

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

studijní program Pedagogika
studijní obor Andragogika

Teze disertační práce

Pavel Matoušek

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

Charakteristika následné a dlouhodobé zdravotní péče a jejího personálního zajištění

Následnou a dlouhodobou péči lze vymezit především charakterem lůžkových zdravotních služeb, které zdravotnická zařízení poskytují. V praxi lze následnou a dlouhodobou péči vymezit lůžkovou kapacitou vázanou na mechanismus úhrad zdravotní péče a také jednotlivými typy zařízení. Před rokem 2012 následnou péči definovala pouze koncepce následné lůžkové zdravotní péče Ministerstva zdravotnictví zpracovaná v roce 1998, přičemž dlouhodobá péče v ní nebyla explicitně zmíněna. Podle tohoto předpisu zahrnovaly cíle následné péče jak doléčení u chronicky nebo dlouhodobě nemocných, tak zmírnění následků onemocnění a v případě nevyléčitelně nemocných důstojné dožití (Poláková, 1998, s. 3). Pro potřeby úhrad za zdravotní péči od zdravotních pojišťoven rozdělila vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, tzv. ošetrovací dny, které se vykazují na jednotlivých typech pracovišť. Za každý vykázaný den získávají zařízení sjednanou úhradu (Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, 1998, s. 5726). Přesto, že nebyla dlouhodobá péče v předpisech upravujících poskytování zdravotní péče explicitně zmiňována, jak uvádějí Válková, Korejšová a Holmerová, ve skutečnosti ji zdravotnická zařízení na ošetrovatelských lůžkách poskytovala, aniž by však byla striktně oddělena od zdravotní péče doléčovací a rehabilitační (Válková, Korejšová, Holmerová, 2010, s. 49).

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování formálně rozdělil do té doby jednotně definovanou následnou péči na péči následnou a dlouhodobou. Podle § 9 odst. 2, písmeno c) uvedeného zákona je jako následná lůžková péče označována 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 za dlouhodobou lůžkovou péči označována ta, „... která je poskytována

pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.“ (Česká republika, 2011, s. 4734) Na legislativní oddělení dlouhodobé péče od následné ale přes účinnost Zákona č. 372/2011 Sb. prozatím nereagují například zdravotní pojišťovny a Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Následnou a dlouhodobou péči provozují velké nemocnice akutní péče, a to jako jedno (nebo více) ze svých oddělení, dále nemocnice následné péče a především odborné léčebné ústavy převážně určené pro následnou péči (ústavy nebo léčebny rehabilitační, psychiatrické atd.) včetně léčeben pro dlouhodobě nemocné. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v publikaci Lůžková péče 2013 uvádí, že v České republice k 31. prosinci 2013 působilo celkem 188 nemocnic, které z celkového počtu 56 807 lůžek poskytovaly následnou péči na 7 652 z nich. Dále v České republice k tomuto datu následnou péči poskytovalo 159 odborných léčebných ústavů na 21 197 lůžkách (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2014, s. 15, 17, 21). Poskytování následné a dlouhodobé zdravotní péče a sociální péče není dosud jasně odděleno, rozhodující zůstává medicínské hledisko.

V zařízeních následné a dlouhodobé péče je struktura pracovníků závislá na druzích poskytované péče, které zabezpečují zdravotničtí pracovníci, na počtu a typech obslužných provozů a zpracovávané administrativě, tj. na oblastech zajišťovaných nezdravotnickými pracovníky. Hlavní skupiny zdravotnických pracovníků v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice lze zjednodušeně označit jako lékaře, zdravotní sestry a další ošetrovatelský personál. K tomu v zařízeních pracují i další specializované zdravotnické profese jako nutriční terapeuti, ergoterapeuti, fyzioterapeuti ad. V zařízeních následné péče uvedených v databázi Národního referenčního centra, které sledovalo personální zajištění zdravotních služeb ve struktuře podle 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).

Na základě 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 následnou, u které uvádí požadavky pro neooborovou následnou péči a následně pro specifické druhy následné péče, jako pneumologie a ftizeologie, psychiatrie ad., obdobně uvádí požadavky pro péči dlouhodobou (Česká republika – Ministerstvo zdravotnictví, 2012).

Personální řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče mohou ovlivňovat pravidla určená standardy pro hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, které kromě odborných standardů obsahují též standardy řízení lidských zdrojů, přičemž akreditace podle uvedených standardů je pro zařízení dobrovolná.

