

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

Libuše Puchingerová

**Vztahy zdravotnického zařízení a zdravotních pojišťoven
v ČR po roce 1989 a dopady změn ve způsobu financování na
hospodaření zdravotnických zařízení**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Doc. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA

Olomouc 2014

ANOTACE

Instituce:	UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI Fakulta zdravotnických věd Ústav zdravotnického managementu
Druh práce:	diplomová práce
Název práce:	Vztahy zdravotnického zařízení a zdravotních pojišťoven v ČR po roce 1989 a dopady změn ve způsobu financování na hospodaření zdravotnických zařízení
Title:	Relationships medical facilities and health insurance companies in the Czech Republic after 1989 and the impact of crossing changes in the financing of medical equipment management
Datum zadání práce:	2013-01-31
Datum odevzdání práce:	2014-05-21
Autor práce:	Libuše Puchingerová
Vedoucí práce:	Doc. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA
Oponent práce:	
Počet stran:	72
Počet příloh:	6
Rok obhajoby:	2014
Klíčová slova:	zdravotní péče, financování, zdravotnická instituce, zdravotní pojišťovna, pojištěnec, náklady, výnosy, hospodářský výsledek, finanční analýza
Key words:	health care, financing, health institution, health insurance, insured, costs, revenues, profit, financial analysis

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá problematikou systému financování zdravotnictví v České republice. Cílem práce je přiblížit způsoby a specifika financování zdravotnických institucí, definovat základní oblasti, které by měly být zohledňovány při řízení zdravotnické instituce. Základem práce je ekonomické vyhodnocení činnosti tří velkých zdravotnických institucí za období let 2006 - 2012. Výsledky práce popisují skutečnosti, které sehrávají zásadní roli v hospodaření institucí a zásadně ovlivňují výši vykázaného hospodářského výsledku za účetní období.

Abstract:

The thesis deals with issues of the system of health care financing in the Czech Republic. Target of the thesis is to provide insight into the methods and specifics of financing of medical institutions, to define essential areas which should be taken into consideration while managing a health care institution. Base of the thesis consists in the economic assessment of operation of three large medical institutions during the period 2006 – 2012. The conclusion of the thesis describes factors which play capital role in the economy of the institutions and influence significantly the total of the shown economic result per accounting period.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 21. května 2014

Děkuji Doc. MUDr. Václavu Rýznarovi, CSc., MBA za odborné vedení diplomové práce a za cenné rady při zpracování této diplomové práce.

Obsah

Úvod	8
1 Charakteristika zdravotnictví a modelů zdravotního pojištění	10
1.1 Beveridgeův model (model národní zdravotní služby)	10
1.2 Bismarckův model (model povinného zdravotního pojištění)	11
1.3 Semaškův model (centralistický model)	11
1.4 Liberální systém (model založený na tržním pojetí zdravotní péče).....	12
1.5 Úroveň zdravotnictví a modely zdravotního systému	12
2 Vývoj zdravotnictví a zdravotního pojištění v České republice	13
2.1 Stav před rokem 1989.....	13
2.3 Transformace a privatizace (období let 1990 – 2000).....	14
2.4 Reforma veřejné správy.....	15
2.3.1 Období od roku 2001 - 2005	15
2.3.2 Období let 2006 – 2012.....	15
2.5 Současný stav organizace zdravotnictví.....	16
3 Systémy zdravotního pojištění a úhrad zdravotní péče v ČR	17
3.1 Zdravotnické systémy.....	17
3.2 Rámce veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb v České republice	17
3.3 Rekodifikace práva k 1. 1. 2014.....	18
3.4 Typy zdravotní péče	19
3.5 Vývoj způsobů úhrad jednotlivých typů zdravotní péče	20
3.6 Financování zdravotnických zařízení v systému DRG	22
3.7 Výdaje na zdravotní péči v ČR.....	24
4 Trendy ve vývoji zdravotnictví a ve vztazích poskytovatele a plátce zdravotních služeb	26

4.1	Subjekty na trhu sektoru zdravotnictví	26
4.2	Zdravotní pojišťovny	27
4.3	Poskytovatelé zdravotní péče	28
4.4	Pojištěnci	28
5	Ekonomické aspekty v řízení zdravotnického zařízení	30
5.1	Právní forma zdravotnické instituce	30
5.2	Riziko v řízení zdravotnické instituce	31
5.3	Náklady zdravotnického zařízení	31
5.4	Výnosy zdravotnického zařízení	32
5.5	Rozpočet nákladů a výnosů	32
5.6	Struktura majetku instituce a jeho krytí.....	33
5.7	Finanční analýza instituce	34
6	Základní údaje vybraných zařízení	35
6.1	Fakultní nemocnice v Olomouci.....	35
6.2	Pardubická krajská nemocnice, a.s.	36
6.3	Institut klinické a experimentální medicíny	37
7	Ekonomické výsledky vybraných nemocnic.....	38
7.1	Fakultní nemocnice v Olomouci.....	39
7.2	Pardubická krajská nemocnice, a.s.	44
7.3	Institut klinické a experimentální medicíny	47
7.4	Shrnutí výsledků hospodaření a bilanční sumy institucí	51
7.5	Diskuze a shrnutí výsledků ukazatelů finanční analýzy.....	54
8	Závěr	59
9	Seznam použité literatury	61
10	Seznam tabulek a grafů	64
11	Seznam příloh	66

Úvod

Problematika fungování zdravotního systému, jeho rozsah a struktura poskytovaných služeb a jejich účinnost je zásadní otázkou každé společnosti. Volba mezi rozvojem hospodářství a ochranou i zlepšováním zdraví se neobejde bez určitých kompromisů. Zdraví je jedinečné, je předpokladem prosperity a podmínkou pro uspokojení ostatních potřeb.

Výdaje na zdravotnictví rostou nominálně ve všech zemích světa, tempo jejich růstu je obvykle rychlejší než růst HDP. Financování a fungování zdravotního systému v České republice je předmětem diskuzí nejen mezi odbornou veřejností, ale i v politických kruzích a laické veřejnosti. Náš politický systém má vytvořeny instituty a procesy, které autoritativně alokují hodnoty ve společnosti a určují které hodnoty podporovat a které potlačovat. Z tohoto důvodu nalézáme v každodenní činnosti poskytovatelů zdravotní péče odlišné způsoby chování oproti jiným „běžným“ podnikatelským sférám. Tento stav je způsoben jednak nemožností tvorby cen a právě skutečností, že činnost je vázána značnou mírou regulace ze strany státních orgánů. Ministerstvo zdravotnictví ČR každoročně vydává svou Vyhlášku o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení – tzv. „Úhradovou vyhlášku“. V roce 2013 ale Ústavní soud svým nálezem Pl ÚS 19/13 rozhodl, že tato norma je v rozporu s čl. 1 Ústavy České republiky a čl. 1 a čl. 26 Listiny základních práv a svobod.

Nový občanský zákoník platný od 1. ledna 2014 vnesl do oblasti zdravotnictví ještě větší míru koncepční nejasnosti. Bude zdravotnictví bráno jako péče poskytovaná státem nebo bude soukromoprávní službou?

Ovšem ani jeden z uvedených nedostatků neznamená, že by se zdravotnické zařízení – poskytovatel zdravotní péče - nemohlo chovat ekonomicky v rámci zachování ekonomické efektivity a finančního zdraví. Problematika fungování dále souvisí do značné míry se zvolenou právní formou. Některá zdravotnická zařízení jsou příspěvkovými organizacemi, jiné obchodními společnostmi. Každá právní forma má své výhody i nevýhody. Stejně tak pohled na zdravotní péči jako na kontrakt může být v něčem přínosný.

Hlavním záměrem práce je ukázat, že financování zdravotnictví má svou specifickou problematiku a v dnešní době značnou nejednotnost. Pokusím se přiblížit a zhodnotit vybrané problémové okruhy fungování zdravotnického systému v České republice po roce 1989.

První část mé práce je zaměřena na teoretický popis vývoje zdravotnických systémů a způsobů jejich financování.

Druhá část je věnována detailnějšímu rozboru tří velkých zdravotnických zařízení, vývoji jejich hospodaření a posouzení jejich finančního zdraví prostřednictvím kritérií běžně užívaných ve finančních analýzách. Prvním cílem práce bude definovat nejproblémovější oblasti (okruhy) v celkovém hospodaření institucí a druhým zhodnotit dopady ve změnách způsobů financování na hospodaření.

1 Charakteristika zdravotnictví a modelů zdravotního pojištění

Zdravotnictví můžeme chápat jako ucelenou soustavu zdravotnických institucí a odborných činností, které poskytuje služby v oblasti zabezpečení zdravotní péče pro občany. Jako systém je zdravotnictví složité, velmi proměnlivé, specifické a dotýká se každého z nás. Zdravotnictví kromě své sociální funkce je také velmi důležitou částí ekonomiky celého státu. Základním úkolem systému zdravotnictví v každé vyspělé zemi je zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Proměnlivost a specifičnost tohoto systému můžeme spatřovat zejména ve velmi širokém spektru potřeb zdravotní péče a značné nesourodosti a možná až chaotičnosti způsobů financování úhrad za tyto služby.

