení) za administrativní sílu, nikoliv za odborného pracovníka odpovědného za personální řízení v organizaci. Tato skutečnost rovněž vypovídá o chápání personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče jako pouhé personální administrativy. Kvalifikační profily pracovních míst vytváří pouze polovina zařízení. Domnívám se, že uvedené souvisí se skutečností, že kvalifikační kritéria jsou daná v případě zdravotnických pracovníků předpisy, kvalifikační profily považují zařízení za nadbytečné, přičemž

ostatní pracovníky nepovažují za důležité. Toto potvrzuje i situace ve dvou zařízeních, která vypracovávají kvalifikační profily pouze pro zdravotnické pracovníky. Kompetenční profily nechápou zařízení, která je vytvářejí, jako předpoklady k dobrému výkonu práce, ale jako pravomoci, které mají jako samostatný dokument ve složce pracovníka. Pravomoci pracovníků by měly být standardně součástí popisů pracovních míst. Absence dokumentů v oblasti analýzy pracovních míst je v zařízeních důsledkem podceňování jejich významu či neznalosti jejich využití. Tvorba a administrace dokumentů je pro zařízení zátěží, vzhledem k nedostatku či absenci personalistů vede zařízení k redukci personálních aktivit. Avšak domnívám se, že v budoucnu budou zařízení následné a dlouhodobé péče nucena se analýzou pracovních míst a tvorbou příslušných dokumentů zabývat, a to i s ohledem na postupné zpřísňování legislativy, akreditačních standardů a zvyšující se konkurence na trhu práce.

Pro *získání zdravotnických pracovníků* vyšších kategorií, tj. zejména lékařů a zdravotních sester, není získávání pracovníků spoluprací s úřady práce optimální. Jedná se o pracovníky v profesích, kterých je nedostatek, nabídek na trhu práce je pro ně dostatek, a tudíž nemají důvod se na úřadech práce registrovat. Jak bylo již zmíněno, některá zařízení uvedla, že využívají úřady práce pouze proto, že se jedná o povinnou formalitu. Od 1. ledna 2012 není však hlášení volných pracovních míst pro zaměstnavatelé povinné, § 35 zákona o zaměstnanosti uvádí pouze možnost. Je zřejmé, že některá zařízení nesledují změny v legislativě, která přímo nesouvisejí s poskytováním zdravotních služeb. Pouze jedno zařízení hodnotilo spolupráci s úřady při získávání nezdravotnických a nižších zdravotnických pracovníků práce pozitivně. Poměrně málo zařízení uvedlo v rámci metod získávání pracovníků preference pro jednotlivé skupiny pracovníků. Největší fluktuace pracovníků, a tedy i potřeba jejich získávání, je u kvalifikačně nižších skupin pracovníků, kde jsou širší možnosti jejich získávání, a proto není nutné se omezovat na konkrétní metodu. Vzhledem k situaci lékařů na českém trhu práce považuji za nejvhodnější ty způsoby, které využívají osobní kontakty. Zejména malá zařízení však uvedla, že fluktuace lékařů v jejich

zařízeních je nulová, v ostatních zařízeních odešla jedna či maximálně dvě osoby za sledovaný rok, přičemž někteří představitelé zařízení neřeší potřebu získávání lékařů několik let. Konkrétní získávání pracovníků z vnějších zdrojů u jednotlivých zařízení reflektuje lokální specifika a zkušenost vedoucích pracovníků s konkrétními metodami. Zajímavý je ve výsledcích výzkumného šetření Facebook jako metoda získávání pracovníků zařízením. Lze předpokládat, že využívání metod vázaných na sociální sítě bude narůstat. Získávání pracovníků v zařízeních ve výzkumném vzorku ovlivňuje skutečnost, že tato zařízení často působí v menším regionu, kde bývají dominantním zaměstnavatelem. Pro pracovníky tak může být zařízení v blízkosti jejich bydliště z geografických důvodů optimálním zaměstnavatelem, případně jedinou možností, pokud nechtějí dojíždět do zaměstnání ve větší vzdálenosti. Při získávání pracovníků z vnitřních zdrojů je namísto odborných postupů upřednostňována intuice a zkušenost. Tento přístup může být optimální, protože jsou pracovníci součástí malých kolektivů, vzájemně se dobře znají. V případě menších zařízení mají přehled o pracovnících a jejich schopnostech i vedoucí pracovníci na vyšší úrovni. Za překvapivou lze označit skutečnost, že se na získávání pracovníků personalisté podílejí v minimální míře nebo vůbec, vedoucí pracovníci jsou zvyklí zajišťovat si tuto činnost sami.

Při *výběru pracovníků* nejsou odborné služby personalistů ve většině případů využívány. V menších organizacích se personalista neúčastní výběru vůbec, jeho úkolem je jen personální administrativa, pouze ve větších zařízeních má personalista při výběru pracovníků významnější roli. Výběr pracovníků probíhá v zařízeních odlišně. Jediná shoda je v procesu výběru v rozhodnutí nebo významném vyjádření nejvyšších vedoucích pracovníků, kterými jsou primáři, vrchní sestry, případně ředitel nebo jednatel. V případě výběru zdravotnických a vedoucích pracovníků většina zařízení realizuje výběrová řízení, což potvrzuje, že v zařízeních je těmto profesím přikládán značný význam pro jejich fungování. Zařízení využívají spíše pouze tradiční metody výběru, zejména životopis, výběrový pohovor, případně reference, což vypovídá o určité strnulosti této personální činnosti. Pouze jediné zařízení provádí výběr pracovníků s využitím

rovněž testování pracovní způsobilosti zkušební směnou na pracovišti. Domnívám se, že opomíjení testování pracovní způsobilosti nebo jeho provádění až ve zkušební době není ve zdravotnictví vzhledem k rizikům optimální, ale chápu to jako důsledek obecného nedostatku zdravotnických pracovníků na trhu práce a také neznalosti, případně podceňování těchto metod. Možnost výběru se snižuje s rostoucí zdravotnickou kvalifikací potřebnou pro dané pracovní místo, proto je výběr kohokoliv bez skutečného ověřování předpokladů často běžnou realitou. Trh práce zdravotnických pracovníků ovlivňují především velké nemocnice ve vlastnictví státu, popřípadě krajů, které zcela nefungují na principech ekonomické efektivity, volné pracovníky ze svého regionu oslovují příslibem vysokého ohodnocení, většími možnostmi profesního uplatnění a rozvoje. V tomto kontextu se jeví překvapivým zjištění, že většina zařízení zařazených do výzkumného vzorku se aktivně nesnaží podpořit zájem uchazečů o práci ve svém zařízení. Domnívám se, že s nástroji personálního marketingu nemají zkušenosti, respektive je neznají.

Formální proces *přijetí nového pracovníka* je ve všech zařízeních shodný, je zřejmé, že všechna zařízení znají platné předpisy a postupy při nástupu pracovníka. *Adaptační proces* u zdravotnických pracovníků nepodceňuje žádné zařízení bez ohledu na to, zda má proces adaptace zpracován v písemné podobě či nikoliv. Považuji to za projev toho, že si zařízení uvědomují, jak jsou pro poskytování jejich služeb zdravotničtí pracovníci důležití, a že se zároveň chtějí vyvarovat jakýchkoliv pochybení. Je však patrné, že pozornost je v zařízeních věnována spíše pouze zdravotnickým pracovníkům, ostatním v menší míře. Adaptační proces je zpracovaný písemně ve všech zařízeních, která získala akreditaci Spojené akreditační komise České republiky. Standard 59 totiž hovoří o zapracování, obecně řeší jeho obsah i rozsah a ukládá povinnost písemných záznamů. Zařízení proto vypracovávají směrnice s postupy adaptace pro jednotlivé kategorie pracovníků a formuláře pro záznamy o průběhu a hodnocení adaptačního procesu, v nichž jsou podrobně uvedeny všechny činnosti, které musí pracovník v průběhu procesu adaptace zvládnout. Lze předpokládat, že postupné

zpřísňování legislativy v oblasti zdravotnictví povede i k většímu důrazu na formalizaci postupů v oblasti personálního řízení, přičemž adaptace pracovníků bude první oblastí podléhající regulaci. Z obsahového hlediska pokrývá adaptační proces v zařízeních, ve kterých je zpracován v písemné podobě, potřebné oblasti zdravotnické praxe, aktivity procesu adaptace jsou průběžně zaznamenávány. U ostatních zařízení, která nemají písemnou dokumentaci k adaptaci, byť se jí věnují, nelze ověřit, že byl pracovník pro samostatný výkon práce skutečně připraven. Lze namítnout, že písemný záznam nemusí být v souladu se skutečností, což je často zmiňováno v souvislosti se systémy jakosti, v případě zařízení ve výzkumném vzorku s akreditacemi. Nicméně podpis odpovědného pracovníka u záznamu o konkrétní stanovené aktivitě pravděpodobnost odpovědného přístupu k celému procesu adaptace zvyšuje.

Absenci formalizovaného systému *hodnocení pracovníků* v zařízeních následné a dlouhodobé péče považuji rovněž za důsledek dlouholetého nezměněného systému personální práce. Řadoví i vedoucí pracovníci mají zakořeněný systém hodnot a očekávání souvisejících s jejich prací, chovají se v souladu s nimi, případné pracovní problémy jsou řešeny na osobní úrovni. Pro účely odměňování je pro zařízení postačující subjektivní hodnocení vedoucího. Navíc v kolektivech na jednotlivých odděleních působí určitá sociální kontrola mezi jednotlivými pracovníky. Domnívám se, že důvodem, proč velká skupina zařízení následné a dlouhodobé péče nemá implementováno systematické hodnocení pracovníků, může být také skutečnost, že pro vedení zařízení je důležitý výkon oddělení jako celku. Jedinci, kteří do pracovních týmů nezapadají a narušují jejich činnost, jsou obvykle snadno identifikovatelní již v průběhu zkušební doby, a jejich pracovní poměr je ve zkušební době ukončen. Pokud funguje tým relativně bezproblémově, vedoucí vyhodnotí případné nežádoucí odchylky jedinců bez složitějších postupů, situaci řeší operativně. Představitelé zařízení v průběhu rozhovorů uváděli, že je v zařízeních atmosféra rodinného typu, čemuž jsou podle nich přizpůsobeny i metody hodnocení pracovníků. V těchto případech zařízení nemohou využít výhod systematického hodnocení pracovníků, jako je tomu v zařízeních, kde je

systém formálního hodnocení implementován. Vedoucí pracovníci si o svých podřízených vytvářejí osobní přehled, nejsou-li však informace zaznamenány, s odchodem vedoucích pracovníků nejsou k dispozici. Formalizovaný systém hodnocení pracovníků je zaveden ve větších zařízeních v rámci výzkumného vzorku, hodnocení pracovníků ve větších zařízeních již není spolehlivě realizovatelné pouze neformálními metodami.

