

# MOŽNOSTI VYUŽITÍ FLEXIBILNÍCH FOREM PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Helena Marková

---

## Abstract

Zdravotnictví je velkým politickým tématem ve všech vyspělých státech světa. Ekonomická náročnost tohoto odvětví stoupající s vědeckým pokrokem v této oblasti víří stále širší diskuse o možnostech financování, ale také o způsobech co nejefektivnějšího využití prostředků, které jsou do zdravotnictví alokovány. V roce 2013 tvořily osobní náklady 46,3 % z celkových nákladů nemocnic. Vzhledem k tomuto objemu, specifikům a náročnosti zdravotnických povolání, ale také 80 % zastoupení žen v sektoru zdravotnictví a sociálních služeb je vhodné se zamyslet nad možnostmi, jaké zde flexibilní formy práce mají, případně i nad bariérami, které jejich většímu rozšíření mohou bránit

**Key words:** health care, human resources in healthcare, flexible work

**JEL Code:** J 480 Particular Labour Markets: Public Policy, J 160 Economics of Gender; Non-labour Discrimination **JEL Code:** JEL Code, JEL Code, JEL Code (2 – 3)

---

## Úvod

Zdravotnictví je velkým tématem ve všech vyspělých státech světa. Nejen odborným, společenským, ale také ekonomickým a politickým. Je součástí volebních programů všech politických stran, je tématem konferencí, analýz, studií. Vzhledem k demografickému vývoji moderní společnosti nelze předpokládat, že by docházelo ke snížení poptávky po zdravotnických (a sociálních) službách, ale spíše naopak. Zejména v České republice, kde byla trendem posledních desetiletí institucionalizace péče o seniory a dlouhodobě nemocné rodinné příslušníky, se ve zdravotnictví projevuje přetížení akutní, zejména lůžkové zdravotní péče, které generuje vysokou potřebu zdravotnického personálu.

Vlády vyspělých států se stále snaží hledat vhodný způsob organizace a financování zdravotní péče. Nejčastěji se reformy ve zdravotnictví týkají způsobu úhrad zdravotní péče, úspory nákladů, případně pod tlakem odborových organizací změn pracovně právní

legislativy. Hlavním nedostatkem zdravotních politik a reforem je fakt, že bývá podceňována důležitost lidského faktoru v tomto odvětví (Dubois, Dussault, 2003). Kvalita práce zdravotnického personálu je nejdůležitějším aspektem kvality poskytované péče. Ve zdravotních politikách je však koncepce lidských zdrojů zmiňována jen okrajově, případně je zúžena na pojem personální agendy. Přitom absence vhodných personálních strategií má ve zdravotnictví vliv na vznik nerovnováhy co se týče počtu a potřebné kvalifikace a specializace pracovníků. Pro lepší saturaci potřeb zdravotnického personálu ve zdravotnických zařízeních je důležité uvědomit si strukturu, ale také osobnostní charakteristiky spojené s touto profesí. 80% z nich dlouhodobě tvoří ženy<sup>1</sup>, které často pečovatelskou roli plní i soukromém životě (Venglářová, 2011), zamýšlím se ve svém příspěvku možnostmi flexibilních forem práce, které by byly realizovatelné v sektoru zdravotnictví. Vycházím z popisu českého systému zdravotnictví, jeho personální struktury a řízení a legislativního rámce tak, aby bylo možné reálně zhodnotit podmínky pro rozvoj flexibility.

## **1 Systém zdravotní péče v ČR**

### **1.1 Financování zdravotní péče v ČR**

Zdravotní péče v ČR je hrazena především z veřejných zdrojů. Z veřejného zdravotního pojištění, státního rozpočtu a místních rozpočtů krajů a obcí (Pražmová, Talpová, 2014). Spoluúčast pacientů v ČR je nízká, ale vzhledem ke značné politizaci financování zdravotnictví je její zvýšení víceméně nereálné, jak je ostatně vidět i na případě regulačních poplatků a dlouholeté snaze o zavedení léčebných standardů.