Zdroje úhrady za poskytnutou zdravotní péči v systému zdravotnictví mohou být různé od přímé úhrady pacienta přes charitativní zdroje až po prostředky z účelového zdravotního pojištění. Modely zdravotního pojištění se v jednotlivých zemích od sebe liší zejména podle politicko-ekonomického přístupu. I přes různé rozdíly můžeme rozlišit následující tři základní modely, a to Beveridgeův, Bismarckův a Semaškův model, čtvrtým modelem je pohled na zdravotní péči jako na volnou tržní službu – liberální systém.

1.1 Beveridgeův model (model národní zdravotní služby)

Jde o neoliberální model s univerzálními dávkami a univerzálním pojistným. Vznikl ve Velké Británii ve 40. letech 20. století, iniciován tzv. Beveridgeovou zprávou. Součástí modelu je i univerzální zdravotní péče zajištěná pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost. Péče je převážně financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Existuje významný vliv státu na řízení zdravotní péče. Většina specializovaných ambulantních zařízení, laboratoře a další odborná pracoviště jsou součástí nemocnic, jejichž převaha je součástí Národní zdravotní služby (soukromá lůžka existují pouze v omezené míře). Soukromé jsou pouze odbornosti stomatologů, praktických lékařů a konkrétních specialistů.

Tento systém péče nalezneme kromě Velké Británie např. i v Dánsku, Norsku, Finsku, Irsku, Švédsku.

1.2 Bismarckův model (model povinného zdravotního pojištění)

Jedná se o model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva, kdy obyvatelé jsou pojištěni u některé ze zdravotních pojišťoven, u které se registrují. Zdravotní péče je hrazena z fondů zdravotního pojištění, vytvářených z příspěvků zaměstnavatelů, státu a příspěvků pojištěnců. Jeho původ nalezneme v Německu již v roce 1883 jako ucelený systém sociálního pojištění. Jeho základem byly zákony o nemocenském, úrazovém a důchodovém pojištění. Ambulantní zdravotnické služby jsou poskytovány soukromými ordinacemi, které mají uzavřený smluvní vztah s pojišťovny. Nemocnice mají formu jak veřejnou tak soukromou, jejich financování je založeno také na základě uzavřených smluv s pojišťovny. Existují i přímé platby obyvatel za poskytnutí zdravotních služeb.

V Evropě jej nalezneme např. v Německu, Rakousku, Belgii, Holandsku nebo ve Francii. V naší republice tento model nacházíme také, pouze s přerušením v letech 1948 – 1989.

1.3 Semaškův model (centralistický model)

Je modelem centralistického státního modelu typického pro socialistické státní zřízení. Všechna zdravotnická zařízení jsou ve vlastnictví státu. Zdravotnictví je považováno za odvětví národního hospodářství, je centrálně plánováno, financováno z příjmů státního rozpočtu. Zdravotnické služby jsou obyvatelstvu poskytovány bezplatně, zdravotničtí pracovníci jsou státními zaměstnanci. Tento přístup považuje zdravotnictví za odvětví, které je neproduktivní, tím se zanedbává, ztrácí se možnost inovací a technického rozvoje segmentu, což má za následek velmi malou ekonomickou prioritu.

Model funguje jako příkazový systém, který může mít sice dočasně pozitivní roli, ale z dlouhodobějšího hlediska vede k zaostávání poskytované zdravotní péče, ubíjí zdravotnické pracovníky a nemotivuje obyvatelstvo k odpovědnosti za své zdraví.

1.4 Liberální systém (model založený na tržním pojetí zdravotní péče)

Je založen na individuální odpovědnosti každého jednotlivce. Zdravotnické služby jsou poskytovány volně – zdravotní péče je v tomto systému považováno za „skutečnou“ službu. Zdravotnická zařízení jsou převážně soukromá a volná tržní orientace je dovoluje zakládat a zavírat podle aktuálních potřeb a preferencí. Na pacienta je pohlíženo jako na konzumenta, poskytovatel je podnikatelem. Důležitým prvkem systému je soukromé zdravotní pojištění. Úloha státu je v tomto přístupu minimální. Většina všech zdravotnických zařízení má komerční charakter, státní zařízení se vyskytují jen v minimální míře.

Tento model – tržně orientovaný nalezneme hlavně v USA a v některých jihoamerických státech.

1.5 Úroveň zdravotnictví a modely zdravotního systému

Jednotlivé systémy zdravotní péče vyjadřují základní rysy společnosti (politicko-ekonomické), ve které fungují a mohou do značné míry charakterizovat úroveň zdravotnictví v daném státě. Úroveň zdravotnictví v České republice je velmi v současné době velmi vysoká, i když zdravotnictví jako celek prošlo za posledních třicet let značnými změnami.

2 Vývoj zdravotnictví a zdravotního pojištění v České republice

Rozdílný historický, politický a kulturní vývoj v jednotlivých zemích se projevuje i v rozdílné organizaci zdravotního pojištění a financování zdravotní péče. Současný ekonomický vývoj ve zdravotnictví vede k potřebám stále více sledovat finanční toky tohoto sektoru.

První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky. Povinnost platit toto pojištění se vztahovala na zaměstnance i zaměstnavatele.¹ První Československá republika zavedla model veřejného solidárního nemocenského pojištění, který byl na našem území funkční už za Rakouska-Uherska v roce 1888. Systém fungoval na principu bismarkovského modelu.

Koncem 19. století se začaly objevovat první komerční pojišťovny v oblasti zdravotního pojištění.

2.1 Stav před rokem 1989

Československá republika byla socialistickým státem s centralizovaným a hierarchicky uspořádaným systémem zdravotní péče. Stát byl v monopolním postavení při poskytování zdravotní péče. Celý systém byl hierarchicky uspořádaný, byl relativně levný, ale v žádném případě nemotivoval obyvatelstvo k odpovědnosti za své zdraví. Ani úroveň odbornosti zdravotnického personálu nebyla na odpovídající úrovni.

Celé zdravotnictví bylo financováno ze státního rozpočtu, chyběly prvky moderního řízení, čímž jeho efektivnost byla velmi nízká, zdravotnické služby byly neekonomické a postrádaly zejména lidský přístup (žádná práva pacientů při volbě lékaře). Zpočátku systém fungoval relativně dobře – došlo alespoň k vymýcení některých závažných nemocí, čímž ovšem výčet kladných stránek končí a s postupem času úroveň zdravotní péče upadala.

¹ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008

2.3 Transformace a privatizace (období let 1990 – 2000)

Po roce 1989 se začalo hovořit o nutnosti reformy poskytované zdravotní péče v České republice. Cílem tohoto transformačního procesu zdravotnictví bylo vytvořit nový flexibilní systém zdravotní péče, který by zajistil rovnováhu mezi ekonomickými a lidskými aspekty. Zajistil svobodnou volbu občanů, odstranil monopolizaci, obnovil konkurenci a také určil a zajistil vícezdrojové financování. Systém, který by bylo možno kontrolovat jak z pohledu kvality a současně zajistil její zvyšování, tak z pohledu správného využívání zdrojů. Stát garantuje adekvátní úroveň péče pro všechny občany, stanovuje se povinné zdravotní pojištění.

Zdravotní pojištění u nás bylo zavedeno zákonem č. 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění, jež byl zrušen dnem 1. 4. 1997 a jej nahradil do dnes platný zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

V roce 1992, kdy pokračovalo období pravicové vlády, byla koncipována jedna z prvních myšlenek na privatizaci v oblasti zdravotnictví, tzn. všech nemocnic s výjimkou velkých nemocnic. Po tomto kroku by měly nemocnice právní formu obchodních společností. Efektem tohoto kroku měl být růst kvality služeb, zájem o pacienta, vnesení prvků moderního řízení. Ovšem v roce 1996 byla tato myšlenka zastavena, rizika závažných důsledků byla vysoká (neexistence právního rámce pro neziskovou formu organizace, problém – je možné, aby soukromá obchodní společnost poskytovala služby z veřejných prostředků). Ke změně právní formy došlo pouze u několika malých lůžkových zařízení, služby poskytované praktickými lékaři a lékárnami.²

V oblasti poskytování ambulantní péče byla myšlenka privatizace z větší míry naplněna, v hojné míře vznikají soukromé ordinace ambulantních specialistů.

V roce 1998, kdy se do čela dostaly vlády sociální demokracie, byla ukončena myšlenka privatizace a tržního přístupu ke zdravotnictví.

Od roku 1989 schází koncepce, důslednost a rozhodnost na všech úrovních řízení a organizování zdravotní péče.³

V tomto chaotickém prostředí bylo umožněno vzniku až 26 zdravotních pojišťoven, které pracovaly naprosto autonomně, bez strategických plánů a kontroly hospodaření. V platnost také vstupuje zcela nový přístup k poskytování zdravotní péče, a to

² ANGELOVSKÁ, Olga. Privatizace českého zdravotnictví, projekt disertační práce

³ RÝZNAR, Václav. Strategie, organizace a řízení velkého zdravotnického zařízení. Miniprojekt, 2002

v nestátních zdravotnických zařízeních. Právní rámec provozování takových zařízení dal zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (v dubnu 2012 zrušen zákonem č. 372/2011 Sb.)

Na přelomu tisíciletí začíná rozsáhlá reforma veřejné správy, ve které šlo zejména o zřízení krajských samospráv, v této souvislosti dochází k přesunu jednotlivých kompetencí. Následně reforma pokračuje v oblasti veřejných financí.