V České republice se stále více začíná projevovat nedostatek lékařů a zdravotních sester. Migrace zdravotnických pracovníků představuje pro zařízení následné a dlouhodobé péče z hlediska personálního řízení nebezpečí odchodu stávajících pracovníků i příležitost získat zdravotníky ze zahraničí.

Odpovědnost za personální řízení v organizaci nese vrcholové vedení organizace, které stanovuje personální strategii a personální politiku, dále personální útvar, který zajišťuje provádění personálních činností a poskytuje personální služby vedení organizace, vedoucím pracovníkům i jednotlivým pracovníkům, a odpovědnost mají rovněž linioví vedoucí v rámci své personální práce. Realizace dílčích personálních činností předpokládá spolupráci vedoucích pracovníků s personalisty (Kocianová, 2012, s. 95). Flynn, Mathis a Jackson uvádějí jako trend, že vedoucí personálních oddělení nemocnic podléhají přímo řediteli zdravotnického zařízení, jsou tak považováni za členy vrcholového vedení a podílejí se rovněž na širším rozhodování

v rámci organizace (Flynn, Mathis, Jackson, 2007, s. 25). 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 rozdělí mezi své podřízené či zajistí z vnějších zdrojů (Koubek, 2011, s. 33–34). Zdravotnická zařízení následné a dlouhodobé péče jsou v mnoha případech středními organizacemi.

Metodologické souvislosti výzkumného šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice

Protože personálnímu řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice nebyla dosud věnována v odborných rozpracováních významnější pozornost, rozhodl jsem se pro výzkumné šetření zaměřené na oblast personálního řízení v těchto organizacích jako na komplexní systém. Jako cíl výzkumného šetření jsem si určil zjistit podobu personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice, popsat a následně analyzovat získané informace, porovnat výsledky daného šetření s charakteristikou systému personálního řízení na základě odborných zdrojů a 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, kterým bylo 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 personálním činnostem (viz Personální činnosti a metody personální práce, Kocianová, 2010) a rovněž praktická znalost zkoumaného prostředí.

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. Ve výzkumném vzorku je celkem osm zařízení, a to RHG spol. s r.o. – Nemocnice s poliklinikou Kralupy nad Vltavou, RHG spol. s r.o. – Městská nemocnice v Roztokách, Hamzova léčebna, Nemocnice následné péče LDN Horažďovice, Interna Zábřeh, Nemocnice následné péče Ryjčie, Odborný léčebný ústav Paseka a Léčebné a rehabilitační středisko Chvaly. Z těchto zařízení je 50 % zřizovaných fyzickou nebo právnickou osobou, 37,5 % zařízení zřizovaných samosprávným celkem a 12,5 % zařízení zřizovaných centrálním orgánem státní správy. Z hlediska právní formy zahrnuje vzorek 50 % obchodních korporací (společností s ručením omezeným), 37,5 % příspěvkových organizací a 12,5 % obecně prospěšných společností. Rovněž jsem sledoval, 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. Spektrum péče poskytované zařízeními ve výzkumném vzorku zahrnuje především dlouhodobá lůžka ošetrovatelské péče, lůžka následné péče a různé typy následných rehabilitačních lůžek. Kromě toho některá zdravotnická zařízení zařazená do výzkumného šetření poskytují ještě péči na lůžkách léčebných ústavů tuberkulózy a respiračních nemocí a též sociální péči na tzv. zdravotně sociálních lůžkách.

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 (přednášky konference, 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*, které bylo přínosné, jak uvádí Disman, k porozumění problémům lidí a situace (Disman, 2002, s. 305). 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, kterými byly výroční zprávy jednotlivých zařízení. 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 (Hendl, 2005, s. 206), rovněž Reichel uvádí možnost použití dotazníku při kvalitativních akcích (Reichel, 2009, s. 118). Dotazník obsahuje otázky, na které je možná jednoduchá odpověď. Otázky, u kterých lze předpokládat objasnění, zahrnuje rozhovor. Dotazník a rozhovor jsou konstruovány se zachováním návaznosti témat a s možností rozvést odpovědi z dotazníkového šetření v rozhovoru. Využití dotazníku napomohlo optimalizovat celkovou časovou náročnost dotazování. K optimální podobě 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. Jednotlivými oblastmi jsou zajištění personální práce v zařízení, personální strategie, personální politika a personální plánování, analýza pracovních míst, získávání a výběr pracovníků, přijímání a adaptace pracovníků, hodnocení pracovníků a odměňování pracovníků. Následují oblasti vzdělávání pracovníků, plánování osobního rozvoje a řízení kariéry pracovníků, oblast pracovních podmínek, dále odbory a kolektivního vyjednávání a uvolňování pracovníků z organizace. Poslední oblast zahrnuje otázky zjišťující zejména personální údaje. K těmto oblastem jsou uvedeny dílčí otázky. Po získání všech dotazníků jsem jejich

výsledky vyplnil do souhrnné tabulky v programu Excel, kde sloupce představují jednotlivá zařízení a řádky otázky.