Po roce 1989 všechna zařízení následné a dlouhodobé péče převzala jako systém *odměňování* platové tabulky, který do značné míry ovlivňuje mzdy a platy jejich pracovníků dodnes. Zařízení následné a dlouhodobé péče jsou výrazně ovlivňována i zvnějšku, a to příslušnou legislativou, konkurenčními (většími) zařízeními v blízkém okolí a v neposlední řadě situací na trhu práce zdravotnických pracovníků. V oblasti zaměstnaneckých výhod je zajímavou skutečností, že nejvíce výhod poskytují zařízení, v nichž nepůsobí odborové organizace. Nejširší nabídku zaměstnaneckých výhod poskytují zařízení soukromá, což neodpovídá často uváděnému předpokladu, že se taková zařízení zaměřují především na ziskovost. Vzhledem k předmětu své činnosti je zarážející, že s výjimkou jediného zařízení neposkytuje žádné ze zařízení ve výzkumném vzorku jako zaměstnaneckou výhodu zdravotní péči nad rámec zákona. Všechna zařízení využívají v rámci zaměstnaneckých výhod vlastní stravovací provozy. Zajištění ubytování, které poskytuje pouze jedno zařízení, je výhodné i z hlediska získávání pracovníků, napomáhá podpoře mobility pracovní síly v rámci České republiky i v případě kandidátů ze zahraničí, může pracovníkům významně usnadnit přesun na nové působiště. Vzhledem ke zvyšující se konkurenci na trhu práce předpokládám jeho rostoucí význam.

Vzdělávání zdravotnických pracovníků je nezbytnou součástí jejich pracovního výkonu a profesního rozvoje. Zařízení následné a dlouhodobé péče začleněná do výzkumného vzorku se této oblasti významně věnují. Svůj vliv mají i akreditační standardy, konkrétně Standard 56 výslovně určuje povinnosti v oblasti vzdělávání. Proto je v akreditovaných zařízeních systém vzdělávání propracovanější, přičemž

se jedná o povinné vzdělávání zdravotnických pracovníků. V případě realizace nepovinného vzdělávání pracovníků je přístup zařízení následné a dlouhodobé péče spíše rezervovaný. Vlastními silami zajišťují zařízení na základě souhlasného stanoviska profesního sdružení k pořádání školící akce nejčastěji vzdělávání zdravotních sester. Důvodem je skutečnost, že se obvykle jedná o akci, které se účastní velká skupina, realizací v místě zařízení je možné dosáhnout významné úspory nákladů, které by musely být vynaloženy na zajištění vzdělávací akce mimo vlastní zařízení. Kromě samotných přímých nákladů na každou akci a cestovních nákladů dochází k významné úspoře času každého pracovníka. Vzdělávací aktivity pro jednotlivce je pro zařízení vhodné zajišťovat externě. Pokud se týká plánování vzdělávání, pouze ve dvou zařízeních z výzkumného vzorku k němu přistupují systematicky. V ostatních systém vzdělávání neexistuje, není plánováno, je nahodilé nebo žádné. Pro splnění legislativních požadavků je postačující získat v rámci daného období dostatečný počet kreditů za absolvování vzdělávacích akcí. Domnívám se, že ke vnímání důležitosti vzdělávání mohou přispět sama zařízení následné a dlouhodobé péče. Budou-li se aktivně zajímat o konkrétní absolvované vzdělávací kurzy, respektive podobu a obsah vzdělávacích akcí a jejich význam pro zařízení, již například v rámci procesu výběru pracovníka, uvědomí si i samotní pracovníci, že je vzdělávání více než pouhý počet kreditů.

Plánování osobního rozvoje a *řízení kariéry* je v zařízeních následné péče věnována minimální pozornost, jejich přínos připouštějí představitelé zařízení pouze u vedoucích pracovníků. Ve zdravotnických zařízeních je standardně plochá organizační struktura, která významně omezuje možnosti kariérního růstu. Vzhledem k omezením předepsaných kvalifikačních požadavků není pro některé profese kariérní postup možný (například sanitář se nemůže stát staniční sestrou). Z výsledků dotazníkového šetření a rozhovorů se zdá, že plán osobního rozvoje je chápán představiteli zařízení jako stanovení vzdělávacích aktivit pro pracovníka ze strany zařízení. Zároveň není vždy jasně patrný rozdíl mezi plánem osobního rozvoje a řízením kariéry. Řízením kariéry alespoň u potenciálních vedoucích

pracovníků by se měla zabývat všechna zařízení, protože i v nejmenších zařízeních dochází k obměnám ve funkcích staničních a vrchních sester, primářů i ředitelů. Je vhodné, aby vybraní schopní pracovníci věděli, že se s nimi v budoucnu počítá.

Spíše než na sociálně-psychologické *podmínky práce* se jednotlivá zařízení soustředí na podmínky hmotné, a to především na pracovní prostředí (upravené a čisté prostory, čistý vzduch) a na pracovní pomůcky a materiál usnadňující práci (například kvalitní spotřební zdravotnický materiál). Přestože byla pouze v jednom zařízení explicitně uvedena péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci, ve většině zdravotnických zařízení se této oblasti mimořádně intenzivně věnují. Neuvedení péče o bezpečnost a ochranu zdraví při práci považuji za důsledek toho, že je vnímána jako samozřejmost. Podle výsledků výzkumného šetření je minimální zaměření se na sociálně-psychologické podmínky potvrzením skutečnosti, že harmonické pracovní prostředí není záměrně budováno, představitelé zařízení spoléhají na přirozenou schopnost lidí v kolektivech tuto harmonii udržovat, případné problémy jsou následně řešeny. Nepohoda zdravotníků se však může projevit i ve vztahu k pacientům, tudíž opomíjení aktivního přístupu ke vztahům na pracovišti nepovažuji za optimální. Téměř úplná shoda v oblasti organizace služeb zdravotnických pracovníků je důsledkem zažitých postupů a sdílené osvědčené zkušenosti v zařízeních následné a dlouhodobé péče. Problémy se zajištěním pohotovostních služeb, respektive dostupností lékaře, výslovně připouští pouze jedno zařízení, nicméně z rozhovorů bylo patrné, že tyto problémy se mohou týkat více zařízení. Maximální rozsah přesčasové práce v kombinaci s nedostatkem lékařů a případně i sester může způsobovat těžkosti. Zařízením dlouhodobé péče v tomto ohledu napomohla nová ustanovení vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, která eliminovala povinnost zajišťovat nepřetržitou službu lékaře a stanovila povinnost zajistit pouze jeho dostupnost. Ostatní zařízení s péčí následnou a nemocnice jsou nuceny problémy řešit. Jednoznačně bezproblémovým řešením je přijetí dostatečného počtu lékařů, kteří

budou v rámci přesčasových limitů schopni služby zajistit. Avšak jedná se o řešení ekonomicky extrémně náročné a problematické vhledem k situaci na trhu práce. Přesto dvě zařízení uvedla, že dostatečný počet lékařů na pokrytí služeb mají, ale jedno z nich muselo nové lékaře přijmout. Zavedení směn snižuje využitelnou pracovní dobu každého jednotlivce, omezuje délku pracovní doby v jednom dni, znamená dodržování přestávek mezi směnami ad. Uvedené řešení zvolila pouze jedno zařízení. Další možností je zajištění služeb externími lékaři, kteří mají své ambulantní praxe, avšak ti nemusejí mít dostatečný přehled o pacientech ani o práci na lůžkovém oddělení. Toto řešení volí v kombinaci s vlastními pracovníky tři zařízení. Možnost vzájemné výměny lékařů k zajištění služeb v případě blízkých zdravotnických zařízení žádné zařízení neuvedlo. Z výzkumného šetření vyplynulo, že zařízení, která služby lékařů zajišťují, se snaží přesčasy řešit v mezích zákoníku práce.

Odborové organizace v zařízeních následné a dlouhodobé péče spíše nepůsobí, případně se jejich působení jeví být spíše formální. Srovnání zaměstnaneckých výhod a průměrných výdělků v zařízeních ve výzkumném vzorku nevypovídá o tom, že by měly odborové organizace v těchto oblastech vliv.

Většina zařízení zjišťuje důvody *ukončení pracovního poměru* při odchodu pracovníků, nicméně vzhledem ke stavu na trhu práce je s podivem, že tři zařízení tuto potřebu nemají. Kvalifikované odborníky, kterých je nedostatek, by se mělo každé zařízení snažit udržet. Zjišťování příčiny odchodu identifikuje problémy, což v případě jejich možného řešení může umožnit dobrovolným odchodům pracovníků v budoucnu zabránit. Pomoc odcházejícím pracovníkům (outplacement) nemá v zařízeních následné a dlouhodobé péče tradici, představitelé zařízení ji odmítají, nechápou, proč by ji měli poskytovat. Většina pracovníků totiž odchází z vlastní vůle a tuto pomoc nepotřebují.

Otázka ke zpracování reportů pro zdravotní pojišťovny se vztahuje ke specifické administrativní činnosti zdravotnických zařízení. Data vycházejí z údajů personální

evidence, proto lze předpokládat, že je zpracovávají personalisté. Přesto je jim vypracování svěřeno pouze ve třech případech. Ve třech případech je zpracovávají pracovníci pověření stykem se zdravotními pojišťovnami, v jednom přímo jednatel a v jednom vrchní sestra.

Klíčová role zdravotníků je nesporná a podle jejich procentního zastoupení v jednotlivých zařízeních, které je uvedeno v grafu v kapitole 3.2.13, je pochopitelné, že se odpovědní pracovníci při provádění personální práce zaměřují zejména na ně. Z grafu je patrná výrazná diference v zastoupení zdravotnických a nezdravotnických pracovníků mezi jednotlivými zařízeními. Kromě zdravotnických provozů mají zařízení i provozy podpůrné, jako hospodářsko-technický úsek, kuchyně, prádelny ad. Z grafu k poměru zdravotnických a nezdravotnických pracovníků uvedeném v kapitole 3.2.13 je patrná poměrně velká diference v zastoupení nezdravotnických pracovníků v jednotlivých zařízeních. Domnívám se, že je důvodem existence či neexistence jednotlivých podpůrných provozů. Zařízení mohou některé provozy nahrazovat externími službami, což bývá výsledkem zejména ekonomického posouzení. Tato skutečnost zkresluje statistiky, které využívají hodnoty mzdových nákladů na jedno lůžko.

Pro zařízení následné a dlouhodobé péče je charakteristický vysoký podíl žen, což vyplývá i z výsledků výzkumného šetření, kdy činí podíl žen na celkovém počtu pracovníků v jednotlivých zařízeních 78–93 %. Domnívám se, že rozdíly v poměru žen a mužů v jednotlivých zařízeních mohou být zapříčiněny, stejně jako v případě rozdílů v poměrech zdravotnických a nezdravotnických pracovníků, zaměstnáváním mužů v obslužných provozech, které všechna zařízení nemají. Struktura zaměstnanců s převahou žen může významněji ovlivňovat chod zařízení, a to v případě odchodů na mateřskou a rodičovskou dovolenou či při ošetřování dětí v době jejich nemoci. Pro každou organizaci je významná věková struktura pracovníků a její souvislosti, zařízení by měla plánovat nástupnictví.

Obecné trendy na trhu práce zdravotnických pracovníků sice ovlivňují všechna

zařízení, nicméně zdá se, že vliv lokálních specifik na konkrétní zařízení převládá. Skutečnosti, že jsou zařízení schopna konkurovat velkým nemocnicím, považuji za známku toho, že dokáží specifika využít ve svůj prospěch. To potvrzuje i relativně nízká fluktuace zdravotnických pracovníků v zařízeních zařazených do výzkumného vzorku. Je také pravděpodobné, že lidé jsou významně vázáni k místu, kde žijí, což by objasňovalo i vysoké rozdíly v odměňování zdravotnických pracovníků v mezi jednotlivými zařízeními. Rozdíly v odměňování jsou však ovlivněny více faktory, mezi něž patří vzdálenost od ostatních zdravotnických zařízení a úroveň mezd v regionu. Výdělek jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků v zařízení může výrazně ovlivnit počet služeb a přesčasů. V zařízeních s větším počtem zdravotních sester na jednu stanici má sestra v měsíci méně nočních a víkendových služeb, které by mohly její výdělek významně navýšit. V případě lékařů v zařízeních s ošetřovatelskými lůžky nejsou noční a víkendové služby předepsány, což může zvyšovat rozdíly v jejich příjmech ve srovnání se zařízeními s jinými typy lůžek. K nejnižšímu uvedenému výdělku sestry v průběhu rozhovoru představitel zařízení potvrdil, že takto nízké mzdy jsou jejich regionální specifikum.