2.4 Reforma veřejné správy

2.3.1 Období od roku 2001 - 2005

V roce 2000 započala reforma veřejné správy, kdy došlo k převodu některých nemocnic ze státu do samostatné působnosti krajů. Kraje se staly zřizovateli nemocnic, byly založeny obchodní společnosti (většinou akciové společnosti), jejichž vlastníkem se stal konkrétní kraj. Základní právní normou pro tento krok se stal zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce. Současně s tímto aktem do kompetence krajů a obcí spadala i povinnost zajistit dostupnost zdravotní péče.

2.3.2 Období let 2006 - 2012

V roce 2006 byla zveřejněna reforma veřejných financí (nabytí účinnosti reformy rokem 2008), která se samozřejmě dotkla také oblasti zdravotnictví. Byly zákonem zavedeny regulační poplatky ve zdravotnických zařízeních a lékárnách, což můžeme chápat jako další zdroj financování zdravotní péče. Byl zaveden a oficiálně definován pojem „nadstandardní zdravotní péče“, který zahrnoval materiál a lékařské výkony, které zdravotní pojišťovny plně nehradily, ale bylo možné si na ně doplatit. Postupem času se tato služba pacientům měla rozrůstat, ale v roce 2013 přišel verdikt Ústavního soudu, který tuto možnost pro pacienty zrušil.

2.5 Současný stav organizace zdravotnictví

Po všech proběhlých reformách za období od roku 1990 do dnešních dnů je z organizačního hlediska současný systém zdravotnictví nesourodý. Existuje část zdravotnictví, která pracuje do jisté míry ryze na tržním principu, což jsou soukromá zdravotnická zařízení („zprivatizovaní“ lékaři, soukromé nemocnice a specializované kliniky a lékárny). Druhá část zdravotnictví pracuje ve smíšeném systému - krajské nemocnice, jejichž právní forma je sice obchodní společnost, ale vlastníkem je stát, resp. kraj. Tento krok lze také chápat jako určitou formu privatizace části zdravotnictví. Poslední skupinou zdravotnických zařízení tvoří velké nemocnice a specializovaná zařízení, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR a o kterých tedy můžeme tvrdit, že jsou státními zdravotnickými zařízeními.

Všechny tři skupiny „podnikající“ v oblasti zdraví spojuje skutečnost, že podstatná část jejich příjmů (výnosů) je tvořena úhradami ze systému veřejného zdravotního pojištění.

3 Systémy zdravotního pojištění a úhrad zdravotní péče v ČR

Poskytnutá zdravotní péče zdravotnickými zařízeními musí být poskytovateli uhrazena. V jednotlivých státech světa nacházíme různé systémy a různé formy financování zdravotní péče.

3.1 Zdravotnické systémy

Zdravotnické systémy můžeme z hlediska formy financování poskytnuté zdravotní péče a způsobu jakým občané v dané zemi platí za zdravotnické služby rozdělit do následujících hlavních skupin:

- a) Národní zdravotní služba jako systém financování zdravotnictví z daní obyvatelstva, prostřednictvím státního rozpočtu (systém fungující ve Velké Británii);
- b) Systém veřejného zdravotního pojištění (systém fungující v SRN, Maďarsko, ČR, Francie a další státy)
- c) Tržně orientované zdravotnictví s hlavní rolí soukromého zdravotního pojištění (klasickým reprezentantem je USA)

Český systém veřejného (statutárního) zdravotního pojištění je založen na několika základních principech:

- je povinné na základě zákona pro všechny občany;
- sazba zdravotního pojištění je fixně stanovena z určeného vyměřovacího základu;
- za určité skupiny občanů platí pojistné stát

3.2 Rámce veřejného zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb v České republice

Legislativní rámec zdravotního pojištění, poskytování zdravotní péče (zdravotních služeb) a úhrady zdravotní péče v České republice je dán základními zákony, a to

zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákonem č. 327/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zákon o zdravotních službách upravuje podmínky pro jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů, definuje zdravotnické pracovníky a stanovuje hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb.

Dalšími důležitými zákonnými normami pro oblast zdravotní péče jsou zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Základní koncepci účastníků zdravotní péče a vztahů mezi nimi v oblasti poskytování, úhrady a spotřeby zdravotních služeb ukazuje obr. č. 1.

Obr. 1 Základní vztah v poskytování a úhrady zdravotní péče



3.3 Rekodifikace práva k 1. 1. 2014

Dnem 1. ledna 2014 vstoupil v platnost nový občanský zákoník, který přinesl na půdu segmentu zdravotně právního zásadní problém, a to jak definovat koncepci zdravotní péče. Jedná se o systém zdravotnictví jako „státní péče“ nebo „soukromoprávní služba“? Změny jsou výrazné zejména ve vztahu poskytovatel zdravotní péče a pacient, potažmo příslušná zdravotní pojišťovna, která by měla provést úhradu za spotřebovanou zdravotní péči.

Nový občanský zákoník ve své části 9 definuje péči o zdraví pomocí pojmu smlouva o péči:

- smlouvou o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba;
- příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to ujednáno, to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů.

V rámci zdravotních služeb může poskytovatel poskytovat různé typy zdravotní péče za různý způsob úhrady.

3.4 Typy zdravotní péče

Každá oblast (typ zdravotní péče) v systému zdravotnictví je v naší zemi financována různými způsoby. Základní strukturu pro financování zdravotnických subjektů tvoří:

- ambulantní zdravotní péče je poskytována pravidelně či nepravidelně docházejícím pacientům, zahrnuje ambulantní specialisty (praktičtí lékaři, odborní ambulantní specialisté všech oborů včetně stomatologů a komplementárních odborností);
- jednodenní péče je zdravotní péčí, kde se vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin;
- hospitalizační (akutní, lůžková) péči poskytují zejména velké nemocnice včetně mnoha navazujících zdravotnických služeb;
- financování léků určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, stát reguluje ceny léků stanovením maximální ceny.

3.5 Vývoj způsobů úhrad jednotlivých typů zdravotní péče

V České republice je větší část výdajů na zdravotní pojištění hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Až do poloviny roku 1992 byla na úhradu zdravotní péče využívána metoda rozpočtů, tzn., že financování bylo zajišťováno přidělením limitů ze státního rozpočtu zdravotnickým zařízením, která s tímto finančním přidělem musela zajistit poskytování zdravotní péče ve státě.

V následujících letech (od 1993 do současnosti) se začaly objevovat postupně následující různé způsoby úhrad za poskytnutou hospitalizační (akutní lůžkovou) a ambulantní péči.

a) AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE

Výkonový způsob úhrady

Výkonovým způsobem byla zdravotní péče plně hrazena od roku 1993 až do roku 1997. Tato změna způsobila první provozní problémy, skončilo období poskytnutých záloh a bylo nutné začít provádět vyúčtování, kdy jednotlivé výkony byly oceněny hodnotami na základě kalkulace nákladů (mzdových, materiálových a režijních). Byly uhrazeny veškeré výkony, které zdravotnické zařízení provedlo, což vedlo k co největší produkci výkonů.

Paušální způsob úhrady

Byl zaveden v roce 1997 jako reakce na problémy výkonového způsobu úhrady. Výši paušální platby na určité období stanovovala skutečnost poskytnutých služeb předchozího období, tzn., paušál vycházel z časově dlouhodobého průměru objemu úhrady za konkrétní zdravotnické zařízení jako celek, popř. podle odborností. Paušál byl postaven na teorii, že převážná část nákladů nemocnice je fixní, nezávislá na počtu léčených pacientů či provedených výkonů. Výše paušálu byla pro každé zařízení stanovena odlišně a byla závislá na faktech, které jednotlivá zařízení uváděla. Tento způsob úhrady plně fungoval až do roku 2007, kdy začal být pro stanovení úhrady používán systém DRG.

Klasifikační systém DRG

Systém DRG (Diagnosis Related Groups) byl vytvořen na Yale Universtii na konci 60. let minulého století, jako nástroj kritického rozboru využívání zdrojů ve zdravotnictví. Způsob začíná být v ČR postupně zaváděn do systému úhrad v roce 2001 zejména k úhradám za hospitalizační péči. V roce 2007 bylo DRG v úhradách uplatněno již plošně, byl zvolen systém International-Refined (IR-DRG), který byl částečně upraven na podmínky v České republice. V letech 2012 – 2013 již dochází ke značným snahám, sjednotit podmínky pro všechny poskytovatele formou přiblížení tzn. základní sazby.

Kultivaci a podporu systému zajišťuje v ČR Národní referenční centrum, jež představuje zájmové sdružení právnických osob, mezi které patří zdravotní pojišťovny a profesní sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Asociace nemocnic ČR, Sdružení soukromých nemocnic ČR, Asociace krajských nemocnic ČR a další).

Podstatou úhrady je případový paušál, což je souhrn průměrných nákladů na stanovený soubor výkonů dle diagnózy. DRG je mírou využívání zdrojů, což je rozumný způsob, jak měřit jejich potřebu.

Zhodnocení způsobů úhrad

Každý způsob úhrady za poskytnutou hospitalizační péči má své výhody a nevýhody. V dnešní době se k úhradám tohoto segmentu péče používá různých kombinací. Základem je systém DRG a rozdělení péče do segmentů, ale mohou se vyskytovat i samostatné úhrady na určitý druh léčby – např. specializovaným centřem, určitému druhu léčivého přípravku nebo pro případ, kdy léčba přesáhne finanční limit milionu korun.