Vzhledem ke snadnějšímu zpracování jsem v *rozhovoru* pokládal otázky v souladu s připravenou strukturou. Otázky v rozhovoru sledovaly zejména rozšíření a prohloubení informací k informacím z dotazníku, případné doplnění dotazníku. Při každém rozhovoru jsem měl k dispozici dotazník vyplněný respondentem, abych mohl odpovědi porovnávat s odpověďmi v dotazníku. 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). Zachování mluveného slova umožňuje audiozáznam rozhovorů (Miovský, 2006, s. 197), avšak může být pro respondenta nepříjemný či 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 v průběhu rozhovoru.

Zpracování výzkumného šetření vyžadovalo deskriptivní studii dat zjištěných v průběhu výzkumného šetření, následné utřídění, klasifikaci a popis, což jsou analytické nástroje. 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. 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.

Výsledky výzkumného šetření úrovně personálního řízení ve zdravotnických zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice

V zařízeních ve výzkumném vzorku není personální práce zajištěna dostatečným počtem personalistů, ve dvou z nich není tato pozice zřízena vůbec. Vedoucí personálního oddělení, který je zároveň členem nejvyššího vedení, působí pouze v jednom zařízení. Na jednoho personalistu připadá ve vzorku zkoumaných zařízení 190,5 pracovníka, 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 počtu personalistů na počet pracovníků, které jsou doporučovány v odborných zdrojích jako optimální, je možné tyto počty personalistů označit za nízké. V určité míře se provádění personálních činností věnují jednotliví vedoucí pracovníci. K personálnímu oddělení či personalistům, a to jak v zařízeních, kde bylo rozvinuté personální řízení, tak v zařízeních s personálním řízením na nízké úrovni, se vztahovaly nejčastější zmínky o slabinách personální práce v zařízení. Jedná se o výhrady k fungování personálního oddělení či personalisty nepostačujícím z důvodu nedostatečné praxe či odborné způsobilosti příslušného pracovníka či bylo negativně posuzováno, že není pozice personalisty zřízena vůbec.

Strategii organizace považuje většina zařízení za přínosnou, a proto ji také vypracovává. Oblast personálního plánování však zařízení zanedbávají. Žádné ze zařízení nemá zpracovanou personální politiku. Pouze dvě zařízení se zabývají personální strategií. Ze dvou zařízení, která zpracovávají personální plány, se v jednom z nich na jejich tvorbě podílí personalista.

Všechna zařízení následné a dlouhodobé péče z výzkumného vzorku analyzují jednotlivá pracovní místa a vytvářejí jejich popisy, nicméně jejich vypracováním nejsou pověřeni personalisté, pouze ve dvou zařízeních se na jejich vypracování podílejí. 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 nepodceňují a uvědomují si jeho přínos pro běžný

chod zařízení i pro řešení případných sporů. V případě kvalifikačních profilů vede situace, kdy jsou požadavky na vzdělání zdravotnických pracovníků stanoveny právními předpisy, k tomu, že je vypracovávají pouze čtyři zařízení a dvě z nich jen pro zdravotnické pracovníky. Kompetenční profily nechápu zařízení, která je vytvářejí, jako předpoklady k dobrému výkonu práce, ale jako pravomoci, a jako takové je zpracovávají.