Na základě celkového zhodnocení rozhovorů je zřejmé, že se představitelé zařízení zaměřují především na zdravotnický personál. Kvalita pracovníků nezdravotnických provozů by však neměla být podceňována, protože svým podílem rovněž přispívají k výsledkům zařízení. Větší rozhled v oblasti personálního řízení mají představitelé zařízení, ve kterých je funkce personalisty zřízena a obsazena odborníkem. Představitelé zařízení sdílejí v rámci běžné spolupráce s personalisty znalosti a metody personálního řízení, lépe se v této oblasti orientují, uvědomují si potřebu pozic personalisty ve svém zařízení.

Od sofistikovanějšího systému personálního řízení podle mého názoru odrazují většinu představitelů zařízení náklady snižující výnosy nebo úspory a časová náročnost realizace dílčích personálních činností, což pramení z nedostatečné znalosti přínosů personálního řízení. Nestandardizované postupy a neformální

metody ponechávají představitelům zařízení určitou flexibilitu a svobodu v rozhodování. Avšak rozhodují se pouze na základě nedostatečných informací. Tato situace se ale stává od určité velikosti zařízení nevyhovující, protože roste náročnost řízení jako celku a tím i personálního řízení. U větších zařízení zařazených do výzkumného vzorku jsou patrné více formalizované postupy, provádějí většinu personálních činností a přistupují k nim více profesionálně. Menší zařízení se zaměřují spíše na personální činnosti, které jsou nezbytné. Pokud bych měl určit na základě výzkumného šetření hranici, od které se zvyšuje profesionalita personálního řízení, je to od počtu okolo 200 průměrných přepočtených pracovníků, konkrétně od počtu v otevřeném intervalu od 133 do 277,65, které představují počty pracovníků zařízení, mezi kterými uvedená hranice leží.

Významný vliv na formalizaci a provádění personálních činností mají akreditační standardy, které nutí zařízení zabývat se personálním řízením podle stanovených požadavků, které jsou někdy vnímány spíše než jako přínosné jako vynucené. Ztotožnění se se smyslem povinností vyplývajících z akreditace může mít vliv na kvalitu vlastního provádění personálních činností. Přístup k akreditacím je rozdílný u zařízení zřizovaných veřejným zřizovatelem a soukromých. Akreditační certifikát jako vnější znak kvality péče mají z výzkumného vzorku všechna zařízení veřejných zřizovatelů. Zařízení zřizovaná fyzickými nebo právnickými osobami akreditaci nemají, což ale nemusí znamenat nízký důraz na kvalitu. Domnívám se, že v zařízení, které manažeři vedou jako firmu, se více než na formality soustřeďují na kvalitu vnímanou zákazníkem, která je do značné míry odlišná od objektivního posouzení akreditačními standardy. Zákazník (pacient) nevnímá primárně kvalitu samotného výkonu, ale spíše vedlejší, laiky vnímatelné, vnější efekty, jako je příjemné prostředí, chuť stravy, rychlost zdravotního výkonu, příjemný personál ad.

Hlavní problémy, které mají zařízení následné a dlouhodobé péče v oblasti personálního řízení, souvisejí zejména s vlivy vnějšího prostředí, které zároveň

ovlivňují většinu zdravotnických zařízení v České republice. V ekonomické oblasti se potýkají s neustálými tlaky na zvyšování mezd a platů. Řeší nedostatek personálu, který částečně souvisí i s úrovní odměňování, ale rovněž se systémem vzdělávání, který řešení předchozího nepomáhá, spíše naopak. Personální situace, v závislosti na dodržování zákoníku práce a personálních standardů, se při zachování současných požadavků na personální zabezpečení zdravotních služeb bude úměrně zhoršovat, protože současní absolventi nepokrývají poptávku zdravotnických zařízení. Rychlé řešení není možné a skokový růst produkce absolventů se může projevit za řadu let (u lékařů i více než za deset let). Uvedené oblasti ovlivňují hlavní měrou centrální orgány České republiky. Prostou extrapolací jejich dosavadní činnosti docházím k závěru, že zařízení následné a dlouhodobé péče budou s postupujícím časem v čím dál obtížnější situaci jak ekonomické, tak personální. Budou nucena k operativním řešením, které lze nazvat „záplatováním“, budou často na hraně zákona, případně i za ní. Odpovědní však budou ředitelé či jednatelé zařízení, kteří péči nezajistí v souladu se zákonem. Této perspektivě mohou představitelé zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice čelit důsledným ovlivňováním procesů, například reformulací pravomocí jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků v oblasti personálního řízení. Jejich znalosti a zkušenosti z praktické realizace personální práce mohou být silnými argumenty v diskuzích s příslušnými státními orgány. Z výsledků výzkumného šetření je zjevné, že prostor pro rozvoj personálního řízení v zařízeních existuje. Je třeba, aby bylo úsilí investované do provádění personálních činností efektivní, aby přineslo úspory ekonomické a časové, výhody představující eliminaci nežádoucích událostí apod., přičemž vždy bude záležet na konkrétní situaci a podmínkách daného zařízení. K realizaci změn vedoucích ke zlepšení systému personálního řízení v zařízení je třeba dostatečné odvahy jeho představitele, čelit obavám vedoucích pracovníků z nárůstu pracovní zátěže, objasnit výhody, které přinesou, změny prosadit.

4 Závěr

Následné a dlouhodobá zdravotní péče jsou v současné době definovány v zákoně č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Přestože je tento zákon chápe odděleně, v praxi jsou obě stále zahrnovány pod jednotné označení „následná péče“, tj. podle stavu před nabytím účinnosti uvedeného zákona. Jednotlivé druhy následné a dlouhodobé péče lze odlišit podle úhradových kódů ošetřovacího dne, podle nichž zdravotní pojišťovny příslušnou péči hradí. Z celkové kapacity lůžkových zdravotnických zařízení v České republice tvoří lůžka následné a dlouhodobé péče přibližně jednu třetinu. Mohou je provozovat i akutní nemocnice, nicméně organizacemi, ve kterých je následná a dlouhodobá péče poskytována především, jsou nemocnice následné péče, léčebny dlouhodobě nemocných a další odborné léčebné ústavy (např. rehabilitační nebo turberkulosy a respiračních nemocí), které poskytují péči především starším lidem, proto lze vzhledem k demografickému vývoji předpokládat růst jejich významu.

Podíl lidské práce ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče je vyšší než v nemocnicích. Struktura přibližně osmnácti tisíc zdravotnických pracovníků v následné a dlouhodobé péči v České republice zahrnuje především zdravotní sestry, ošetřovatelský personál a lékaře a další nelékařské odborné zdravotnické pracovníky (např. fyzioterapeuty). Jejich konkrétní počty pro jednotlivé typy péče stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Personální řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče mohou ovlivňovat také pravidla určená standardy pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, která předepisují některé povinnosti v této oblasti. Z externích faktorů je významná migrace zdravotnických pracovníků, která má vliv na počet zdravotnických pracovníků, a to jak pozitivně tak negativně, přičemž ředitelé nemocnic každým rokem pociťují jejich větší nedostatek.

Výzkumné šetření provedené na počátku roku 2015 na vzorku osmi zdravotnických zařízení následné a dlouhodobé péče v České republice ukázalo nejednotnost a rozdíly v jejich personálním řízení, v menších zařízeních je úroveň personálního řízení nižší, než by bylo žádoucí. Personální řízení není v zařízeních zajištěno dostatečným počtem personalistů, ve dvou z těchto zařízení není pozice personalisty zřízena vůbec. Pouze v jediném zařízení působí vedoucí personálního oddělení, který je zároveň členem nejvyššího vedení. V přiměřené míře se provádění personálních činností věnují jednotliví vedoucí pracovníci. Je třeba uvést, že si nedostatky v zajištění personální práce kvalifikovaným personalistou představitelé zařízení uvědomují.

Většina zařízení strategii organizace vypracovává, považuje ji za přínosnou. Oblast personálního plánování však zařízení zanedbávají, pouze jediné zařízení se zabývá personální strategií a vypracovává ve spolupráci s personalisty personální plány, žádné zařízení nemá zpracovanou personální politiku.

Zařízení následné a dlouhodobé péče analyzují jednotlivá pracovní místa a vytvářejí jejich popisy, které ale personalisté nezpracovávají, pouze ve dvou zařízeních se na jejich vypracování podílí. V případě kvalifikačních profilů, kdy jsou požadavky na vzdělání zdravotnických pracovníků určeny legislativou, vede k tomu, že je vypracovávají pouze čtyři zařízení a dvě z nich pouze pro zdravotnické pracovníky. Kompetenční profily chápou zařízení ve smyslu stanovení pravomocí a jako takové je vypracovávají pouze tři.

Zařízení využívají vnitřní i vnější metody získávání pracovníků, hlavní úlohu v tomto procesu mají vedoucí pracovníci. Určitou roli mají personalisté pouze ve dvou zařízeních, ale nikoliv klíčovou. Vnitřní zdroje přicházejí v úvahu při povyšování, a to zejména na základě dlouhodobé osobní zkušenosti s pracovníkem. Při získávání z vnějších zdrojů využívají všechna zařízení osobní kontakt, nabídky uchazečů a doporučení vlastním pracovníkem. Dále jsou častými metodami přímé oslovení konkrétní osoby zařízením, doporučení známým mimo

organizaci a inzerce v tisku. Všechna zařízení používají jako metodu výběru pracovníků životopis a výběrový pohovor, časté je rovněž využití referencí. Proces výběru se liší podle velikosti zařízení, přičemž menší zařízení spíše ponechávají odpovědnost za výběr pracovníka na vedoucím pracovníkovi. Patrný je určitý vliv úrovně pracovní pozice, na vedoucí pozice je pracovník přijímán častěji na základě výběrového řízení, nikoliv pouze na základě rozhodnutí jednotlivce. Jako rozhodující kritérium výběru je uváděn celkový dojem při osobním rozhovoru. Možnosti výběru z více uchazečů jsou regionálně rozdílné, obecně jsou lepší v případě pracovních pozic, u nichž jsou nižší požadavky na kvalifikaci. Možnosti, jak podpořit zájem uchazečů o práci v zařízení, jsou využívány velmi omezeně.

Formality při přijetí nového pracovníka se ve všech zařízeních shodují. Zařízení si uvědomují důležitost řízené adaptace a zejména u zdravotnických pracovníků ji i svědomitě provádějí, nicméně v polovině zařízení neexistuje písemná forma záznamů o průběhu adaptačního procesu. Písemné záznamy o adaptaci mají pouze akreditována zařízení. U nezdravotnických pracovníků je písemně zpracovaný systém adaptace pouze u dvou zařízení. U těchto zařízení jsou ve zpracovaném systému stanoveny kroky adaptačního procesu a je určen vedoucí pracovník jako odpovědná osoba, která pověří zkušeného pracovníka vedením adaptačního procesu. Adaptační proces je zaznamenáván, zakončen pohovorem a testováním znalostí.