Oblast úhrad za léky a ambulantní péči je hrazena na základě jiných principů, které se postupem času nevyvíjely takovými skokovými zásadními změnami.

b) LÉKY A AMBULANTNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Úhrada léků a zdravotnických prostředků

Tvorba cen a stanovení úhrad za ně je také důležitou součástí financování zdravotnictví. Léková politika ovlivňuje výši spotřeby, objemy předepsaných

léků, což má dopad do financování zdravotnického zařízení. Výše a způsob úhrady léčivých přípravků a ostatních prostředků je taxativně stanoven (lék je plně hrazen ze zdravotního pojištění nebo část hradí pacient sám, popř. celý sám).

Úhrada ambulantní zdravotní péče

Tento segment zdravotní péče měl a má několik možných způsobů úhrady, a to výkonově, paušálem, kapitační platbou a umožňuje i jiný způsob (kombinaci možných způsobů) podle příslušné poskytované odborné péče.

Financování této oblasti zdravotnictví je nutné rozdělit na dvě části:

- úhrady praktickým lékařům, zde převládá platba v systému kapitačních plateb a dále pak je možná úhrada za body, kde dochází ze strany zdravotních pojišťoven ke kontrolám vykázaných bodů hlavně v období, kdy dochází ke zvýšení vykázaného počtu bodů,
- úhrady ambulantním specialistům, tito lékaři mají víceméně volnější režim úhrad, dostávají úhrady podle ošetřených pacientů a provedených výkonů až do stanoveného limitu na příslušné období.

3.6 Financování zdravotnických zařízení v systému DRG

V současné době se v České republice etabloval jako základní pilíř úhrad za akutní hospitalizační péči klasifikační systém DRG.

DRG můžeme chápat i jako nástroj využitelný pro řízení a financování zdravotnických zařízení a současně jako systém komunikační o úhradě péče ve vztahu zdravotnické instituce ke zdravotním pojišťovnám. Úhradové období je jeden rok.

Výhody DRG:

- DRG je mírou využívání zdrojů, což je rozumný způsob jak měřit jejich potřebu,
- data se snadno získají z běžného zdroje nemocničních dat, a to z pacientova chorobopisu,
- počet diagnostických kategorií je zvládnutelný,

- DRG má hierarchické uspořádání, což umožňuje vytvořit několik málo kategorií diagnostických skupin. I když jsou tyto skupiny heterogennější, jsou stále ještě použitelné,
- DRG vytváří relativně homogenní skupiny pro srovnávání case-mix mezi nemocnicemi,
- DRG se dají využít ke stanovení prospektivních sazeb náhrad pro nemocnice.

Nevýhody DRG:

- DRG postrádají klinickou specifičnost (filozofie léčby, ošetrovatelské režimy se mění, atd.),
- malé nemocnice nemusejí být schopny využívat DRG kvůli případným malým počtům pacientů v některých kategoriích (DRG je zbavena smysluplnosti),
- DRG spoléhají na propouštěcí zprávy, které obsahují často kódové i klasifikační chyby,
- externí platnost DRG nebyla měřena,
- předpovědní platnost (predictive indicies) DRG nebyla zjišťována,
- DRG sdružují nemocné do homogenních kategorií na základě průměrné ošetrovací doby. DRG není proto normou ani mírou kvality péče,
- DRG sdružují a klasifikují pouze hospitalizované pacienty,
- protože chirurgický přístup přesouvá pacienta do složitější DRG, mohou být chirurgické postupy podnětem pro vyšší úhrady,
- DRG odráží stav lékařské technologie a praxe v době zavedení, takže musí být často přepracováno, aby byly brány v úvahu pokroky diagnostických postupů a lékařské technologie,
- ve snaze udržet zvládnutelný počet tříd nemocných se ztrácí jistá klinická homogenita uvnitř skupin. DRG by mělo vzít v úvahu rozdíly v závažnosti nemoci. (CMI).

Klasifikační systémy se budou nesporně prosazovat i nadále, protože představují jasně definovanou znalost produktu.

Z výše uvedeného výčtu způsobů úhrad v průběhu času můžeme velmi obecně konstatovat, že jaký je způsob financování zdravotnictví, do značné míry určuje jaká bude nákladovost všech léčených případů, tzn. jak drahé bude zdravotnictví v našem státě.

3.7 Výdaje na zdravotní péči v ČR

Celkové výdaje v segmentu zdravotnictví od roku 2000 stále rostou, jak ukazuje tabulka č. 1. V tomto kontextu si můžeme dovolit tvrdit, že v žádném jiném odvětví české ekonomiky nedochází k meziročním nárůstům celkových výdajů (vývoj růstu některých odvětví ekonomiky ukazuje příloha č. 1).

Tabulka 1: Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2000 – 2012 (veřejné a soukromé výdaje)

Rok	Celkem v mil. Kč	% z HDP
2000	146 835,00	6,47
2001	161 300,00	6,59
2002	178 923,00	6,97
2003	195 155,00	7,26
2004	209 270,00	7,14
2005	218 774,00	7,02
2006	226 810,00	6,77
2007	241 935,00	6,61
2008	264 520,00	6,87
2009	292 708,00	7,79
2010	289 035,00	7,62
2011	287 768,00	7,53
2012	293 636,00	7,67

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013⁴

Výdaje na zdravotnictví lze rozdělit na dva základní okruhy, a to výdaje veřejné a výdaje soukromé.

Veřejné výdaje na zdravotnictví

Do této kategorie financování řadíme úhrady prováděné prostřednictvím státního rozpočtu a rozpočtů územních samosprávných celků (kraje a obce).

Soukromé výdaje přímo placené pacientem

Tato část financování znamená přímé úhrady na zdravotní péči placenou obyvatelstvem. Tyto výdaje jsou spíše doplňkovým zdrojem financování zdravotní

⁴ ÚZIS ČR [online]. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na www.uzis.cz

péče, v minulých letech jejich význam vzrůstal díky zavedení regulačních poplatků. Počínaje rokem 2014 byly poplatky za pobyt v nemocnici zrušeny, zůstaly pouze poplatky za recept, návštěvu lékaře a pohotovost. Následující tabulka zachycuje objemy těchto poplatků za poslední tři roky.

Tabulka 2: Výdaje na regulační poplatky (v mil. Kč)

Druh poplatku	2010	2011	2012	Index 2012/2011
Poplatky za recept	2 657	2 457	1 858	75,6
Poplatky za návštěvu lékaře	1 530	1 374	1 474	107,3
Poplatky za hospitalizaci	1 242	1 242	1 824	146,9
Poplatky za pohotovost	191	179	179	99,7
Celkem	5 621	5 254	5 336	101,6

Zdroj: ČSÚ, 2013⁵

Témata kolem příjmů a výdajů ve zdravotnictví, způsobů financování, ekonomického tlaku v resortu jsou neustále skloňována. Málomocný obor zažívá tolik změn jako zdravotnictví. Všechny tyto aspekty jsou zřejmě způsobeny rozdílností cílů jednotlivých zainteresovaných subjektů.

⁵ Český statistický úřad [online]. *Výdaje domácností na zdravotní péči* [citováno 12. 4. 2014]. Dostupné na www.czso.cz/csu/

4 Trendy ve vývoji zdravotnictví a ve vztazích poskytovatele a plátce zdravotních služeb

Na tomto místě nemůžeme opomenout skutečnost, že zdraví není klasickou tržní komoditou, na kterou lze aplikovat veškeré klasické nástroje pro řízení nabídky, poptávky a tržního mechanismu a od nich odvozovat ekonomické chování jednotlivých subjektů. Sice směna existuje, ale její účastníci jsou regulováni.

4.1 Subjekty na trhu sektoru zdravotnictví

Subjekty na trhu zdravotních služeb definujeme jako plátce, poskytovatele a pojištěnce (pacienta). Mezi tyto subjekty direktivně vstupuje Ministerstvo zdravotnictví ČR vydáváním závazné normy – „Úhradové vyhlášky“, kterou na příslušné období nastavuje objem finančních prostředků na úhradu zdravotní péče.

Zdravotnické systémy ve všech vyspělých zemích procházejí značnými vývojovými změnami, což je zapříčiněno intenzivními ekonomickými, politickými a sociálními vlivy. V naší zemi se pohled na zdravotnictví a poskytovanou péči postupně také mění. Jednotlivci si začínají uvědomovat své vlastní potřeby a nutnost zabezpečit své zdraví prevencí.

V oblasti řízení zdravotnictví jako celku můžeme sledovat zejména snahu o regulaci nákladů, důraz na kvalitu poskytovaných služeb a její kontrolu, včetně zajištění bezpečnosti pacienta. Tyto trendy způsobují zvýšený zájem o sledování ekonomické efektivnosti zdravotnických institucí a kladou důraz na kontrolu využívání zdrojů. Je snaha ze strany plátců (zdravotních pojišťoven) proplácet pouze objektivně vynaloženou péči, chování poskytovatelů je mírně odlišné od jiných podnikatelských subjektů zejména proto, že neexistuje konkurence prostřednictvím ceny a reklamy. Každá instituce se sice snaží o co nejvyšší míru efektivity svých zdravotnických služeb a maximální úhradu od zdravotních pojišťoven.

4.2 Zdravotní pojišťovny

Nositeli zdravotního pojištění a tedy plátcí úhrady za zdravotní péči jsou v naší zemi zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce. K zahájení provozování činnosti pojišťovny je nutné povolení Ministerstva zdravotnictví ČR a minimální počet získaných pojištěnců (100 tis. pojištěnců). Nejzásadnější, největší a nevlivnější pojišťovnou je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, dále na českém trhu působí dalších šest zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Základní normou definující hospodaření pojišťovny je zdravotně pojistný plán, který je předkládán Ministerstvu zdravotnictví ke schválení.