Optimální systém financování hledá ČR již od roku 1992. Principy financování se několikrát měnily, diferencovala se vnitřní struktura zdravotnických zařízení, část z nich byla privatizována, část funguje jako zařízení financovaná a řízená státem, část jako příspěvkové organizace krajské nebo městské.

Přestože je stále diskutovaná otázka dostatečnosti prostředků alokovaných do systému zdravotní péče, objem veřejných výdajů do zdravotnictví je značný a přes mírné poklesy v roce 2010 a 2011 roste, jak dokládá Tabulka 1.

---

<sup>1</sup> zdroj: ÚZIS, Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2013,

**Tab. 1: Veřejné výdaje na zdravotnictví (mil. Kč)**

Rok	Státní rozpočet + územní rozpočty	Zdravotní pojišťovny		Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví
		celkem	z toho: zdravotní péče	
2000	17 170	115 792	111 421	132 962
2005	21 263	170 093	164 343	191 356
2006	22 828	174 200	166 902	197 028
2007	22 851	183 713	179 527	206 564
2008	21 439	197 280	190 294	218 719
2009	26 034	218 720	210 630	244 754
2010	20 781	222 500	214 373	243 281
2011	16 863	225 547	217 653	242 410
2012	15 647	231 270	222 769	246 917

Zdroj: ÚZIS ČR, Ekonomické informace ve zdravotnictví, <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>

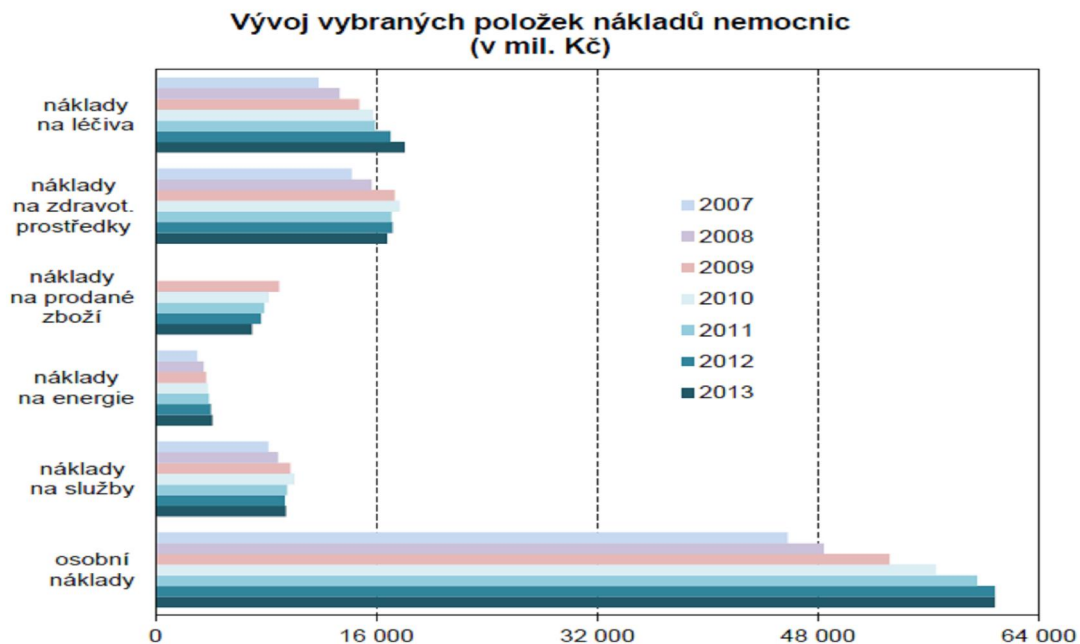
Objem prostředků je to značný. Hlavním smyslem jeho vynaložení je zajistit kvalitní a dostupnou péči o zdraví obyvatel, čímž tyto finance zajišťují naplňování sociální funkce státu. Nejen to. Plní také výraznou funkci ekonomickou a resort zdravotnictví je také důležitým hráčem na trhu práce. V některých regionech, zejména středních a menších obcích patří zdravotnická zařízení k největším zaměstnavatelům.