Ačkoliv tři čtvrtiny zařízení uvádějí, že mají implementován systém hodnocení pracovníků, pouze tři zařízení mají písemně zpracovaný systém, který se zabývá hodnocením pracovníků komplexně, přičemž jsou využívány hodnotící dotazníky a ve dvou případech rozhovory a zpětné vazby od pracovníka. Formalizovaný systém hodnocení je zaveden ve větších zařízeních. V zařízeních bez písemně zpracovaného systému hodnocení je hodnocení prováděno intuitivně. Hodnocení pracovníků se využívá především k odměňování, ve dvou zařízeních k úpravě kompetencí ve smyslu pravomocí. Systém hodnocení, jak ho mají nastavený, považují téměř všechna zařízení za vyhovující.

V oblasti odměňování je mezi zařízeními rozdíl v systému, podle kterého jsou pracovníci odměňováni, a to zda podle předpisů o mzdě nebo o platu. V zařízeních, která jsou příspěvkovými organizacemi, není možné dostatečně zohlednit výší odměny přínos pracovníka pro zařízení. Zařízení, která odměňují podle předpisů o mzdě, tuto možnost mají, tři z nich uvedla, že dodatkové odměny jsou silnou stránkou jejich systému. Z platových tabulek vycházejí při odměňování i dvě zařízení, která se řídí předpisy o mzdě. Všechna zařízení uvádějí, že se při odměňování řídí pracovním výkonem. Roli mají i další faktory, jako je pracovní chování, význam pracovníka pro organizaci, vzdělání atd. Všechna zařízení jsou v oblasti odměňování ovlivňována vnějšími faktory, zejména zásahy centrálními orgány, ale také konkurencí na trhu práce. Pokud se týká zaměstnaneckých výhod, poskytují je všechna zařízení všem pracovníkům, přičemž nejčastější je stravování. Nejvíce zaměstnaneckých výhod poskytují zařízení soukromá.

Systém vzdělávání pracovníků, jehož zavedení ovlivňují i akreditační standardy, má šest zařízení, přičemž důraz kladou na zdravotnické pracovníky, za jejichž vzdělávání odpovídají příslušní vedoucí (vrchní sestry, primáři, manažeři kvality). Personalisté se do realizace vzdělávání nezapojují. Zajišťování povinných vzdělávacích aktivit vlastními kapacitami zařízení je rozdílné, a to od zajištění všech vzdělávacích aktivit zařízením až po žádné vzdělávací aktivity realizované zařízením. O konkrétních vzdělávacích aktivitách rozhodují nadřízení vedoucí pracovníci. Povinné vzdělávání je hrazeno jednotlivými zařízeními. Přístup k nepovinnému vzdělávání se liší, je hrazeno zařízeními s různými podmínkami, případně nehrazeno vůbec. Plánování osobního rozvoje probíhá v pěti zařízeních, nicméně jeho forma není jednotná či žádnou koncepci nemá. Formalizované řízení kariéry neprovádí žádné zařízení a zařízení je obecně nepovažují za nutné, s výjimkou vytipovávání vhodných jednotlivců pro vedoucí pozice. Řádnou formou plánování osobního rozvoje ani řízení kariéry prováděno není.

V oblasti pracovních podmínek se zařízení věnují zejména hmotným podmínkám práce, zejména zázemí pracovníků, pracovním pomůckám a nástrojům. Zaměření

na dobré mezilidské vztahy v kolektivu zmínila pouze dvě zařízení. V zařízeních je obecně shoda v organizaci směn zdravotnických pracovníků, je důsledkem zažitých postupů a sdílené zkušenosti ve zdravotnictví, jen velmi omezeně umožňují zařízení pracovníkům využívat alternativní pracovní úvazky. Určité problémy mohou mít zařízení s dodržením přesčasové práce lékařů, nicméně povinnosti dané zákoníkem práce se v souvislosti se zajištěním pohotovostních služeb se zařízením daří naplňovat.

Odborové organizace působí pouze ve třech zařízeních. Ve zbývajících buď vůbec nepůsobily, nebo své působení ukončily. Vzájemné vztahy zařízení a odborů nejsou problematické, jsou založeny na spolupráci. Pokud se týká zaměstnaneckých výhod, jsou lepší v zařízeních bez odborových organizací.

Zařízení se zabývají odcházejícími pracovníky, zjišťují důvody jejich odchodu. Při uvolňování pracovníků žádné aktivity outplacementu nerealizují, žádnou pomoc odcházejícím pracovníkům neposkytují.

Souhrnně lze konstatovat, že se zařízení následné a dlouhodobé péče v oblasti personálního řízení soustředí především na zdravotnické pracovníky, což souvisí i s vlivem akreditačních standardů, které některé personální činnosti se zaměřením na zdravotnické pracovníky ovlivňují. Vliv těchto standardů na systém personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče bych označil za pozitivní, nicméně tento názor sdílí bezvýhradně pouze dva ze čtyř představitelů akreditovaných zařízení zařazených do výzkumného vzorku. Zbývající čtyři představitelé zařízení bez akreditací je považují za nadbytečné. Provádění jednotlivých personálních činností v zařízení je ve výrazné míře na vedoucích pracovnících, zřejmá je marginalizace personálních útvarů a personalistů. Úroveň personální řízení charakterizuje spíše personální administrativa, což může souviset s nedostatečným zajištěním personálními odborníky. Situace je lepší ve větších zařízeních, kde roste důraz na formalizaci personálního řízení. Domnívám se, že lze předpokládat legislativní vývoj směrem k větší regulaci v oblasti

provádění personálních činností ve zdravotnictví, což by vedlo zařízení k rozvoji systému personálního řízení a jeho posílení pracovními pozicemi personalistů.

5 Soupis bibliografických citací

ADAMCZYK, Roman. Vzdělávání sester v 21. století. *Sestra* [on-line]. 8.6.2010, 6/2010. [vid. 5.3.2012]. Dostupné z: http://www.zdn.cz/clanek/sestra/vzdelavani-sester-v-21-stoleti-452645

ALZHEIMER EUROPE*. Prevalence of dementia in Europe* [on-line]. 2013 [16.8.2014]. Dostupné z: http://www.alzheimer-europe.org/Research/European-Collaboration-on-Dementia/Prevalence-of-dementia/Prevalence-of-dementia-in-Europe

ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů*. 10. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1407-3

ARMSTRONG, Michael. *Odměňování pracovníků*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2890-2.

ARMSTRONG, Michael, a Angela BARON. *Strategic HRM: The key to improved business performance*. London: Chartered Institute of Personnel and Development, 2002. ISBN 978-0-8529-2923-0.

ARTHUR, Diane. *Maniging Human Resources in Small & Mid-Sized Companies*. 2nd edition. New York: American Management Association, 1995. ISBN 0-814-47311-3.

BARRET, Rowena, Susan MAYSON, a Niel WARRINER. The relationship between small firm growth and HRM practices. In: BARRETT, Rowena, a Susan MAYSON, eds*. International Handbook of Entrepreneruship and HRM*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, 2008. s. 186–204. ISBN 9781845429263.

BEDRNOVÁ, Eva, a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení*. 3. vydání.

Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-169-0.

BEM, Sandra. *The lenses of gender*, New Haven: Yeal University Press, 1993. ISBN 0-300-05676-1.

BRUTHANSOVÁ, Daniela, Anna ČERVENKOVÁ, a Iva HOLMEROVÁ. *Sociální hospitalizace* [on-line]. Praha: VÚPSV, 2000 [vid. 15.3.2013]. Dostupné z: *praha.vupsv.cz/Fulltext/SocHos.pdf*

BUMGARNER, Susan, a Ginger, BIGGERSTAFF. A Patient-Centered Approach to Nurse Orientation. *Journal for Nurses in Staff Development*, Lippincott Williams & Wilkins, listopad/prosinec 2000, vol. 16, no. 6, s. 249–256, ISSN 1098-7886.

CLARKE, Carol, Mark HARCOURT, a Matthew FLYNN. Clinical Governance, Performance Appraisal and Interactional and Procedural Fairness at a New Zealand Public Hospital. *Journal of business ethics* [on-line]. Dordrecht: Springer Science & Business Media B.V., 2013, vol. 117, no. 3, s. 667–678 [vid. 8.8.2014]. ISSN 0167-4544. Dostupné z: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6c7f408f-71df-4336-b9c5-5a5fc3cb9e31%40sessionmgr4001&vid=4&hid=4107

CLARK, Paul, James STEWART, a Darlene CLARK. The globalization of the labour market for health-care professionals. *International Labour Review* [on-line]. Oxford: WILLEY Blackwell, leden 2006, vol. 145, no. 1/2, s. 37–64 [vid. 7.8.2014]. ISSN 0020-7780. Dostupné z: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=96f91a1c-563f-48fa-b8f8-3c6fc4e91f04%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4107

COOKE, Fang Lee, Jie SHEN, a Anne McBRIDE. Outsourcing HR as a competitive strategy?: A literature review and an assessment of implications. *Human Resource Management* [on-line]. Hoboken: John Wiley & Sons, prosinec

2005, vol. 44, no. 4, s. 413–432 [vid. 4.8.2014]. ISSN: 0090-4848 Dostupné z: http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=97b73a88-0df4-44eb-9f0b-37b0beedf5fc%40sessionmgr4002&vid=4&hid=4107

ČERNÁ, Renáta, a Zuzana KOŽÍKOVÁ. Syndrom vyhoření (Burn-out syndrom) u zdravotních sester. *UROLOGIE PRO PRAXI* [on-line]. [Olomouc: Solen], 2004, no. 6, s. 265 [vid. 6.9.2014]. ISSN 1803-5299. Dostupné z: http://www.urologiepropraxi.cz/pdfs/uro/2004/06/10.pdf

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA. *Stavovský předpis č. 16 České lékařské komory*. Praha: Česká lékařská komora, 2012 [vid. 2.2.2014]. Dostupné z: http://www.lkcr.cz/doc/cms_library/sp16-novela-17-112012-100504.pdf

ČESKÁ REPUBLIKA. *48/1997 Sb. ZÁKON ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů* [ve znění pozdějších předpisů] [on-line]. Wolters Kluwer Česká republika, [2015] [vid. 15.3.2015]. Dostupné z: https://portal.gov.cz/app/zakony/download?idBiblio=45178&nr=48~2F1997~20Sb.&ft=pdf

ČESKÁ REPUBLIKA. 108 ZÁKON ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY* [on-line]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p.o., 31. března 2006, vol. 2006, no. 37, s. 1257–1289 [vid. 1.10.2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=4883

ČESKÁ REPUBLIKA. 372 ZÁKON ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY* [on-line]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p.o., 8. prosince 2011, vol. 2011, no. 131, s. 4730–4801 [vid. 10.10.2013]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-

zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6059

ČESKÁ REPUBLIKA – MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 134 Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ze dne 2. června 1998, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY* [on-line]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p.o., 24. června 1998, vol. 1998, no. 46, s. 5674–6258 [vid. 10.10.2013]. Dostupné z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=3153

ČESKÁ REPUBLIKA – MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 99 VYHLÁŠKA ze dne 22. března 2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. *SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÉ REPUBLIKY* [on-line]. Praha: Tiskárna Ministerstva vnitra, p.o., 30. března 2012, vol. 2012, no. 39, s. 1686–1730 [vid. 10.12.2014]. ISSN 1211-1244. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6152

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Projekce obyvatelstva České republiky (Projekce 2009)* [on-line]. [Praha: ČSÚ, 2009] [vid. 15.3.2013]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/B6003AA37A/$File/40200901.pdf

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Senioři v mezinárodním srovnání 2011* [on-line]. [Praha: ČSÚ, 2012] [vid. 15.3.2013]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/FE0041432E/$File/e-1417-12_Zd.pdf

DĚDINA, Jiří. a Václav CEJTHAMR. *Management a organizační chování.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, Praha 2005. ISBN 80-247-1300-4.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

DOLEŽELOVÁ, Ivana, et al. *Akční plán č. 8a: Zvýšení kvality, dostupnosti a*

efektivity následné, dlouhodobé a domácí péče. [on-line]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2015 [vid. 16.3.2016]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2008a_zaprac%20pripominek%20MPR_cervenec15.pdf

DUBINSKY, Isser, Kelly JENNINGS, Moshe GREENGARTNER, a Amy BRANS. 360-degree physician performance assessment. *Healthcare Quarterly* [on-line]. [Toronto: Longwoods Publishing Corporation], březen 2010, vol, 13, no. 2, s 71–76 [vid. 8.8.2014]. ISSN 1929-6347. Dostupné z: https://www.haygroup.com/downloads/ca/misc/360-degree_physician_performance_assessment_april_2010.pdf

DUCHSCHER, Judy Boychuk. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurses. *Journal of advanced nursing* [on-line]. Oxford: Wiley-Blackwell, květen 2009, vol. 65, no.5, s. 1103–1113 [vid. 8.8.2014]. ISSN 0309-2402. Dostupné z: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e9fc5413-68ad-4d45-a19c-247d3658f68a%40sessionmgr115&vid=1&hid=123

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana, et al. *Management lidských zdrojů.* 1. vydání. Praha: C.H. Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-893-4.