Hospodaření zdravotních pojišťoven se provádí prostřednictvím fondů. Pojišťovny vytváří a spravují následující základní fondy:

- *základní fond* – zdrojem jsou platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění, slouží zejména k úhradě poskytnutých hrazených služeb,
- *rezervní fond* – výše rezervního fondu činí 1, 5 % průměrných ročních výdajů základního fondu pojištění, rezervní fond se používá ke krytí schodků základního fondu.

Dále dle zákona vytváří ještě:

- *provozní fond* – používán k úhradě nákladů pojišťovny,
- *sociální fond* – zabezpečuje kulturní, sociální a další potřeby ve prospěch zaměstnanců,
- *fond majetku* – prostřednictvím kterého se sledují zůstatkové hodnoty dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku,
- *fond reprodukce majetku* – soustřeďuje prostředky na pořizování dlouhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Pojišťovny hospodaří s vlastním majetkem a s majetkem jí svěřeným. Rozpočet příjmů a výdajů pojišťovny je sestaven a realizován tak, aby výdaje nepřevýšily příjmy. Vyrovnaná bilance zdravotní pojišťovny je základním předpokladem jejího fungování.

Tabulka 3: Vybrané ukazatele systému veřejného zdravotního pojištění v mil. Kč

Ukazatel	2008	2009	2010	2011	2012
Příjmy zdravotního pojištění	211 360	212 199	215 615	220 391	229 733
Výdaje zdravotního pojištění	200 592	218 630	222 500	225 547	231 270
Saldo příjmů a výdajů	10 768	-6 431	-6 885	-5 156	-1 537

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013⁶

4.3 Poskytovatelé zdravotní péče

Poskytovatelé jsou nedílnou součástí každého zdravotnického systému, tvoří je odborné zdravotnické instituce (nemocnice, hygienická služba, lékárny, záchranná služba) a pracovníci ve zdravotnictví (lékaři, nelékařští zdravotničtí pracovníci apod.). Instituce v této oblasti je současně nutné vnímat i jako podnik, protože v nich probíhají ekonomické činnosti a procesy s dopadem na fungování dané instituce. Zřizovatelem těchto institucí mohou být:

- Ministerstvo zdravotnictví ČR,
- kraje a obce v rámci své samostatné působnosti,
- právnické a fyzické osoby.

Tabulka č. 4: Počet nemocnic podle zřizovatele

Ukazatel	2009	2010	2011	2012
Počet nemocnic celkem	163	166	167	167
z toho:				
MZ ČR	19	19	19	19
krajské	24	24	24	23
obecní a městské	18	17	17	17
jiné právnické osoby a církevní	99	103	104	105
ostatních centrálních orgánů	3	3	3	3

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013⁷

4.4 Pojištěnci

Pacient je v systému zdravotnictví ten, pro kterého je péče určena a samozřejmě on ji spotřebovává. Současně se podílí na financování systému tím, že platí pojistné

⁶ ÚZIS ČR [online]. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na www.uzis.cz

⁷ ÚZIS ČR [online]. Ekonomické výsledky nemocnic 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na www.uzis.cz.

na veřejné zdravotní pojištění a je registrován u jedné zdravotní pojišťovny. Za každého zaměstnance - pojištěnce v pracovním poměru platí jeho zaměstnavatel 9 % hrubé mzdy zaměstnance a zaměstnanec – pojištěnec hradí 4 % ze své hrubé mzdy. Pojištěnec má právo změnit jedenkrát za rok zdravotní pojišťovnu. Počty pojištěnců v České republice ukazuje tabulka č. 5, z nichž je vidět, že každý rok pojištěnců přibývá a zároveň ubývají pojištěnci VZP.

Tabulka č. 5 Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v letech 2008 – 2012

Rok	Průměrný počet pojištěnců	z toho podíl VZP v %
2008	10 364 804	62,63
2009	10 375 884	60,92
2010	10 387 167	60,31
2011	10 394 131	60,38
2012	10 405 205	59,31

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013⁸

Pacient – pojištěnec má eminentní zájem, aby mu byla poskytnuta co nejlepší zdravotní péče, v odpovídajícím čase, odborně způsobilou osobou s využitím moderních metod v příjemném prostředí.

Tyto tři základní subjekty musí mezi sebou stále hledat určitý kompromis, aby uspokojily své potřeby. Z toho vyplývá, že se na zdravotnictví musíme podívat také jako na hospodářský systém, jehož nejviditelnějším zástupcem jsou zdravotnické instituce.

⁸ ÚZIS ČR [online]. Aktuální informace 41/2013 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na www.uzis.cz.

5 Ekonomické aspekty v řízení zdravotnického zařízení

Omezené finanční zdroje, v tomto případě ve zdravotnictví, mohou vést a vedou k úvahám typu, pro koho je zdravotní péče určena a kdo ji může poskytovat. Je obtížné kvantifikovat a vidět přírůstek zdraví pacienta, kterého dosáhneme určitou léčbou. Ale nezabývejme se přínosem zdraví, které je samozřejmě základem všeho, pokusme se měřit pouze zdravotně-ekonomické údaje a najděme jak zlepšit pouze to finanční zdraví instituce. Dobrým ukazatelem pro měření je zisk. Na problematiku zisku se můžeme podívat z mnoha úhlů. Základním problémem je jeho využití a zájmy zúčastněných, důležitým kritériem je způsob podnikání – forma vlastnictví.

5.1 Právní forma zdravotnické instituce

Problematika fungování zdravotnických zařízení včetně jejich právní formy je předmětem mnoha a mnoha diskuzí. Otázka vlastnictví zdravotnického zařízení ovlivňuje řadu procesů vnitřních i vnějších. V našich podmínkách se setkáváme zejména u velkých nemocnic s příspěvkovými organizacemi nebo v případě obchodních společností se jedná o akciovou společnost, příp. společnost s ručením omezeným.

Příspěvkové organizace zřizují organizační složky státu nebo územní samosprávné celky. Ve svém finančním hospodaření mají řadu specifik a omezení, hospodaří na základě fondů, mají rozpočtová omezení ve vazbě na svého zřizovatele, odděleně sledují náklady a výnosy z hlavní a vedlejší činnosti. Nemají vlastní majetek, veškerý majetek pouze spravuje pro zřizovatele.

Akciové společnosti jsou samostatnými subjekty, které nejsou ve svém finančním hospodaření na rozdíl od příspěvkových organizací nijak omezovány. Zdravotnická instituce jako akciová společnost je založena dle zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích). Její základní kapitál je rozvržen na určitý počet akcií (výše základního kapitálu musí dosáhnout alespoň 2 mil. Kč). Vlastníci akcií (akcionáři) mají právo na podíl na zisku. Akciová společnost majetek vlastní.

5.2 Riziko v řízení zdravotnické instituce

Způsob angažovanosti státu, rozhodnutí o tom, co je možné financovat a v jaké výši záleží zejména na politických rozhodnutích a dohodách mezi zdravotními pojišťovny a poskytovateli zdravotní péče. Z pohledu samotného zdravotnického zařízení tady vystupuje do popředí zejména oblast řízení rizika, které dopadá na všechny finanční modely. Obecně můžeme potvrdit, že platí modifikace tvrzení: „Cíle oblasti řízení rizika musí být konzistentní s těmi, které si podnikatel vytýčil v oblasti strategického řízení firmy. Jestliže je strategickým cílem firmy přežití, pak musí být pozornost managementu firmy zaměřena na snížení nákladů v souvislosti s diverzifikací odbytu či nákupu“.⁹

5.3 Náklady zdravotnického zařízení

Celkové výdaje (náklady) nemocnic na poskytovanou zdravotní péči v naší zemi, jak ukazuje tabulka č. 5, jsou každý rok vyšší a vyšší. Důvodů růstů může být hned několik, za zmínku stojí zejména růst DPH během posledních dvou let, který nelze nijak ovlivnit. Nebo je spotřebováváno stále více zdravotní péče, která je dražší a dražší?

Tabulka č. 6: Náklady nemocnic v letech 2009 – 2012 (v mil. Kč)

Rok	2009	2010	2011	2012
Náklady celkem	123 235	126 750	130 005	130 742

Zdroj: ÚZIS ČR, 2013¹⁰

Hledat účelový vztah nákladů ke konkrétním výkonům nebo procesům si dává za cíl každý ekonom. Důležitou skutečností pro zajištění chodu a správného řízení instituce je posoudit efektivnost vzniklých nákladových položek a znát jejich ekonomickou podstatu. Základních úhlů pohledů na členění nákladů je několik. Nejzákladnější je členění podle druhů nákladů (spotřeba energie a materiálu, osobní náklady apod.) či rozdělení na náklady fixní a variabilní. Právě rozpoznání

⁹ CIMICKÝ, Jan. *Modelování v oblasti řízení rizika*. 5. mezinárodní konference Řízení a modelování finančních rizik, VŠB-TU Ostrava, 8.- 9. září 2010.

¹⁰ ÚZIS ČR [online]. Ekonomické výsledky nemocnic 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na www.uzis.cz.

variabilních a fixních nákladů je důležité z hlediska jejich řízení a dále pak pro řízení zisku. Toto rozdělení umožňuje určit instituce náklady, jejichž výše na jednotku výkonu je konstantní od těch, jejichž výše je ovlivněna celkovým objemem produkce a její strukturou. Známe-li toto členění, můžeme rozhodovat o objemu produkce a tím se snažit o optimalizaci zisku.