## 1.2 Lidské zdroje ve zdravotnictví

Lidské zdroje ve zdravotnictví determinují a uvádějí do pohybu všechny další zdroje, a proto je jejich řízení nejdůležitější oblastí managementu (Gladkij, 2003).

Z nákladového hlediska jsou osobní náklady významnou položkou. Následující obrázek ilustruje vývoj podílu jednotlivých druhů nákladů na celkových nákladech na provoz nemocnic a převaha osobních nákladů je jednoznačná.

**Fig. 1: Vývoj podílu jednotlivých druhů nákladů na celkových nákladech na provoz nemocnic (v mil. Kč.)**



Zdroj: ÚZIS ČR, 08/14 – Ekonomické výsledky nemocnic k 31.12.2013, <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financi-analyzy/ekonomika-zz>

Přestože je důležitost lidských zdrojů ve zdravotnictví známa všem (nebo alespoň většině) vrcholovým manažerům ve zdravotnických zařízeních i řídicích institucích státu a regionů, dochází často v samotném řízení organizací k podceňování personálních politik. Funkce personálních úseků jsou zúženy na technické činnosti směřující k zajištění okamžité potřeby personálu, což způsobuje dlouhodobé problémy s nedostatkem personálu, případně s nedostatkem odpovídajících kvalifikací a specializací.

Potřeba kvalifikovaného zdravotnického personálu je stěžejní pro fungování každého zdravotnického zařízení. Vzdělání a náplň práce zdravotnických pracovníků je nejen součástí vnitřních norem zdravotnických zařízení, ale řídí se zvláštními předpisy a jejich vymezení je velice striktní, kontrolované profesními komorami, zdravotními pojišťovnami, zřizovateli.

Výkon povolání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů se řídí zákonem č. 95/2004 Sb.. Tato norma ukládá těmto kategoriím zdravotnických pracovníků předepsané vzdělání, co se týče kvalifikace i specializace, povinnost celoživotního vzdělání a podmínky výkonu povolání, včetně pravidel pro přerušování výkonu činnosti, čímž výrazně omezuje možnosti flexibilního zařazení zaměstnance, zejména pokud se týká využití částečných úvazků.

Výkon povolání ostatních zdravotnických pracovníků, všeobecných sester, porodních asistentek, laborantů, asistentů, ošetřovatelů, sanitářů apod. se řídí zákonem č. 96/2004 Sb.. Podobně jako u kategorie lékařů a farmaceutů ukládá i nelékařským kategoriím povinnost předepsané kvalifikace, která je rozhodující pro zařazení do určité kategorie výkonu povolání. Dále, tak, jako u kategorie lékařů a farmaceutů, ukládá některých kategoriím zaměstnanců povinnost celoživotního vzdělávání a možnosti specializace.

Těmito normami a dalšími navazujícími předpisy je částečně omezena mobilita zdravotnických pracovníků, protože pro jejich profesní zařazení je rozhodující kontinuita výkonu povolání v dané kategorii. To je také činí unikátními, a proto je potřeba více než v jiných oblastech vytvářet personální strategie zaměřené na péči o tyto zaměstnance, protože jejich potřeba v organizaci je nenahraditelná. Jejich přesné počty jsou stěžejním, existenčním ukazatelem pro fungování lůžkových zdravotnických zařízení, jsou přesně dány vyhláškami Ministerstva zdravotnictví a kontrolovány zdravotními pojišťovnami a zřizovateli.