EVROPSKÁ KOMISE. Nařízení Komise (ES) č. 800/2008 ze dne 6. srpna 2008. *Úřední věstník Evropské unie* [on-line]. L214, 9.8.2008 [vid. 4.8.2014]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:214:0003:0047:cs:PDF

EUROPEAN PARLIAMENT, EUROPEAN COUNCIL. Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition

of professional qualifications. *Official journal of the European Union* [on-line]. L255, 30.9.2005 [vid. 29.4.2012]. Dostupné z: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:en:PDF

FALCONE, Robert, a Bhagwan SATIANI. Physican as Hospital Chief Executive Officer. *Vascular and Endovascular Surgery* [on-line]. London: Sage Publications, únor/březen 2008, vol. 42, no. 1, s. 88–94 [vid. 27.6.2014]. ISSN: 1938-9116. Dostupné z: http://eds.a.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ef0218bf-80cb-4799-a538-ab4fcdbc216b%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4113

FIALA, Petr. *Ekonomické aspekty (reformy) zdravotnictví*. [on-line]. 2009 [15.3.2013]. Dostupné z: www.acmn.cz/file.php?nid=1140&oid=1346981

FLYNN, Walter, Robert MATHIS, a John JACKSON. *Healthcare Human Resource Management.* Second Edition. Mason: Thomson South-Western, 2007. ISBN 0-324-31704-2.

FOOT, Margaret, a Caroline HOOK. *Personalistika.* Praha: Computer Press, 2002. ISBN 80-7226-515-6.

FOTTLER, Myron, et al. Evaluating nurse turnover: comparing attitude surveys and exit interviews. *Hospital & health services administration* [on-line]. Chicago: Health Administration Press, 1995, vol. 40, no. 2, s. 278–295 [vid. 1.9.2014]. Dostupné z: https://login.ezproxy.is.cuni.cz/login?url=http://search.proquest.com/docview/206681512

GESME, Dean, a Marian WIESMAN. Performance Appraisal: A Tool for Practice Improvement. *Journal of Oncology Practice* [on-line]. Alexandria: American Society of Clinical Oncology, březen 2011, vol. 7, no. 2, a. 131–134 [vid. 8.8.2014]. ISSN:

1554-7477. Dostupné z: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0235f180-a807-4602-af07-ffbdd86383c3%40sessionmgr115&vid=1&hid=123

GLADKIJ, Ivan, et all. *Management ve zdravotnictví*. Praha: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.

GOODALL, Amanda. The risks businesses take when they hire leaders with minimal core-business knowledge. *StrategicRISK* [on-line]. London: Newsquest Specialist Media, 15. dubna 2014 [vid. 27.6.2014]. Dostupné z: http://www.strategic-risk-global.com/the-risks-businesses-take-when-they-hire-leaders-with-minimal-core-business-knowledge/1407933.article

GOODALL, Amanda. Should Doctors Run Hospitals?. *DICE Report* [on-line]. Munich: CES-IFO, březen 2013, vol. 11, no. 1, s. 37–40 [vid. 27.6.2014]. ISSN: 1612-0663. Dostupné z: http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/1355716924/fulltextPDF?accountid=15618

GUNDERMAN, Richard, a Steven KANTER. Perspective: Educating Physicians to Lead Hospitals. *Academic Medicine* [on-line]. Washington, DC: The Association of American Medical Colleges, říjen 2009, vol. 84, no. 10, s. 1348-1351 [vid. 27.6.2014]. ISSN: 1938-808X. Dostupné z: pdfs.journals.lww.com/academicmedicine/2009/10000/Perspective__Educating_Physicians_to_Lead.16.pdf?token=method|ExpireAbsolute;source|Journals;ttl|1408347815850;payload|mY8D3u1TCCsNvP5E421JYPPlNl9ZUXrQDsjmMHeXqBgfxP56d5BAis+WhfSrPR1S6lcHrAT5WTvTkrI7Jc1zUq2UlEn8N1x7qr2heZXbSZE2/LnQkUnbAwLtuHlqxiruZhFwwtFf4aeU4rMgwns+8TDbNbAkOUlffcIt0OqswFvWf97qU1+XR+GRM7R1S2drJjlMZyk5umnCyX0ZsO+WQO3OqrC6kWZHGFmwsUyPoy3TkarWdvvy6Y+Y2j71uz08ZT48Kq4FnoD9k2sZ/f2+VtLuq7uoIKDiRliJeppVX+rw4UyT+wiUZhSlAJO7dAyjR9vmyVAWVtaC6WwAPrLYreszSV1KWThE7hh6oMJQ6lmjE

bXKC+gaal/PsKlfuCcwBrUqJIORKZEJNXxZBdgr3PQsdpBR5D41VaEH2MOCVF
QOReXo4fsg/YHzlI735ThKGKWml7j5Rn+50uie6sSdJqjf0QLWOa0q+IPzv3lP9Dbtj
tVBzj37I05+xyFEQYy8hkPvrHfu33uPvCYtoLj6J9uZawa0r/hG4jNiOlz9FC7GJdeYr
uj0bK5VQBSvsgdY/dBIMeG3lNTXUCUcvJSluK0aGIw6Dz6nHkcE/3S4anFLYlT+riI
YTCGiEX23hvUO;hash|AyOqsN/Qmq9LMIBTIMwOBQ==

HAMZA, František. *Sociální lékař: Zvláštní otisk "Věstníku ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy"*. Praha: František Hamza, 1923.

HEALTHCARE INSTITUT. *Barometr českého zdravotnictví 2013, Výzkum mezi řediteli nemocnic a zdravotních pojišťoven v ČR realizovaný za podpory Komerční banky* [on-line]. HealthCare Institut, květen 2013 [vid. 15.3.2016]. Dostupné z: http://www.hc-institute.org/userfiles/files/Detailn%C3%AD%20anal%C3%BDza%20Barometru%202013.pdf

HEALTHCARE INSTITUT. *Barometr českého zdravotnictví 2014, Výzkum mezi řediteli nemocnic a zdravotních pojišťoven v ČR realizovaný za podpory Komerční banky* [on-line]. HealthCare Institut, květen 2014 [vid. 15.3.2016]. Dostupné z: http://www.hc-institute.org/userfiles/files/Ipsos%20pro%20HCI_Barometr_v%C3%BDsledky_fin%C3%A1ln%C3%AD.pdf

HEALTHCARE INSTITUT. *BAROMETR ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ 2015, Výzkum mezi řediteli nemocnic v České republice* [on-line]. HealthCare Institut, květen 2015 [vid. 15.3.2016]. Dostupné z: http://www.hc-institute.org/userfiles/files/Ipsos%20pro%20HCI_Barometr%20Nemocnic_2015.pdf

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HNILICA, Karel. K determinantám hodnocení zdravotnictví. *Zdravotnictví v České republice* [on-line]. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví, Sdělovací technika spol. s r.o., 2010, vol. 12, no. 2, s. 48–52 [vid. 26.7.2014]. Dostupné z: http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-2-2010.pdf

HR Monitor [on-line]. Zlín: TREXIMA, květen 2013 [vid. 18.8.2014]. Dostupné z: http://www.hr-monitor.cz/pocet-personalistu

HRONÍK, František. *Hodnocení pracovníků*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1458-2.

IVANOVÁ, Kateřina, Marie NAKLÁDALOVÁ, a Jiří VÉVODA. Pracovní satisfakce všeobecných sester v ČR podle hodnotových distancí. *Pracovní lékařství* [on-line]. [Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně], 2012, vol. 64, no. 4, s. 119–122 [vid. 1.9.2014]. ISSN 1805-4536. Dostupné z: http://usl.upol.cz/gacr/ikony/webove_stranky/files/13_clanek_Pracovni_satisfakce_satisfakce_vseobecnych_sester.pdf

JEDNACÍ ŘÁD DOHADOVACÍHO ŘÍZENÍ o hodnotách bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních [on-line]. 2. února 2016 [vid. 15.3.2016]. Dostupné z: https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/ostatni/jednaci-rad-02022016.pdf

KHATRI, Naresh, Jack WELLS, Jeff McKUNE, a Mary BREWER. Strategic Human Resource Management Issues in Hospitals: A Study of a University and a Community Hospital. *Hospital Topics* [on-line]. Abingdon: Taylor & Francis, září 2006, vol. 84, no. 4, s. 9–20 [vid. 8.8.2014]. ISSN 0018-5868. Dostupné z: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=8da0a632-e270-4118-b8a8-51848a1680ec%40sessionmgr111&vid=3&hid=123

KLIMPL, Petr. *Zpráva o situaci na krajském trhu práce, o realizaci APZ v roce 2014 a strategie APZ pro rok 2015* [on-line]. Úřad práce České republiky, Krajská pobočka v Pardubicích, únor 2015 [vid. 15.3.2016]. Dostupné z: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiL7LauiMXLAhXka3IKHVv0ANQQFggfMAA&url=https%3A%2F%2Fportal.mpsv.cz%2Fsz%2Fpolitikazamest%2Frealizace_apz%2Fpardubicky_kraj_2014.doc&usg=AFQjCNE3OvbS1b2CaPISmVpOFEKO1mbFLg

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2497-3.

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální řízení Východiska a vývoj*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3269-5.

KOUBEK, Josef. *Personální práce v malých a středních firmách*. 4. vydání Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3823-9.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 3. vydání. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-033-3.

KOUBEK, Josef. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 4. vydání, Praha: Management Press, 2012. ISBN 978-80-7261-168-3.

KOUBOVÁ, Michaela. V Česku roste počet lékařů z ciziny. Vedle Slovenska hlavně z Ukrajiny a Ruska [on-line]. *Zdravotnický deník*. Praha: Media Network, 15.3.2016 [vid. 18.3.2016]. Dostupné z: http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/03/v-cesku-roste-pocet-lekaru-z-ciziny-vedle-slovenska-hlavne-z-ukrajiny-a-ruska/

KULATÝ STŮL K BUDOUCNOSTI A FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR.

Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: Zdravotnictví v číslech a názorech. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, květen 2008. ISBN-13 978-80-85047-35-6.

KUTSCHER, Beth. The rural route: Hospitals in underserved areas taking different roads to recruit, retain physicians. *Modern Healthcare* [on-line]. Detroit: Crain Comunications, 6. května 2013, vol. 43, no. 18, s. 30–31 [vid. 7.8.2014]. ISSN 0160-7480. Dostupné z: http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=dfeb3c33-5a20-40fc-a84c-5e0efdaced3e%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4107&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=87470522

LUDVÍKOVÁ, Eva. *Oblíbenost kreditního systému v celoživotním vzdělávání pracovníků.* Zlín, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

MARX, David, a František VLČEK. Průvodce novými standardy SAK ČR platnými od 1. září 2009: Kapitola pátá: Standardy řízení lidských zdrojů. *Zdravotnické noviny*. 2009, vol. 58, no. 17–18, s. 18. ISSN 0044-1996.

MATOCHOVÁ, Soňa, a Tomáš LAJKEP. Etika a právo v kontextu lékařské etiky. *Zdravotnické právo v praxi* [on-line]. [Olomouc]: 2005, vol. 2, s. 24–26 [vid. 27.8.2014]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: http://pravo.solen.cz/pdfs/pra/2005/02/01.pdf

MATOUŠEK, Pavel. Vzdělávání zdravotních sester v zařízení následné péče. *AndragogikA*. Academia Economia, září 2012, vol. 16, č. 3, s. 21–22. ISSN 1211-6378.

MATOUŠEK, Pavel. Zdravotničtí pracovníci v následné péči v České republice. *Andragogická revue*, Praha: Vydavatelství Univerzity Jana Amose Komenského Praha, 2013, vol. 5, no. 1., s. 5–15. ISSN 1804-1698.

MIKULKOVÁ, Jana. *Vzdělávání ve zdravotnictví: migrace nelékařských zdravotnických pracovníků* [on-line]. Brno: NCO NZO, [19.6.2013]. [vid. 3.8.2014]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Unie/Soubor.ashx?souborID=18123&typ=application/vnd.ms-powerpoint&nazev=Migrace%20nel%C3%A9ka%C5%99%C5%AF_Mikulkova.ppt

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MORAVCOVÁ, Karolína, Jana HLINOVSKÁ, a Karolína ZEJDOVÁ. Význam celoživotního vzdělávání sester. In: *SBORNÍK Z 10. VĚDECKÉ KONFERENCE S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ: „VZDĚLÁVÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ“* [on-line]. Praha: Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., květen 2015, s. 123–129 [vid. 30.3.2016]. ISBN 978-83-61991-19-9. Dostupné z: https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=36&ved=0ahUKEwie5tXylOjLAhVL1RQKHQzHAbI4HhAWCDQwBQ&url=http%3A%2F%2Fwww.vszdrav.cz%2Fuserdata%2Ffiles%2F2015_Sbornik_konference_2015.doc&usg=AFQjCNHy7ReiXdymkoLcMQMeupXnmsJYBw&cad=rja

MUISER, Jorine, a Guy CARRIN, *Financing long-term care programmes in health systems* [on-line]. Geneva: World Health Organization, 2007 [vid. 15.3.2013]. Dostupné z: http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_6-longtermcare.pdf

NARCISSE, Sharon, a Mark HARCOURT. Employee fairness perceptions of performance appraisal: a Saint Lucian case study. *The International Journal of Human Resource Management* [on-line]. Abingdon: Routledge ,červen 2008, vol. 19, no. 6, s. 1152–1169 [vid. 8.8.2014]. ISSN 0958-5192. Dostupné z: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=102aff45-7eea-47f8-8cf8-1444b04b9206%40sessionmgr198&vid=1&hid=123

NÁRODNÍ REFERENČNÍ CENTRUM. *Výroční zpráva 2010* [on-line]. Praha: Národní referenční centrum, 2011 [vid. 2012-09-01]. Dostupné na http://www.nrc.cz/system/files/2011/01/vyrocni_zprava_2010_pdf_16175.pdf

OBST, Otto, et al., *Základy obecného managementu.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1365-5.

ONDRIOVÁ, Iveta, Anna HUDÁKOVÁ, a Matilda PAVELKOVÁ. Spokojenost pacientů jako indikátor kvality péče. *Sestra* [on-line]. 21.1.2013, 01/2013 [vid. 2.8.2014]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/spokojenost-pacientu-jako-indikator-kvality-pece-468686

PAŠTIKOVÁ, Jana. Ředitel by neměl být jen ekonom. *iDnes* [on-line]. Praha: MAFRA, 23. října 2007 [vid. 27.6.2014]. Dostupné z: http://finance.idnes.cz/reditel-by-nemel-byt-jen-ekonom-dmp-/podnikani.aspx?c=A071018_841487_zamestnani_amr

PAULÍK, Karel. Pracovní spokojenost a její psychologické souvislosti. *Psychologie v ekonomické praxi.* srpen 2001, vol. 36, č. 1–2., s. 1–13. ISSN 0033-300X.

PAVLICA, Karel, et al. *Sociální výzkum: podnik a management: průvodce manažera v oblasti výzkumu hospodářských organizací*. Praha: Ekopress, 2000. ISBN 80-86119-25-4.

PLACHÁ, Hana. *Metodický pokyn k realizaci a ukončení adaptačního procesu pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [on-line]. Věstník Ministerstva zdravotnictví. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009, 6/2009, s. 40–42 [vid. 4.1.2012]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/Soubor.ashx?souborID=19109&typ=application/pdf&nazev=MP%20k%20realizaci%20a%20ukon%C4%8Den%C3%AD%20adapta%C

4%8Dn%C3%ADho%20procesu.pdf

PLATY.CZ. *Jaké benefity poskytují velké a jaké naopak malé firmy?.* Platy.cz [on-line]. Praha: LMC, 7.9.2011 [vid. 8.8.2012]. Dostupné z: http://www.platy.cz/analyzy/jake-benefity-poskytuji-velke-a-jake-naopak-male-firmy/50025

PLEVOVÁ, Ilona, et al. Management v ošetřovatelství. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3871-0.

POCHYLÁ, Karla, a Otakar POCHYLÝ. *Metoda pro stanovení počtu a kvalifikačního zastoupení ošetřovatelského personálu na standardních ošetřovatelských jednotkách pro dospělé oborů interních, chirurgických, gynekologie a porodnictví, ošetřovatelských a pobytových lůžkách, jako východisko pro vytvoření standardu personálního vybavení daného pracoviště* [on-line]. [Praha]: Česká asociace sester, [2008] [vid. 5.8.2014]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/vypocet_personalu_brozura.pdf

POLÁKOVÁ, Zdeňka. *Koncepce následné lůžkové péče* [on-line]. Věstník Ministerstva zdravotnictví. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 1998, 9/1998 [vid. 2.7.2014]. Dostupné z: http://www.ferovanemocnice.cz/data/met.%20opatreni%20nasledna%20luz.pece.pdf

PREZIDIUM ČESKÉ ASOCIACE SESTER. *Dotazníkové šetření České asociace sester: Pracovní podmínky zdravotníků v ČR: Výsledky.* [on-line]. Praha: Česká asociace sester, září 2013 [vid. 2.8.2014]. Dostupné z: http://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/dotaznikove_setreni_vysledky_2013.pdf

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

SCOTT, Susanne, a Walter EINSTEIN. Strategic performance appraisal in team-based organizations: One size does not fit all. *The Academy of Management Executive* [on-line]. 2001, vol. 15, no. 2, s. 107–116 [vid. 8.8.2014]. Dostupné z: http://www.library.armstrong.edu/eres/docs/eres/MHSA7650-1_CROSBY/765020croStrategic.pdf

SETH, Ella-May. Competing for Talent. *Healthcare Executive* [on-line]. Chicago: American College of Healthcare Executives, květen/červen 2003, vol. 18, no.3, s.86–87 [vid. 7.8.2014]. ISSN 0883-5381. Dostupné z: http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c86b8395-c73a-4449-9798-42904448382c%40sessionmgr112&vid=1&hid=123

Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2012. EZ Centrum: Olomouc, 2012.

SILVERMAN, David. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar, a.s., 2005. ISBN 80-551-0904-4.

SINGH, Douglas. *Effective Management of Long-term Care Facilities*, Sudbury: Jones & Bartlett Publishers, 2010. ISBN 978-0-7637-7403-5.

SNELL, Scott, Shad MORRIS, a George BOHLANDER. *Managing human resources*. 17. vydání. Boston: Cengage Learning, 2016. ISBN: 978-1-285-86639-0.

STACHO, Zdenko, Hana URBANCOVÁ, a Katarína STACHOVÁ. Organisational arrangement of human resources management in organisations operating in Slovakia and Czech Republic. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis* [on-line]. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2013, vol. 61, no. 7, s. 2787–2799 [vid. 15.3.2016]. ISSN 1211-8516. Dostupné z:

http://acta.mendelu.cz/media/pdf/actaun_2013061072787.pdf

SOUČEK, Zdeněk, a Jan BURIAN. *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1. vydání. Praha: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-18-5.

ŠKRLA, Petr, a Magda ŠKRLOVÁ. *Kreativní ošetřovatelský management.* 1. vydání. Praha: Advent-Orion, 2003. ISBN 80-7172-841-1.

ŠMUCLER, Roman. Ředitel nemocnice? Lékař!, *blog.iDNES.cz* [on-line]. Praha: MAFRA, 2. srpna 2011 [vid. 27.6.2014]. Dostupné z: http://smucler.blog.idnes.cz/c/194907/Reditel-nemocnice-Lekar.html

ŠNAJDR, Marek, et al. Návrh poslance Marka Šnajdra a dalších na vydání zákona kterým se mění 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), ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 634/2004 Sb., o správních poplatcích, ve znění pozdějších předpisů. *Sněmovní tisk 206/0 ze dne 22.12.2010* [on-line]. [vid. 29.4.2012]. Dostupné z: http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?idd=67642

ŠTIKAR, Jan, Milan RYMEŠ, Karel RIEGEL, a Jiří HOSKOVEC. *Psychologie ve světě práce.* Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0448-5.

TOMŠŮ, Jana. *Výroční zpráva: 2013* [on-line]. Rybitví: Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví, 2014 [vid. 27.7.2014]. Dostupné z: http://www.ldn-rybitvi.cz/dokumenty/Vyrocni_zprava_2013.pdf

TRUNEČEK, Jan, et al. *Management v informační společnosti*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, 1997. ISBN 80-7079-201-9.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: 15: Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2013* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 25.6.2014 [vid. 8.8.2014]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_15_0.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 23: Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2013* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1.10.2014 [vid. 15.2.2015]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/ai_2014_23.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky 24: Nemocnost a úmrtnost na ischemické nemoci srdeční v ČR v letech 2003–2010, aktualizace* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 7.12.2012 [vid. 15.2.2015]. Dostupné z: http://uzis.cz/system/files/24_12.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky: 30: Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2011* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1.8.2012 [vid. 8.6.2013]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/30_12.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Lůžková péče 2013* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014 [vid. 15.3.2016]. ISBN 978-80-7472-094-9, Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/lupe2013.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Síť*

zdravotnických zařízení 2011 [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012 [vid. 10.6.2013]. ISBN 978-80-7472-004-8, Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/sitzz2011.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Síť zdravotnických zařízení 2013* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2015 [vid. 15.3.2016]. ISBN 978-80-7472-141-0, Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/sitzz2013.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2012 [vid. 15.3.2013]. ISBN 978-80-7472-024-6. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2011_0.pdf

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013* [on-line]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014 [vid. 12.12.2015]. ISBN 978-80-7472-135-9. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/zdrroccz2013.pdf

VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOREJSOVÁ, a Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice* [on-line]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2010 [vid. 10.1.2015]. ISBN 978-80-7421-021-1. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodoba_pece_CR.pdf

VAN DER SLUIS, Lidewey, a Sylvia VAN DE BUNT-KOKHUIS. *Competing for Talent*, Assen: Uitgeverij Van Gorcum, 2009. ISBN 978-90-232-4454-7.