5.4 Výnosy zdravotnického zařízení

Má-li zdravotnické zařízení fungovat, potřebuje k nákladům i druhou stranu, což jsou výnosy (tržby). V této položce najdeme zásadní rozdíl s podnikatelskou, resp. výrobní sférou – jejich výše je určovaná zákonnou normou a možnosti získávání dalších výnosů (zejména u státních nemocnic) jsou u nás velmi omezené.

Zásadní jsou výnosy vzniklé z úhrad zdravotní péče od jednotlivých zdravotních pojišťoven, na objemu celkových výnosů se většinou podílí největší mírou. Na první pohled by se mohlo zdát, že struktura výnosů účelově odpovídá struktuře nákladů, ale v běžném denním životě narážíme na fakt, že **výnosová stránka zařízení je nejslabším článkem a nejproblémovější kategorií.**

Celková problematika výnosů, resp. úhrad od zdravotních pojišťoven přivádí zdravotnické zařízení do situací, kdy není schopno plánovat na více než jedno období, a to převážně to probíhající. Tato skutečnost se odráží jednak specifickostí samotné úhradové vyhlášky, a také nelze opomenout fakt, že nemoc si nevybírání a určit strukturu výkonů je v podstatě nemožné.

Pozastavme se tedy alespoň okrajově u úhradové vyhlášky a připomeňme, že její paragrafové znění skutečně vychází až v posledních dnech kalendářního roku a poskytovatelé do poslední chvíle neví, kam se bude ubírat následující rok, byť zákonodárce připouští možnost individuální dohody s každou zdravotní pojišťovnou. Ovšem mají-li být klíčovými aspekty hospodárnost a ekonomická efektivita, prostředí připouští vyjednávání dvou subjektů (zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny), které mají rozdílné cíle, že jejich zájmy jsou v některých případech až protichůdné.

5.5 Rozpočet nákladů a výnosů

Pro zdárný a zdravý chod zařízení je důležité promítnout všechny aspekty **nákladové a výnosové stránky do soustav rozpočtů.** Jak už bylo konstatováno výše,

náklady na chod zařízení rok od roku rostou. Ovšem oblast výnosů přestává kopírovat rostoucí trend nákladů a začíná stagnovat. Pro zastřešení této problematiky je nejdůležitějším dokumentem správně sestavený rozpočet celého zařízení s důmyslným rozpadem na jednotlivá vnitropodniková pracoviště.

Kvalitně sestavit rozpočet znamená vytvoření podmínek pro **ekonomicky racionální průběh** jednotlivých vykonávaných činností vedoucí ke spokojenému pacientovi.

Jednou z nejtěžších úkolů fungování rozpočtu je sladění zájmů a záměrů jednotlivých vnitropodnikových útvarů (nákladových středisek) a celkové strategie zařízení v kontextu výnosové problematiky, které ne vždy plně chápou finanční hodnotové řízení. Jednou z možností jak naplňovat tuto strategii je vlastní ocenění produkce pomocí stanovení základních standardů, od kterých se následně může vyhodnocovat a analyzovat případné odchylky.

5.6 Struktura majetku instituce a jeho krytí

Majetkem označujeme souhrn všech movitých i nemovitých věcí, peněz, pohledávek a jiných majetkových hodnot, které jsou nutné a slouží k vykonávání předmětu činnosti (podnikání). Majetek každé instituce (podniku, firmy) se skládá ze dvou základních skupin, a to dlouhodobý majetek a oběžný majetek. Dlouhodobý majetek (fixní, neoběžný) je takový majetek, který slouží obvykle dobu delší než jeden rok. Mezi tento majetek můžeme zařadit software, licence, autorská práva, stavby, stroje apod. Oběžný majetek (s životností kratší než jeden rok) se v instituci nachází v různých formách – zásoby, výrobky, pohledávky, peníze. Na rozdíl od dlouhodobého majetku jeho obrat je velmi rychlý. Struktura uvedeného majetku v instituci je dána zejména odvětvím a typem organizace, a také finanční politikou instituce. Optimální výše je taková, která zajistí normální (běžný) provoz s co nejnižšími náklady.

Druhý pohled na majetek instituce je z pohledu struktury zdrojů, z nichž vznikl, tzn., kdo vložil kapitál. Zde hovoříme o kapitálu vlastním a cizím. Příspěvková organizace má ještě navíc to specifikum, že zúčtované odpisy do nákladů jsou současně zdrojem fondu reprodukce, jež je zdrojem pro financování investičních potřeb a oprav.

Majetková ani kapitálová struktura organizace není stálá, v průběhu času se mění a vyvíjí v souvislosti s činností instituce.

5.7 Finanční analýza instituce

Hodnocení, neboli analýza rozlišuje na instituci jednotlivé části nebo prvky, odděluje podstatné skutečnosti od nepodstatných a napomáhá k poznání analyzované instituce. Finanční analýza identifikuje problémy, podává informace o stavu a vývoji konkrétních veličin. Základním zdrojem pro zhodnocení ekonomického a finančního zdraví instituce jsou údaje z účetních závěrek.

Nejběžnějšími reprezentanty finančních analýz jsou poměrové ukazatele, kterých je možné zkonstruovat značné množství. V případě posuzování institucí typu zdravotnického zařízení zřízeného státem má ekonomický smysl pouze určitá část těchto ukazatelů. Záznam reality, účetní reality, je ovlivněn v tomto segmentu značnou mírou redukce, některé ukazatele nelze sestavit vůbec, a proto některé výsledky analýzy by mohly být zkreslené. Typickými ukazateli, které nelze v tomto případě použít jsou ukazatele související s kapitálovým trhem a dividendami, zavádějící mohou být výsledků ukazatelů rentability. Naopak použitelné s určitou mírou vypovídací schopnosti jsou ukazatele aktivity, zadluženosti a likvidity.

6 Základní údaje vybraných zařízení

Hlavním cílem diplomové práce je zhodnocení finančního hospodaření (zdraví) tří rozdílných zdravotnických zařízení z pohledu poskytované péče, formy vlastnictví a pokusit se definovat rozhodující skutečnosti ovlivňující jejich hospodaření:

1. Fakultní nemocnice Olomouc,
2. Pardubická krajská nemocnice, a.s.,
3. Institut klinické a experimentální medicíny.

Hlavním finančním zdrojem všech tří zařízení jsou platby za léčebné a diagnostické výkony poskytované ze systému veřejného zdravotního pojištění.

6.1 Fakultní nemocnice v Olomouci

Fakultní nemocnice v Olomouci (dále jen FNOL) má více než stoletou historii, byla založena Františkem Josefem I. v roce 1896 jako Zemská nemocnice, která po roce 1945 s obnovením Univerzity Palackého v Olomouci byla přejmenována na Fakultní nemocnice v Olomouci.

FNOL je jedním z největších lůžkových zařízení v České republice, které poskytuje zdravotní péči v celém spektru lékařských oborů, od základní až po vysoce specializovanou. Pacientům nabízí jak lůžkovou tak ambulantní péči v souladu se současnými dostupnými poznatky vědy, dále provozuje nemocniční lékárnu. Ke konci roku 2012 disponovala celkem s 1 153 lůžky.

FNOL významně působí i v oblasti vědy a výzkumu a podílí se na vzdělávání budoucích zdravotníků ve spolupráci s Univerzitou Palackého. Je součástí národní sítě komplexních onkologických, hematoonkologických, traumatologických, kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních center.

Je součástí sítě fakulturních nemocnic přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví ČR. Z regionálního pohledu se jedná o největší zařízení v Olomouckém kraji, které je také jedno z největších zaměstnavatelů v kraji.

Bilanční suma FNOL přesahuje 4 mld. Kč, každoroční rozpočet nákladů, se kterými nemocnice pracuje, přesahuje v posledních pěti letech částku 4,5 mld. Kč. Zaměstnává přes 3 000 zaměstnanců na 52 odborných pracovištích. V čele instituce stojí ředitel, jmenovaný do funkce ministrem zdravotnictví ČR.

V rámci zabezpečování trvalého zvyšování kvality a bezpečí je instituce akreditována Spojenou akreditační komisí České republiky (SAK), poslední reakreditace proběhla v roce 2012, obhájením národního certifikátu. V systému řízení kvality je držitelem certifikátu ISO 9001:2009.

6.2 Pardubická krajská nemocnice, a.s.

První zmínka o zdravotnictví v Pardubicích je z roku 1531. Nemocnice byla založena městem až v roce 1857 a měla pouhých 12 lůžek. V roce 1898 ji převzal a zmodernizoval okres. Dále se Krajská nemocnice Pardubice rozvíjela v závislosti na rozvoji města a okresu. Krajská nemocnice Pardubice byla do roku 2007 příspěvkovou organizací. V říjnu 2007 byla Krajská nemocnice Pardubice transformována na akciovou společnost s novým názvem Pardubická krajská nemocnice, a.s. (dále jen PKN), jejímž 100 % vlastníkem je Pardubický kraj. Veškeré zdravotnické činnosti a vědeckovýzkumné projekty přešly plynule z jedné organizace (Krajská nemocnice Pardubice) do druhé (Pardubická krajská nemocnice, a.s.). PKN je jako společnost řádně zapsaná v obchodním rejstříku.