Kromě zdravotnických pracovníků je ve zdravotnických zařízeních důležitá i role nezdravotnických profesí, administrativních a správních pracovníků, dělníků v obslužných provozech. Jejich kvalifikace se však řídí potřebami či vnitřními normami organizací.

Počty pracovníků ve zdravotnictví podle jednotlivých kategorií jsou uvedeny v následující tabulce.

**Tab. 2: Pracovníci ve zdravotnictví v ČR (přepočtený počet) podle kategorií**

kategorie*	rok 2012		rok 2013		index 2013/2012	
	přepočtený počet k 31.12.	struktura v %	přepočtený počet k 31.12.	struktura v %		
<b>Pracovníci ve zdrav.celkem</b>	249 658	100,00	250 233	100,00	100,23	
<b>Odborní pracovníci ve zdrav.celkem</b>	206 068	82,54	207 404	82,88	100,64	
<b>v tom</b>	<b>lékaři</b>	39 719	15,91	40 045	16,00	100,82
	<b>zubní lékaři</b>	7 247	2,90	7 413	2,96	102,29
	<b>farmaceuti</b>	6 265	2,51	6 478	2,59	103,40
	<b>ZP nelékaři s odb.způsobností</b>	107 476	43,05	107 246	42,86	99,79
	<b>ZP nelékaři s odb. a spec.způsobností</b>	10 543	4,22	10 841	4,33	102,83

	<b>ZP nelékaři pod odborným dohledem nebo přímým vedením</b>	31 444	12,59	31 956	12,77	101,63
	<b>jiní odb. pracovníci nelékaři - JOP a dentisté</b>	3 374	1,35	3 425	1,37	101,51
	<b>Pedagogičtí pracovníci</b>	305	0,12	283	0,11	82,79
	<b>Technicko-hospodářští pracovníci</b>	18 858	7,55	18 706	7,48	99,19
	<b>Dělníci a provozní pracovníci</b>	24 427	9,78	23 840	9,53	97,60

\* kategorie jsou rozděleny podle zákona č. 95/2004 Sb. a č. 96/2004 Sb., které vymezují kategorie lékařských, resp. nelékařských zdravotnických pracovníků.

Zdroj: ÚZIS, Pracovníci ve zdravotnictví k 31.12.2013, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vytvorena-kopie-pracovnici-ve-zdravotnictvi-31-12-2013>

Další důležitou složkou, která ovlivňuje řízení lidských zdrojů ve zdravotnických organizacích je podoba pracovních režimů, která se odvíjí od charakteru zařízení. Lůžková zdravotnická zařízení fungují v nepřetržitých pracovních režimech, některé kategorie jsou zařazeny do dvousměnných pracovních režimů, časté je (zejména u lékařů a specializovaných sester a laborantů) zařazení do jednosměnných režimů s potřebou přesčasové práce. I tento aspekt má velký význam, pokud chceme vytvořit fungující personální strategii a zamýšlíme se v ní i nad možnostmi využití flexibilních forem práce, ať již z hlediska potřeb organizace, nebo z hlediska vstřícného přístupu k zaměstnancům a jejich potřebám sladování pracovního a soukromého života (Haberlová, Kyzlinková, 2009).

O zvláštním postavení kategorie zdravotnických pracovníků v rámci trhu práce svědčí srovnání průzkumu vnímání nedostatku personálu mezi manažery zdravotnických zařízení<sup>2</sup> a porovnání dat ČSÚ o posledním odvětví a zaměstnání nezaměstnaných<sup>3</sup>: přestože bylo mezi nezaměstnanými 8 600 pracovníků ze zdravotní a sociální péče, z toho 1 100 vysokoškolsky vzdělaných, 3 800 středoškolsky vzdělaných, počítá 44% manažerů zdravotnických zařízení v ČR nedostatek lékařů, 10% z nich pak nedostatek zdravotních sester.