Zařízení využívají vnitřní i vnější metody získávání pracovníků a hlavní úlohu v tomto procesu mají vedoucí pracovníci. Určitou roli mají personalisté pouze ve dvou zařízeních, ale nikoliv klíčovou. Vnitřní zdroje využívají zařízení k povyšování, kdy rozhodující je dlouhodobá osobní zkušenost s pracovníkem. Při získávání pracovníků z vnějších zdrojů využívají všechna zařízení osobní kontakt, nabídky uchazečů a doporučení vlastním pracovníkem. Sedm zařízení využívá přímé oslovení konkrétní osoby zařízením a inzerci v tisku, šest zařízení využívá doporučení známým mimo organizaci, pět zařízení využívá oslovení absolventů škol a čtyři zařízení využívají internetové stránky specializující se na pracovní nabídky. Jiné metody jsou využívány v méně než polovině zařízení. Úřad práce je považován za přínosný pro získávání pracovníků pouze v jediném zařízení. 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 využívají všechna zařízení výběrový pohovor a životopisy. Sedm zařízení využívá reference a pět zařízení požaduje vyplnění svého osobního dotazníku. Proces výběru se odvíjí od velikosti zařízení, menší zařízení spíše nechávají odpovědnost za výběr na vedoucích pracovnících. Rovněž je patrný určitý vliv úrovně pracovní pozice, kdy vedoucí pracovníci jsou přijímáni častěji na základě výběrového řízení než rozhodnutím jednotlivce. Jako rozhodující kritérium výběru je uváděn celkový dojem při osobním rozhovoru. Testování pracovní způsobilosti provádí pouze jediné zařízení. Možnosti výběru z více uchazečů jsou regionálně rozdílné, obecně se zlepšují s klesajícími požadavky na vzdělání pro konkrétní pracovní pozici. Možnosti, jak podpořit zájem uchazečů o práci v zařízení, jsou

využívány v malé míře a omezeným počtem zařízení.

Formality při přijetí nového pracovníka se ve všech zařízeních shodují. Zařízení si také uvědomují důležitost adaptačního procesu a zejména u zdravotnických pracovníků jej i svědomitě provádějí, nicméně v polovině zařízení nepožijí písemné záznamy o adaptaci. Adaptace je řízena ve všech zařízeních, která jsou akreditována, délka adaptačního procesu je v závislosti na profesi 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 přerušili výkon práce. V akreditovaných zařízeních jsou ve zpracovaném systému stanoveny kroky adaptačního procesu a je určen vedoucí pracovník jako odpovědná osoba, která pověří zkušeného pracovníka vedením adaptace. Adaptační proces je zaznamenáván a je zakončen pohovorem a testováním znalostí.

Ačkoliv tři čtvrtiny zařízení uvádějí, že mají implementován systém hodnocení pracovníků, pouze tři zařízení mají systém zpracován písemně. Tento systém hodnocení pracovníků je komplexnější, využívány jsou hodnotící dotazníky, ve dvou případech rozhovory a zpětné vazby od pracovníka. Systém se obvykle zaměřuje jak na pracovní výkon, tak na pracovní chování. Formalizovaný systém hodnocení, jak vyplynulo z rozhovorů, je ve skutečnosti zaveden pouze ve třech větších zařízeních. V zařízeních bez písemného systému hodnocení je hodnocení prováděno intuitivně. V sedmi zařízeních jsou hodnotiteli přímí nadřízení. Hodnocení pracovníků se využívá především k odměňování, ve dvou zařízeních na jeho základě upravují jejich pravomoci. Systém hodnocení, tak jak ho mají nastavený, považují téměř všechna zařízení za vyhovující.

V oblasti odměňování jsou mezi zařízeními rozdíly vyplývající z odměňování podle předpisů o mzdě nebo o platu. V zařízeních, která jsou příspěvkovými organizacemi, považují za problém, že nemohou dostatečně zohlednit výši odměny podle přínosu pracovníka pro zařízení, s čímž ostatní zařízení vyplácející mzdy problém nemají. Tři zařízení, která vyplácejí mzdy, uvedla, že peněžní odměny jsou silnou motivační stránkou jejich odměňování. Platové tabulky používají jako

východisko pro svůj systém odměňování i dvě zařízení, která se řídí předpisy o mzdě. Všechna zařízení uvádějí, že se při odměňování řídí pracovním výkonem. Roli hrají i další faktory, jako pracovní chování, význam pracovníka pro organizaci, vzdělání ad. Všechna zařízení jsou v oblasti odměňování ovlivňována vnějšími faktory (akty centrálních orgánů, konkurencí na trhu práce). Zaměstnanecké výhody poskytují všechna zařízení všem pracovníkům, v případě všech zařízení je poskytováno stravování. Nejvíce zaměstnaneckých výhod poskytují soukromá zařízení.