Nejvýznamnějším předmětem činnosti je provozování nestátního zdravotnického zařízení. Nemocnice poskytuje komplexní lůžkovou a ambulantní péči ve všech lékařských oborech, včetně následné lůžkové péče a je provozovatelem také ústavní lékárny. Disponuje celkem 939 lůžky. Je výukovou základnou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Lékařské fakulty UK Hradec Králové.

Bilanční suma nemocnice se za poslední čtyři roky pohybuje průměrně na 465 mil. Kč, hospodaří s ročním rozpočtem nákladů ve výši 1,5 mld. Kč. V přepočteném stavu na konci roku 2012 zaměstnávala 1 604 zaměstnanců. Statutárním orgánem je představenstvo, v čele stojí předseda představenstva. Organizačně je instituce rozdělena na kliniky a oddělení podle jednotlivých odborností.

Kvalita zdravotní péče je pro instituci velmi důležitá, v současné době je držitelem certifikátu ISO 900:2009. Nyní probíhají intenzivní přípravy na splnění požadavků a standardů pro akreditaci od Spojené akreditační komise České republiky (SAK).

6.3 Institut klinické a experimentální medicíny

Institut klinické a experimentální medicíny (dále jen IKEM) vznikl v roce 1971 integrací do té doby šesti výzkumných ústavů, čímž došlo k vytvoření největšího vědeckovýzkumného ústavu se třemi specializovanými centry – Kardiocentrum, Transplantcentrum a Centrum diabetologie. Dnes je nejvýznamnějším superspecializovaným centrem zaměřeným na kardiiovaskulární, transplantační a diabetologickou medicínu a současně i vědecko-výzkumnou základnou.

Organizačně bylo v roce 2011 vytvořeno čtvrté centrum – Centrum experimentální medicíny zaměřené na výzkum v oblastech, které jsou dle statutu IKEM jeho hlavní činností, tzn. výzkum v oblasti diabetologie, kardiiovaskulárních chorob a oblast transplantací životně důležitých orgánů.

V současné době se IKEM specializuje se problematikou kardiiovaskulárních chorob, transplantací orgánů, diabetologií a poruchami metabolismu. Pacientům poskytuje jak ambulantní, tak lůžkovou péči jako vysoce specializované pracoviště v uvedených lékařských odbornostech. Disponuje 304 lůžky, z toho 111 lůžek pro intenzivní péči, dále provozuje ústavní lékárnou, jejíž součástí je i prodejna zdravotnických potřeb.

IKEM je příspěvkovou organizací přímo řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Bilanční suma IKEM dosahuje za poslední období 4,5 mld. Kč, každoročně hospodaří s průměrným rozpočtem nákladů ve výši 3 mld. Kč, v přepočteném stavu zaměstnává na konci roku 2012 celkem 1 600 zaměstnanců. V čele instituce je ředitel, který je do funkce jmenovaný ministrem zdravotnictví ČR.

IKEM je držitelem certifikátu ISO 9001:2008, jeho hlavním cílem je neustálé zlepšování kvality a bezpečí.

7 Ekonomické výsledky vybraných nemocnic

V obecné rovině jsou ekonomické výsledky zdravotnických zařízení za jednotlivé roky dány zejména politickým vývojem v zemi, vývojem daňového zatížení - v této oblasti je zásadní vývoj sazeb daně z přidané hodnoty na oblast nákladů a stanovením způsobu a výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči na oblast výnosů.

Za poslední skoro dvacet let sazba daně z přidané hodnoty prošla značným vývojem, jak ukazuje následující přehled:

Tabulka č. 7: Vývoj sazeb DPH

Datum platnosti	Základní sazba DPH	Snížená sazba DPH
1. 1. 1995 – 30. 4. 2004	22 %	5 %
1. 5. 2004 – 31. 12. 2007	19 %	5 %
1. 1. 2008 – 31. 12. 2009	19 %	9 %
1. 1. 2010 – 31. 12. 2011	20 %	10 %
1. 1. 2012 – 31. 12. 2012	20 %	14 %
1. 1. 2013 – dosud	21 %	15 %

Pro segment zdravotnických zařízení a výši jejich nákladů je důležitá hlavně výše snížené sazby daně, protože do této kategorie spadá značná část nakupovaných materiálů a služeb, které jsou nutné pro hlavní činnost. Zdravotnická instituce si nemůže zvýšení daně promítnout do ceny svých služeb, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, protože podle § 51 zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty v platném znění jsou zdravotní služby od daně osvobozeny. S platností od 1. ledna 2013 byly navíc některé zdravotnické prostředky přesunuty do základní sazby DPH.

Zdravotnická instituce nemá z pohledu daně z přidané hodnoty nárok na odpočet daně při svých nákupech materiálů a služeb, které slouží k zajištění její hlavní činnosti, tzn. ke zdravotním službám. V ostatních případech v rámci svých ekonomických činností je daň na vstupu ošetřena prostřednictvím poměrného, příp. krátčího koeficientu.

Tyto skutečnosti ve vývoji sazeb DPH velmi ovlivňují hospodaření (náklady i výnosy) zdravotnické instituce.

Úhrady – fakturované výnosy za poskytnuté služby jsou limitovány rámcem každoročně vydávané úhradové vyhlášky, která ovšem do značné míry limituje poskytované služby tím, že si stanovuje tzv. referenční období, což je období před dvěma lety od aktuálního - hodnoceného (referenčním období pro rok 2014 je stanoveno období roku 2012). Zdravotní pojišťovna dále může omezovat úhrady poskytovatelům v případě, že jsou provedeny vícečetné výkony u unikátního pojištěnce, jež se nepředpokládají. Současně se všemi možnými regulacemi ale vyhláška umožňuje i změny v rozsahu a struktuře hrazených služeb ve srovnání s referenčním obdobím v případě, že se poskytovatel a zdravotní pojišťovna dohodne. V tuto chvíli vystupuje do popředí úspěšnost v nasmlouvání úhradových dodatků zdravotnické instituce s jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

Rozdíl mezi náklady a výnosy určuje výši hospodářského výsledku za období. Podle jeho výše můžeme každou konkrétní instituci hodnotit z hlediska úspěšnosti a ekonomické efektivity.

7.1 Fakultní nemocnice v Olomouci

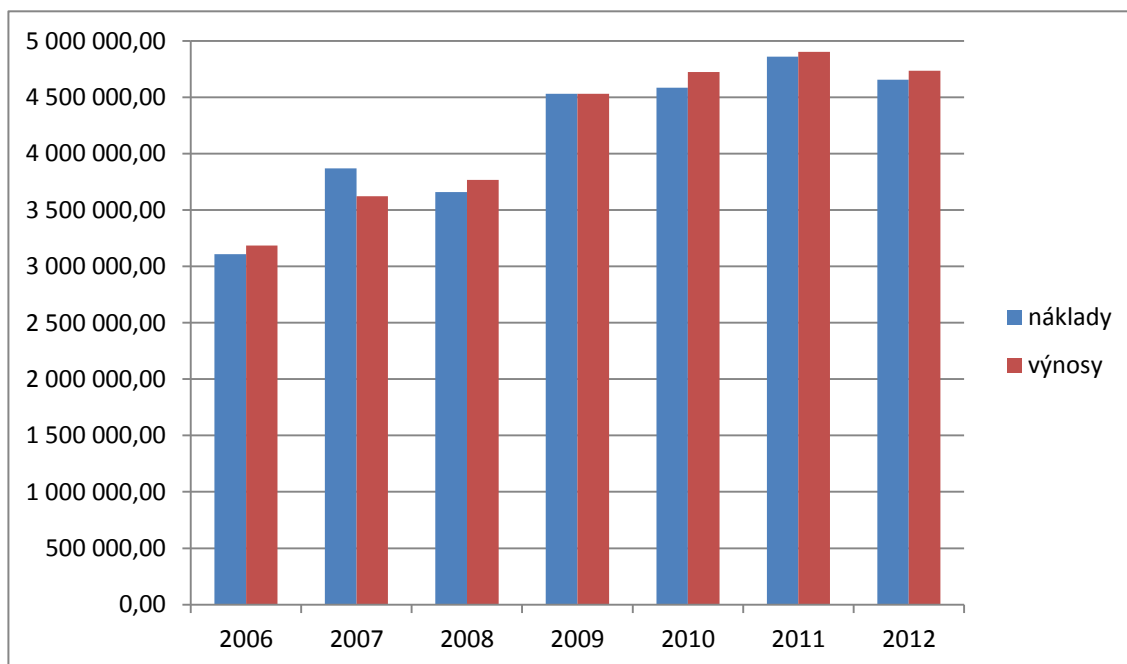
Hospodaření této instituce se řídí zákonem č. 218/2000 Sb., zákon o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla) v platném znění a zákonem č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích. Základním řídicím dokumentem každé příspěvkové organizace dle uvedeného zákona je rozpočet na příslušné období, který vychází ze zřizovací listiny, kde je určena hlavní, popř. vedlejší činnost. Účetním obdobím je kalendářní rok, instituce je plátcem DPH.

a) Náklady a výnosy

Celkové náklady a výnosy nemocnice jsou na každý rok plánovány (rozpočtovány). Rozpočet celkových nákladů a výnosů musí být sestavený jako vyrovnaný a musí zahrnovat pouze náklady a výnosy související s poskytovanými službami, které jsou předmětem hlavní činnosti. Tento dokument je předkládaný a schvalovaný zřizovatelem (Ministerstvo zdravotnictví ČR).