V kategorii zdravotnických pracovníků se tedy nebude, zejména v kategorii lékařů, všeobecných sester a porodních asistentek, případně dalších kategorií podle zák. č. 96/2004

<sup>2</sup> HealthCare Institute, Barometr českého zdravotnictví 2013

<sup>3</sup> Český statistický úřad, VŠPS, 2014, dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/5E001F88FF/\\$File/25012814q239.pdf](http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/t/5E001F88FF/$File/25012814q239.pdf)

Sb., jednat o převis nabídky pracovní síly nad poptávkou, tedy nezaměstnanost v těchto kategoriích není tím podstatným důvodem, proč lze uvažovat o zařazení flexibilních forem práce do personálních strategií. Důvody mohou být ekonomické (odbourání množství přesčasové práce díky zavedení částečných úvazků), nebo např. z důvodu prevence nežádoucích jevů, které ovlivňují výkon práce zdravotnického pracovníka (syndrom vyhoření, prevence rizik pádů a mimořádných událostí při péči o pacienta<sup>4</sup>).

## **2 Flexibilní formy práce**

### **2.1 Flexibilní formy práce obecně**

Mezi flexibilní formy zaměstnávání patří (Nekolová, 2010):

1. pracovní poměry na dobu určitou a další dočasná zaměstnání
2. částečné pracovní úvazky, práce na zavolání a sdílení práce
3. práce z domova
4. flexibilní formy pracovní doby
5. příležitostné pracovní úvazky.

Možnost využít tyto formy práce je nejen v zájmu zaměstnanců, a to zejména žen, na které převážně padá břímě péče o potřebné členy rodiny, ale také v zájmu zaměstnavatelů, protože napětí mezi pracovními a rodinnými povinnostmi může mít negativní dopad i na sféru výkonu práce (Haberlová, Kyzlinková, 2009).

Flexibilní formy práce jsou často považovány za vhodný nástroj směřující ke vzniku pružnějšího trhu práce a dále také jako nástroj, který umožní lepší sladění pracovních a rodinných povinností. Ve sféře zdravotnictví je v ČR dlouhodobě zaměstnáno 80% žen, které v převážné většině nesou břímě péče o děti nebo rodiče v seniorském věku. Tlak, který je na zdravotnické pracovníky (pracovnice) takto vyvíjen, může být potenciálním zdrojem rizik. Využití nástrojů k jejich eliminaci je tedy nasnadě.

### **2.2 Flexibilní formy práce a možnosti jejich využití v personálních strategiích ve zdravotnictví**

#### **1. pracovní poměry na dobu určitou a další dočasná zaměstnání**

Pracovní poměry na dobu určitou jsou tradičně využívány ve všech oborech, a ve zdravotnictví zejména z důvodu ověření schopností a dovedností zdravotnického pracovníka tak, aby byl schopen výkonu povolání v rámci týmu poskytujícího

---

<sup>4</sup> Venglářová, 2011

zdravotní péči. U oborů, které se potýkají s nedostatkem kvalifikovaných specialistů, je tento nástroj pomíjen, protože primárním cílem zaměstnavatele je takového zaměstnance stabilizovat. Z hlediska zaměstnavatele má pak pracovní poměr na dobu určitou výhodu v případech, kdy často dochází ke změnám v portfoliu poskytované péče a v jejím objemu. Nemožnost využití termínovaných smluv pak zvyšuje objem osobních nákladů spojených s útlumem zdravotní péče. Jistota, resp. nejistota, může mít na zaměstnance vliv stresového faktoru, který zvyšuje riziko chybovosti, který je ve zdravotnictví maximálně nežádoucí. Všechny tyto argumenty pak směřují k podpoře vytváření a realizace personálních strategií, které budou plánovat potřeby personálu z dlouhodobého hlediska podle objemu i kvalifikace.