VÁŇA, Petr. Jak najít a dlouhodobě udržet klíčové lidi v nemocnici. *Zdraví E15.* 12.10.2009 41/2009 [vid. 13.3.2013]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/jak-najit-a-dlouhodobe-udrzet-klicove-lidi-v-nemocnici-447282

VAVREČKOVÁ, Jana, et al. *Riziko možného odlivu kvalifikovaných odborníků z České republiky do zahraničí: závěrečná zpráva projektu 1J 019/04 DP2* [on-line]. Praha: VÚPSV, v.v.i. 2008. [vid. 13.3.2013]. ISBN 978-80-7416-013-4. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_276.pdf

VÉVODA, Jiří, Kateřina IVANOVÁ, a Marie NAKLÁDALOVÁ. Výzvy pro personální management všeobecných sester [on-line]. In: POSPÍŠILOVÁ, Alena, Jana STRAKOVÁ a Petra JUŘENÍKOVÁ. *Sborník k VII. Mezinárodní konferenci všeobecných sester a pracovníků vzdělávajících nelékařská zdravotnická povolání.* Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013 [vid. 1.9.2014]. ISBN 978-80-7013-555-6. Dostupné z: http://usl.upol.cz/gacr/ikony/webove_stranky/files/Sbornik_VII_mezinarodni_konference_Brno_7_2_2013.pdf

VISWESVARAN, C., a ONES, D.S.: Employee Selection in Times of Change. In: Gerard HODGKINGSON a Kevin FORD, ed. *International Review of Industrial and Organizational Psychology 2010*. Chichester: John Wiley & Sons, 2010, s. 169–226. ISBN 978-04-7068-259-3.

VLČEK, František, Kateřina IVANOVÁ, Petr SADÍLEK, a David MARX. Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: vliv externího hodnocení na kvalitu řízení v lůžkových zdravotnických zařízeních ČR. *Zdravotnictví v České republice* [on-line]. Praha: Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Sdělovací technika spol. s r. o, březen 2010, vol. 13, no. 1, s. 182–187 [vid. 10.9.2014]. ISSN 1213-6050. Dostupné z: http://www.zdravcr.cz/archiv/zcr-1-2010.pdf

VODÁČEK, Leo, a Oľga VODÁČKOVÁ. *Management: teorie a praxe v informační společnosti*. Praha: Management press, 2001. ISBN 80-7261-041-4.

VOLEJNÍK Václav, David MARX, a František VLČEK. *Národní akreditační standardy pro zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče.* 1. vydání. Praha: Spojená akreditační komise České republiky, a TIGIS, 2009. ISBN 978-80-903750-3.

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011* [on-line]. [Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2012] [vid. 15.3.2013]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/rocenka-2011.pdf

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. *ROČENKA VZP ČR ZA ROK 2014* [on-line]. [Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2015] [vid. 12.12.2015]. Dostupné z: https://webevzp.blob.core.windows.net/media/Default/dokumenty/rocenka-2014.pdf

WAGNEROVÁ, Irena. *Hodnocení a řízení výkonnosti.* 1. vydání. Praha: Grada Publishning, 2008. ISBN 978-80-247-2361-7.

6 Seznam grafů, obrázků a tabulek

Seznam grafů

Graf 1: Odpovědi ředitelů nemocnic z roku 2014 na otázku, zda vnímají fluktuaci jako problém 28
Graf 2: Vývoj vnímání nedostatku lékařů jako problému z pohledu ředitelů nemocnic 29
Graf 3: Vývoj vnímání nedostatku zdravotních sester jako problému z pohledu ředitelů nemocnic..... 29
Graf 4: Zastoupení zdravotnických a nezdravotnických pracovníků v jednotlivých zařízeních zařazených do výzkumného vzorku 110

Seznam obrázků

Obrázek 1: Hodnotitelé třistašedesátistupňového hodnocení v podmínkách zařízení následné a dlouhodobé péče 56
Obrázek 2: Složky celkové odměny 57

Seznam tabulek

Tabulka 1: Struktura následné lůžkové zdravotní péče dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky k 31. 12. 2013 15
Tabulka 2: Výskyt demence v Evropě v závislosti na věku 17
Tabulka 3: Hospitalizace pro ischemické choroby srdeční v nemocnicích v České republice podle věku v roce 2010 18
Tabulka 4: Počet ošetřených pojištěnců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky v roce 2011 členěných dle věkové skupiny v následné péči 19
Tabulka 5: Zvláštní požadavky na personální zabezpečení následné lůžkové péče podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. 24
Tabulka 6: Zvláštní požadavky na personální zabezpečení dlouhodobé lůžkové péče podle vyhlášky č. 99/2012 Sb. 24
Tabulka 7: Migrace nelékařských zdravotnických pracovníků v ČR v rámci EU 26
Tabulka 8: Vývoj výdělků lékařů a sester v České republice 60
Tabulka 9: Struktura platu lékařů a zdravotních sester v roce 2011 61
Tabulka 10: Počty personálu a zdravotnického personálu v jednotlivých zařízeních 88
Tabulka 11: Počet zařízení využívajících konkrétní metody získávání pracovníků z vnějších zdrojů 92
Tabulka 12: Počty zařízení využívající konkrétní metody výběru pracovníků 93
Tabulka 13: Kritéria odměňování v zařízeních odměňujících podle předpisů o mzdě 101
Tabulka 14: Kritéria odměňování v zařízeních odměňujících podle předpisů o mzdě 101
Tabulka 15: Počty zařízení poskytujících konkrétní zaměstnanecké výhody 103
Tabulka 16: Počty žen a mužů v jednotlivých zařízeních 110

7 Přílohy

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník 155
Příloha B: Osnova rozhovoru 165
Příloha C: Strukturovaný přehled vzorku 168

Příloha A Dotazník

Vážený pane kolego,

na základě naší domluvy Vám zasílám dotazník s prosbou o jeho vyplnění a vrácení e-mailem. Mnohokrát Vám děkuji za Vaši ochotu ke spolupráci a za čas, který mému výzkumu věnujete.

Se srdečným pozdravem

Pavel Matoušek

Název zařízení:
Jméno a funkce respondenta, který dotazník vyplňoval:
Kontakt na respondenta, který dotazník vyplňoval:

0) Charakteristika zařízení
a) Struktura lůžek:

b) Poskytovaná ambulantní péče:

c) Roční obrat lůžkové péče:

d) Roční obrat ambulantní péče:

e) Jaké certifikáty kvality Vaše zařízení obdrželo?

1) Zajištění personální práce
a) Je ve Vašem zařízení zřízen samostatný personální útvar?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud ano, kolik má personální útvar pracovníků a jaké jsou jejich funkce?

c) Není-li zřízen ve Vašem zařízení personální útvar, je zřízena pozice personalisty?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

d) V případě, že není ve Vašem zařízení zřízena pozice personalisty, kdo zajišťuje personální činnost?

2) Personální strategie, personální politika a personální plánování

a) Je ve Vašem zařízení písemně zpracována strategie zařízení?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Má Vaše zařízení písemně zpracovanou personální strategii?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

c) Pokud ano, jaké oblasti personální strategie postihuje?

d) Má Vaše zařízení písemně zpracovanou personální politiku?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

e) Pokud ano, jaké oblasti personální politika postihuje?

f) Má Vaše zařízení písemně zpracovány personální plány?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

g) Pokud ano, které personální plány má zpracovány?

3) Analýza pracovních míst

a) Máte ve Vašem zařízení zpracovány popisy pracovních míst?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud ano, pro která pracovní místa máte popisy pracovních míst zpracovány?

c) Máte ve Vašem zařízení zpracovány kvalifikační profily pracovních míst?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

d) Pokud ano, pro která pracovní místa máte kvalifikační profily pracovních míst zpracovány?

e) Máte ve Vašem zařízení zpracovány kompetenční profily pracovních míst?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

f) Pokud ano, pro která pracovní místa máte kompetenční profily pracovních míst zpracovány?

4) Získávání a výběr pracovníků

a) Je ve Vašem zařízení uplatňováno získávání pracovníků i z vnitřních zdrojů?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Jaké metody získávání pracovníků z vnějších zdrojů využíváte? (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- osobní kontakt
- přímé oslovení konkrétní osoby Vaším zařízením
- nabídka uchazeče
- doporučení vlastním pracovníkem
- doporučení známým mimo organizaci
- úřad práce
- personální agentury
- agentury zajišťující přímé oslovení uchazečů
- internetové stránky specializované na pracovní nabídky
- inzerce v tisku
- oslovení absolventů škol
- jiné (jaké?)

c) Jaké metody při výběru pracovníků využíváte? (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- motivační dopis
- formulář žádosti o zaměstnání zpracovaný Vaším zařízením
- životopis
- osobní dotazník Vašeho zařízení
- reference
- výběrový pohovor
- testování pracovní způsobilosti (jaké?)

- jiné metody (jaké?)

5) Přijímání a adaptace pracovníků
a) Máte ve Vašem zařízení formalizovaný systém adaptace pracovníků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud ano, máte systém adaptace pracovníků zpracovaný písemně?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

c) Pokud máte formalizovaný systém adaptace pracovníků, je tento systém modifikovaný pro různé skupiny pracovníků a pro jaké?

d) Pokud máte zpracovaný systém adaptace pracovníků písemně, je tento systém modifikovaný pro různé skupiny pracovníků a pro jaké?

6) Hodnocení pracovníků
a) Máte ve Vašem zařízení implementován systém hodnocení pracovníků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud máte implementován systém hodnocení pracovníků, je zaměřen (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- pouze na pracovní výkon
- pouze na pracovní chování
- na pracovní výkon i na pracovní chování
- případně (i) na jiná kritéria (jaká?)

c) Pokud máte implementováno systematické hodnocení pracovníků, je využíváno k (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- odměňování
- plánování vzdělávání a osobního rozvoje (k identifikaci vzdělávacích potřeb)
- řízení kariéry pracovníků
- přeřazení pracovníků na jinou práci či uvolnění pracovníka z organizace
- získání informací o názorech a spokojenosti pracovníků
- jiným účelům (jakým?)

7) Odměňování pracovníků
a) Pracovníci ve Vašem zařízení jsou odměňováni podle (zvýrazněním označte svoji

odpověď)
- předpisů o mzdě
- předpisů o platu

b) Uveďte, pro které skupiny pracovníků jsou následující kritéria rozhodující pro stanovení výše mzdy nebo platu?
- zákonné limity

- věk

- vzdělání

- praxe

- pracovní výkon (výsledky práce)

- pracovní chování

- význam konkrétního pracovníka pro organizaci

- výsledky organizace

- nabídka a poptávka na trhu práce

- jiná (jaká?)

c) Máte ve Vašem zařízení systém zaměstnaneckých výhod poskytovaných pracovníkům?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

d) Jaké zaměstnanecké výhody pracovníkům poskytujete?

8) Vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků
a) Máte ve Vašem zařízení vytvořen systém vzdělávání pracovníků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud ano, pro jaké skupiny pracovníků je systém vzdělávání pracovníků vytvořen?

c) Kdo je ve Vašem zařízení odpovědný za povinné vzdělávání zdravotnických pracovníků?

d) Určují ve Vašem zařízení zdravotnickým pracovníkům vzdělávací aktivity v rámci povinného vzdělávání nadřízení?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

e) Má Vaše zařízení oprávnění provádět školicí akce v rámci povinného vzdělávání zdravotnických pracovníků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

f) Pokud ano, jaká oprávnění provádět školicí akce Vaše zařízení má?

g) Využíváte k povinnému vzdělávání zdravotnických pracovníků externí dodavatele?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

h) Povinná školení hradí ve Vašem zařízení (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- zaměstnanec
- zaměstnavatel

ch) Poskytujete pracovníkům další vzdělávání nad rámec Vašich zákonných povinností?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

i) Využíváte k zajištění povinného vzdělávání zdravotnických pracovníků dotace?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

j) Využíváte k zajištění vzdělávání pracovníků nad rámec zákonných povinností dotace?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

k) Plánujete ve Vašem zařízení osobní rozvoj pracovníků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

l) Zabýváte se řízením kariéry svých pracovníků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

9) Pracovní podmínky
a) Umožňujete ve Vašem zařízení využití alternativních pracovních úvazků?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Práce lékařů ve Vašem zařízení je organizována (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- 8hodinovými směnami
- 12hodinovými směnami
- kombinací 8hodinových směn a 12hodinových směn

- jinak (jak?)

c) Práce sester ve Vašem zařízení je organizována (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- 8hodinovými směnami
- 12hodinovými směnami
- kombinací 8hodinových směn a 12hodinových směn
- jinak (jak?)

d) Práce ošetřovatelek ve Vašem zařízení je organizována (zvýrazněním označte svoji odpověď)
- 8hodinovými směnami
- 12hodinovými směnami
- kombinací 8hodinových směn a 12hodinových směn
- jinak (jak?)

10) Odbory a kolektivní vyjednávání
a) Působí ve Vašem zařízení odborové organizace?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud ano, které odborové organizace ve Vašem zařízení působí?

c) Které oblasti ve Vašem zařízení řeší kolektivní smlouva?

11) Uvolňování pracovníků z organizace
a) Zjišťujete důvody ukončení pracovního vztahu s pracovníkem?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

b) Pokud propouštíte z Vašeho zařízení pracovníky pro nadbytečnost, poskytujete těmto pracovníkům pomoc k nalezení nového zaměstnání?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

c) Pokud poskytujete pracovníkům pomoc k nalezení nového zaměstnání, jakou?

12) Další doplňující otázky
a) Kdo ve Vašem zařízení zodpovídá za vypracovávání personálních reportů pro zdravotní

pojišťovny a pro příslušný orgán veřejné správy?

b) Jaký je průměrný přepočtený počet pracovníků ve Vašem zařízení za rok 2014?

c) Jaký je průměrný přepočtený počet zdravotnických pracovníků ve Vašem zařízení za rok 2014?

d) Jaký byl průměrný přepočtený počet žen a mužů, kteří pracovali ve Vašem zařízení v roce 2014?

e) Jaký byl věkový průměr jednotlivých kategorií pracovníků ve Vašem zařízení k 31. 12. 2014?
- lékaři

- zdravotní sestry

- ošetřovatelky

f) Jaký byl průměrný přepočtený počet pracovníků v důchodovém věku ve Vašem zařízení u jednotlivých kategorií pracovníků v roce 2014?
- lékaři

- zdravotní sestry

- ošetřovatelky

g) Splňovali jste v roce 2014 požadavky podle Vyhlášky č. 99/2012 Sb. o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb?
ANO / NE (zvýrazněním označte svoji odpověď)

h) Jaké byly průměrné měsíční výdělky jednotlivých kategorií pracovníků k 31. 12. 2014?
- lékaři

- zdravotní sestry

- ošetřovatelky

ch) Jaká byla ve Vašem zařízení fluktuace u jednotlivých kategorií pracovníků za rok 2014 (v procentech)?
- lékaři

- zdravotní sestry

- ošetřovatelky

Příloha B Osnova rozhovoru

Osnova rozhovoru:
Název:
Jméno a funkce vedoucího pracovníka, se kterým je veden rozhovor:

1) Zajištění personální práce
a) Jaké jsou podle Vás silné a slabé stránky zajištění personální práce ve Vašem zařízení?
b) V jaké míře se podílejí manažeři na personálních činnostech?

2) Personální strategie, personální politika a personální plánování
a) Kdo a jak se na tvorbě personální strategie ve Vašem zařízení podílel?
b) Kdo a jak se na tvorbě personální politiky podílel?
c) Kdo personální plány zpracovává, případně kdo se na jejich zpracovávání podílí?
d) Jaké metody využíváte při sestavování personálních plánů?
e) V čem vidíte výhody zpracované strategie zařízení / strategie personální politiky / zpracovaných personálních plánů?
f) Pokud nemáte zpracovanou personální strategii / personální politiku / personální plány, jakým způsobem řešíte vznikající potřeby v personální oblasti ve Vašem zařízení?

3) Analýza pracovních míst
a) Kdo zajišťuje zpracování popisů pracovních míst?
b) Kdo zajišťuje zpracování kvalifikačních profilů pracovních míst?
c) Kdo zajišťuje zpracování kompetenčních profilů pracovních míst?
d) Jak využíváte popisy pracovních míst / kvalifikační profily / kompetenční profily?
e) Pokud nemáte popisy pracovních míst / kvalifikační profily / kompetenční profily, proč je nevytváříte?

4) Získávání a výběr pracovníků
a) Kdo ve Vašem zařízení zajišťuje oblast získávání pracovníků z vnějších a kdo z vnitřních zdrojů, případně pro která pracovní místa?
b) Pro která pracovní místa využíváte metody získávání pracovníků uvedené v dotazníku v otázce 4)b)?
c) Pokud získáváte pracovníky z vnitřních zdrojů, jak je identifikujete (jaké metody k jejich identifikaci využíváte)?
d) Kdo ve Vašem zařízení zajišťuje oblast výběru pracovníků, případně pro která pracovní místa?
e) Jakým kritériím při výběru pracovníků u jednotlivých skupin pracovních míst přikládáte váhu a proč?
f) Máte při obsazování pracovních míst obvykle možnost výběru z vhodných uchazečů a jsou případně v možnostech výběru rozdíly u různých pracovních pozic?
g) Jak (jakými nástroji) podporujete zájem uchazečů o práci ve Vašem zařízení?

5) Přijímání a adaptace pracovníků

a) Jak probíhá přijímání pracovníka do Vašeho zařízení, kdo a jak se na něm podílí?
b) Kdo se ve Vašem zařízení podílí na adaptaci pracovníků?
c) Jaké aktivity jsou v průběhu adaptace pracovníků realizovány?
d) Co obsahuje písemně zpracovaný systém adaptace pracovníků?
e) Co obsahuje písemně zpracovaný systém adaptace pracovníků pro různé skupiny pracovníků?

6) Hodnocení pracovníků
a) Jak se ve Vašem zařízení podílejí na svém hodnocení pracovníci?
b) Kdo je a pro jaká pracovní místa hodnotitelem pracovníka ve formálním hodnocení?
c) Jaké metody zahrnuje systém hodnocení pracovníků ve Vašem zařízení?
d) Máte systém hodnocení pracovníků v písemné formě, případně co tento dokument obsahuje?
e) Považujete zaměření systému hodnocení pracovníků, jak jste ho uvedl/a v dotazníku v otázce 6)b) za optimální a proč?
f) Považujete využití systému hodnocení pracovníků, jak jste ho uvedl/a v dotazníku v otázce 6)c) za optimální a proč?

7) Odměňování pracovníků
a) Jsou-li vaši pracovníci odměňováni podle předpisů o mzdě, na čem je založen?
b) Jaké jsou silné a slabé stránky odměňování pracovníků ve Vašem zařízení?
c) Jaké jsou rozdíly v poskytování zaměstnaneckých výhod jednotlivým skupinám pracovníků?
d) Považujete systém zaměstnaneckých výhod ve Vašem zařízení za optimální? Proč?

8) Vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků
a) Jakým způsobem jsou identifikovány vzdělávací potřeby pracovníků?
b) Jaký je poměr vzdělávacích akcí v rámci povinného vzdělávání zdravotnických pracovníků realizovaných ve Vašem zařízení a mimo Vaše zařízení? Z jakých důvodů jsou realizovány vzdělávací akce mimo Vaše zařízení?
c) Jaké externí dodavatele k povinnému vzdělávání zdravotnických pracovníků využíváte?
d) Jaké vzdělávací aktivity (obsah a forma) nad rámec povinného vzdělávání poskytujete jednotlivým skupinám pracovníků?
e) Podporujete nějak vzdělávání, které si hradí pracovníci sami?
f) Jak probíhá plánování osobního rozvoje pracovníků ve Vašem zařízení?
g) Jak probíhá řízení kariéry Vašich pracovníků?
h) Považujete plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků za důležité? Proč?

9) Pracovní podmínky
a) Jaká pozornost je věnována ve Vašem zařízení pracovním podmínkám?
b) Jakým způsobem zajišťujete ústavní pohotovostní službu/dostupnost lékaře?

10) Odbory a kolektivní vyjednávání
a) Jak byste charakterizoval/a vztahy s odborovými organizacemi ve Vašem zařízení?

11) Uvolňování pracovníků z organizace

a) Jaké důvody ukončení pracovního vztahu s pracovníkem jsou ve Vašem zařízení nejčastější?

12) Další doplňující otázky

a) Existují regionální specifika trhu práce? Jaká?
b) Máte představu o tom, jak jste ve Vašem regionu vnímáni jako zaměstnavatel?
c) Jaká je podle Vás situace na trhu práce u jednotlivých kategorií zdravotnických pracovníků?
d) Které oblasti personální práce zahrnuté v dotazníku a v tomto rozhovoru ovlivňují certifikáty kvality Vašeho zařízení a jak?
e) Přejete si, aby byly Vaše odpovědi zpracovány anonymně?

Příloha C Strukturovaný přehled vzorku

Zařízení	Právní forma	Typ zřizovatele	Převažující typ lůžkové zdravotní péče	Akreditováno
RHG spol. s r.o - Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou	společnost s ručením omezeným	fyzická osoba	dlouhodobá	ne
RHG spol. s r.o. - Městská nemocnice Roztoky	společnost s ručením omezeným	fyzická osoba	dlouhodobá	ne
Nemocnice následné péče Ryjice	příspěvková organizace	samosprávný celek - kraj	následná	ano
Hamzova léčebna pro děti a dospělé	příspěvková organizace	centrální orgán státní správy - MZ ČR	následná rehabilitační	ano
Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly	obecně prospěšná společnost	spolek	následná rehabilitační	ne
Odborný léčebný ústav Paseka	příspěvková organizace	samosprávný celek - kraj	následná	ano
Nemocnice následné LDN péče Horažďovice	společnost s ručením omezeným	samosprávný celek - kraj	následná	ano
Interna Zábřeh	společnost s ručením omezeným	fyzické osoby, samosprávný celek - město	dlouhodobá	ne