Systém vzdělávání pracovníků, jehož zavedení ovlivňují též akreditační standardy, má šest zařízení, přičemž důraz kladou na zdravotnické pracovníky a ostatní spíše opomíjejí. Za vzdělávání odpovídají příslušní vedoucí (vrchní sestry, primáři, manažeři kvality) a personalisté se do systému nezapojují. V zajišťování povinných vzdělávacích aktivit vlastními silami jsou mezi zařízeními významné rozdíly, jedno zařízení realizuje samo všechny vzdělávací aktivity, jedno zařízení žádné. O konkrétních vzdělávacích aktivitách rozhodují vedoucí pracovníci. Povinné vzdělávání je hrazeno jednotlivými zařízeními, v případě nepovinného vzdělávání je zařízeními hrazeno za různě stanovených podmínek či není hrazeno vůbec. Plánování osobního rozvoje probíhá v pěti zařízeních, nicméně forma je nejednotná nebo žádnou formu nemá. Formalizované řízení kariéry neprovádí žádné zařízení, nepovažují je za nutné, pouze s výjimkou určité přípravy vhodných jednotlivců pro vedoucí funkce. Řádnou formou plánování osobního rozvoje ani řízení kariéry prováděno není.

V oblasti pracovních podmínek se zařízení věnují zejména hmotným podmínkám práce, zahrnujícím úpravu pracoviště, pracovní pomůcky a nástroje. Pozornost dobrým mezilidským vztahům byla zmíněna jen ve dvou případech. V zařízeních je obecně shoda v organizaci směn zdravotnických pracovníků, která je důsledkem zažitých postupů a sdílené zkušenosti ve zdravotnictví, jen velmi omezeně umožňují zařízení pracovníkům využívat alternativní pracovní úvazky. Zařízení se potýkají s předpisy určujícími dodržování přesčasové práce lékařů v souvislosti s ústavní pohotovostní službou, případně zajištěním dostupnosti lékaře, nicméně povinnosti

dané zákoníkem práce se v souvislosti se zajištěním pohotovostních služeb daří zařízením vcelku naplňovat.

Odborové organizace působí pouze ve třech zařízeních, v ostatních nepůsobily nebo působení ukončily. Vzájemné vztahy zařízení a odborů charakterizuje dobrá spolupráce. Zaměstnanecké výhody jsou pro pracovníky příznivější v zařízeních bez odborových organizací.

Zařízení se ve většině případů aktivně zajímají o příčiny ukončení pracovního poměru ze strany pracovníka. Propouštěným pracovníkům zařízení pomoc (outplacement) nenabízejí.

Každé zařízení je pod vlivem svého lokálního trhu práce. 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 profesního rozvoje a možností kariéry. Zařízení ve vzdálenějších malých sídlech jsou v postavení nejvýznamnějších zaměstnavatelů regionu a představitelé zařízení si tuto skutečnost uvědomují. K trhu práce se představitelé zařízení shodují v tom, že je situace v případě zdravotnických pracovníků spíše špatná. Týká se to zejména lékařů, kterých je v České republice nedostatek, jejich zajištění je pro zařízení následné a dlouhodobé péče je velmi obtížné. Pro zařízení je hrozbou důchodový věk lékařů. V případě zdravotních sester a nelékařských specialistů je situace rovněž špatná, představitelé zařízení většinou pociťují jejich nedostatek, nicméně dvě zařízení uvedla, že v případě zajištění zdravotních sester problémy nemají.

Hlavní zájem v oblasti personálního řízení směřuje v zařízeních následné a dlouhodobé péče ke zdravotnickým pracovníkům. Tato skutečnost souvisí i s vlivem akreditačních standardů týkajících se personálního řízení zdravotnických pracovníků. Provádění jednotlivých personálních činností je ve výrazné míře zajišťováno vedoucími pracovníky, patrné je časté nezapojování personálních útvarů a personalistů do jejich realizace. V personálním řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice jsou značné rezervy. Úroveň

personálního řízení se většinou blíží úrovni personální administrativy, což může souviset s nedostatečným počtem personalistů. Situace je lepší ve větších zařízeních, kde je větší důraz na formalizaci personální práce. Domnívám se, že lze předpovídat vývoj legislativy ve směru větší regulace v oblasti provádění personálních činností ve zdravotnictví, což by mohlo pozitivně ovlivnit úroveň systému personálního řízení v zařízeních následné a dlouhodobé péče v České republice.

Soupis bibliografických citací

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>

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

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

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

KOČIANOVÁ, 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.

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.

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

POLÁKOVÁ, Zdeňka. Koncepte 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>

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

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/dlouhodobost_pece_CR.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>