## **2. částečné pracovní úvazky, práce na zavolání a sdílení práce**

Vzhledem k velkému podílu žen je i podíl částečných úvazků vyšší, než je průměr využití této formy zaměstnání v ČR (kolem 10% oproti 5,8% napříč obory). U zdravotnických profesí se k zaměstnání na částečný úvazek přistupuje z několika důvodů: u lékařů je to z důvodu péče o děti zejména u žen, nastupují do zaměstnání např. už po skončení mateřské dovolené (28. týdnů), a to z důvodu zachování erudice a kontinuity výkonu lékařského povolání. Dalším důvodem je však také souběh pracovních smluv, případně výkon práce v jiném zdravotnickém zařízení. U lékařů je povolený souhrn výkonu práce 1,2 úvazku ve všech zařízeních<sup>5</sup>. Zejména u nedostatkových specializací zaměstnavateli nezbyvá, než akceptovat částečný úvazek lékaře dle jeho potřeb. U výrazněji feminizovaných, ošetrovatelských profesí je nejčastějším důvodem péče o děti, případně další potřebné rodinné příslušníky, kdy tyto funkce z hlediska typologie osobnosti případnou právě těmto zaměstnankyním. Přispívá k tomu i možnost využití částečných úvazků ve směnných pracovních režimech, kdy nepřetržitý provoz umožňuje lépe plánovat směny při různých délkách pracovních úvazků. Takto plánované (částečné) úvazky jsou pak určitou formou sdílení práce, protože zaměstnanci pokračují v plynulém ošetrovatelském, případně i léčebném procesu.

Zda využít institutu částečných úvazků při řešení přesčasové práce je dlouze diskutovaným tématem v souvislosti se snižováním nákladů na přesčasovou práci

---

<sup>5</sup> Zák. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Vyhl. č. 99/2012 Sb., o minimálním personálním zajištění.



zejména u lékařů, je to však kolizní z hlediska dodržování zákoníku práce<sup>6</sup> a evropské legislativy.

Jinak je tomu u administrativních a provozních pracovníků. Zde není tato forma zaměstnání preferována ani zaměstnavateli (častější je kumulace méně časově náročných funkcí), a vzhledem k nižšímu platovému ohodnocení ani zaměstnanci. Navíc při snížení odměny za částečný úvazek často dochází k zachování objemu práce, což je pro zaměstnance velice nevýhodné, a často je nucen vykonávat práci nad tento zkrácený úvazek.

### **3. práce z domova**

Tato forma práce není ve zdravotnictví, které je vázáno na výkon práce ve specificky vybavených zařízeních z hlediska léčebných a ošetrovatelských standardů, příliš proveditelná. Jisté možnosti skýtá zejména pro diagnostické obory současný trend využití výpočetní techniky a sdílení dat prostřednictvím sítí. Situaci však komplikují přísné normy o ochraně citlivých osobních údajů. Nezastupitelný fyzický kontakt s pacientem však této formě práce u zdravotnických pracovníků příliš nepřeje.

Určitá možnost je zde pro zaměstnance na manažerských pozicích, a to z důvodu stále větší administrativní zátěže a výkaznictví. U vedoucích zaměstnanců jsou však tyto povinnosti zahrnuty do náplně práce a zohledněny v platu (zaměstnancem jsou pak vykonávány doma, mimo režim přesčasové práce).

### **4. flexibilní formy pracovní doby**

Jedná se zejména o možnost využití pružné pracovní doby, která je využívána spíše u administrativních pracovníků v oblasti správy zdravotnických zařízení. Z hlediska léčebného a ošetrovatelského procesu a plánování lékařských výkonů tuto formu práce u zdravotnických pracovníků nelze využít. Podobně je to i s kontem pracovní doby.

### **5. příležitostné pracovní úvazky**

Pokud bychom do této kategorie zahrnuli i formu výkonu práce v rámci dohod konaných mimo pracovní poměr<sup>7</sup>, jsou ve zdravotnictví poměrně často využívány zejména k řešení mimořádných potřeb pracovníků mimo systemizaci, např. v době pracovních neschopností, dovolených, ale také pro výkon expertní a poradenské činnosti. Vzhledem k tomu, že poskytování zdravotní péče má přísná personální kritéria

---

<sup>6</sup> Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce

<sup>7</sup> § 74 a násl., zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce

daná vyhláškou<sup>8</sup>, nelze u zdravotnických pracovníků tento institut ve větší míře využít, zejména v pravidelném provozu.

## **Závěr**

Zdravotnictví je důležitým oborem z hlediska sociálního i ekonomického. Lidské zdroje zde mají ještě větší významnost než v jiných oborech, jejich řízení by pak v rámci řízení resortu, i jednotlivých organizací mělo mít o to větší význam. Z důvodu nedostatku vhodných zaměstnanců na některé, zejména specializované pozice, zde pak nelze využít flexibilní formy práce tak, jak je to možné v jiných odvětvích. Do personálních strategií by tyto formy zaměstnávání měly být zahrnuty spíše jako nástroj péče o zaměstnance, zejména pak zdravotnické pracovníky, který jim umožní lépe dostát pracovním i mimopracovním závazkům a bude mít pozitivní vliv na plnění jejich úkolů v rámci ošetrovatelského a léčebného procesu a minimalizaci rizik spojených s výkonem jejich profese.

V článku je uveden přehled jednotlivých, v ČR nejčastěji využívaných flexibilních forem zaměstnání a také možnosti jejich využití ve zdravotnictví.

Podstatným závěrem je však apel na důsledné personální plánování nejen operativního charakteru (do jednoho roku), ale alespoň střednědobého charakteru. Jedině tento způsob práce s lidskými zdroji, které jsou ve zdravotnictví nejdůležitějším faktorem, může mít pozitivní efekt jak na nákladovou složku, protože zabrání zvýšeným nákladům (nebo výpadkům příjmů) spojených s nedostatkem kvalifikovaného personálu, tak zejména na kvalitu poskytované péče.

## **Literatura**

Gladkij, Ivan. „Management ve zdravotnictví“. Brno: Computer Press, 2003.

---

<sup>8</sup> Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 99/2012 o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb a další předpisy zdravotních pojišťoven

Venglářová, Martina. „Sestry v nouzi, Syndrom vyhoření, mobbing, bossing“. Praha: Grada Publishing, 2011.

Dussault, Gilles, and Carl-Ardy Dubois. "Human resources for health policies: a critical component in health policies." Human resources for health 1.1 (2003): 1., <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>

Pražmová Věra., Talpová Eva. Health financing and regulatory fees in the Czech Republic. Kontakt 2014; 16(3): e187–e194;  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.08.003>

Konečná, Jana. „Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti“. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2010,  
[http://is.muni.cz/th/167221/pravf\\_r/Financovani\\_zdravotni\\_pece\\_v\\_Ceske\\_republice\\_-\\_rigorozni\\_prace-\\_konecna\\_verze.pdf](http://is.muni.cz/th/167221/pravf_r/Financovani_zdravotni_pece_v_Ceske_republice_-_rigorozni_prace-_konecna_verze.pdf)

Nekolová, Markéta. „Vliv nových forem zaměstnávání v ČR a zemích EU na vývoj pracovního práva“. Praha: VÚPSV, 2010, [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_308.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_308.pdf)

Haberlová, Věra, Kyzlinková, Renáta. „Rodinné potřeba zaměstnanců“. Praha, VÚPSV, 2009, [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_304.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_304.pdf)

Zdravotnická statistika ČR. „Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012“. Praha: ÚZIS, 2013, <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/vydaje-na-zdravotnictvi>

## **Kontakt**

Helena Marková

Slezská univerzita v Opavě, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné

Univerzitní náměstí 1943/3, 733 40 Karviná

markova.helena@volny.cz