FNOL je velkou zdravotnickou institucí se širokým spektrem poskytovaných zdravotnických služeb, což znamená, že rozpočtovány a spotřebovávány jsou každoročně náklady a výnosy až ve výši až 4,5 mld. korun (viz graf č. 1).

Graf č. 1: FNOL - náklady a výnosy v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)



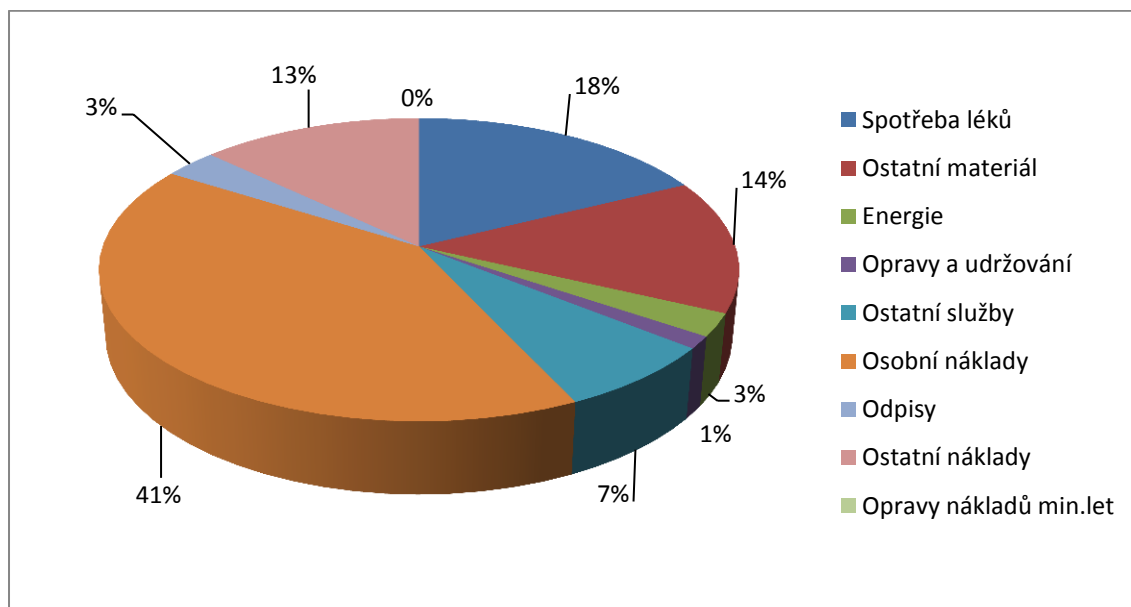
V detailním rozdělení nákladů nejvýznamnější položkou jsou osobní náklady, které představují až 40 % celkových nákladů v každém období (procentní zastoupení jednotlivých druhů nákladů v posledním sledovaném roce 2012 ukazuje graf č. 2). Na druhou pozici můžeme zařadit spotřebu materiálu – tzn. spotřebu léků, speciálního zdravotnického materiálu, krve a ostatního spotřebního materiálu nutného pro chod instituce, tento druh nákladu představuje až 31 % celkových nákladů. Přehled jednotlivých druhů spotřebovaných nákladů ukazuje tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 FNOL – přehled druhů nákladů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

Druh nákladu	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spotřeba léků	337 064,00	574 016,00	706 639,00	827 917,00	846 790,00	776 093,00	823 505,00
Ostatní materiál	627 127,00	628 509,00	695 776,00	821 202,00	888 031,00	786 755,00	663 702,00
Energie	91 582,00	90 367,00	101 888,00	105 085,00	115 300,00	109 562,00	113 936,00
Opravy a udržování	49 472,00	37 825,00	46 497,00	48 774,00	58 549,00	70 702,00	60 796,00
Ostatní služby	91 859,00	343 362,00	105 988,00	299 217,00	310 463,00	341 949,00	339 685,00
Osobní náklady	1 259 267,00	1 372 263,00	1 381 429,00	1 511 416,00	1 686 117,00	1 837 296,00	1 904 703,00
Odpisy	167 932,00	150 997,00	119 489,00	265 822,00	59 377,00	280 652,00	143 872,00
Ostatní náklady	484 981,00	662 378,00	500 271,00	649 562,00	619 394,00	657 674,00	604 617,00
Opravy nákl. min.let	0,00	10 402,00	18,00	9,00	0,00	0,00	0,00
Náklady celkem	3 109 284,00	3 870 119,00	3 657 995,00	4 529 004,00	4 584 021,00	4 860 683,00	4 654 836,00

Zdroj: Výroční zprávy instituce za období let 2006 - 2012¹¹

Graf č. 2 FNOL – procentní struktura nákladů v roce 2012



¹¹ Fakultní nemocnice Olomouc [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na z <http://www.fnol.cz/vyrocní-zpravy.asp>

Ve výnosové části jednoznačně převažují tržby za poskytnutou zdravotní péči, ať už péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, či přímo hrazenou pacienty. Přehled jednotlivých položek výnosů ukazuje tabulka č. 9

Tabulka č. 9 FNOL – přehled druhů výnosů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

Druh výnosů	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby za zdrav. péči	2 332 352,00	2 725 656,00	3 000 853,00	3 507 256,00	3 607 031,00	3 866 392,00	3 761 518,00
Tržby z prodeje ost. služeb	22 488,00	427,00	968,00	1 349,00	1 097,00	952,00	978,00
Tržby z prodeje zboží	444 335,00	320 587,00	347 561,00	358 619,00	366 544,00	369 674,00	371 701,00
Dotace	215 376,00	20 578,00	19 398,00	44 207,00	30 132,00	26 844,00	29 943,00
Ostatní výnosy	159 781,00	552 247,00	395 917,00	617 223,00	716 342,00	636 116,00	567 522,00
Použití fondů	10 667,00	3 180,00	2 427,00	2 818,00	3 201,00	2 543,00	2 756,00
Výnosy celkem	3 184 999,00	3 622 675,00	3 767 124,00	4 531 472,00	4 724 347,00	4 902 521,00	4 734 418,00

Zdroj: Výroční zprávy instituce za období let 2006 - 2012¹²

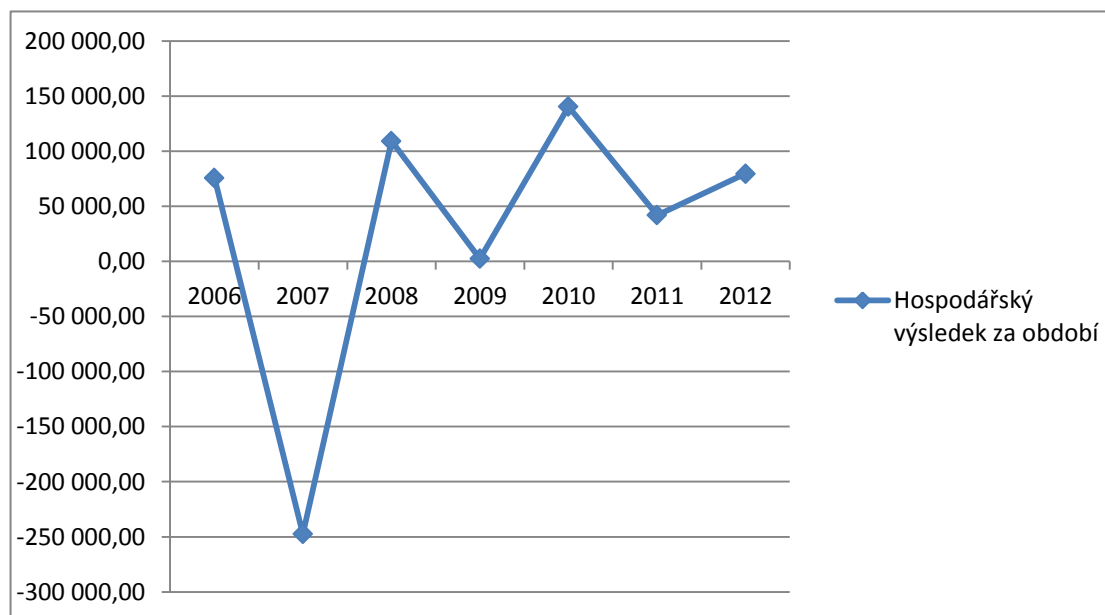
b) hospodářský výsledek

V celkovém kontextu hodnoceného období let 2006 – 2012 dosahuje FNOL (s výjimkou roku 2007) za jednotlivá účetní období kladného – zlepšeného výsledku hospodaření. Jeho vývoj v letech ukazuje graf č. 3.

¹² Fakultní nemocnice Olomouc [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.fnol.cz/vyrocní-zpravy.asp>

Graf č. 3: FNOL - vývoj hospodářského výsledku v letech 2006 – 2012

(v tis. Kč)



Významnou roli při pohledu na celkovou výši hospodářského výsledku hraje výše neuhrazené ztráty z minulých let. Na počátku hodnoceného období tj. v roce 2006 dosahovala neuhrazená ztráta z minulých let až na výši 245 404 tis. Kč (viz tabulka č. 10). Další rok došlo ovšem k vykázání značné ztráty za běžné účetní období, čímž se celkový výsledek hospodaření ještě více propadl a tím pádem každý zlepšený výsledek hospodaření za další období je použit na úhrady předchozích ztrát.

Tabulka č. 10 – FNOL vývoj celkového hospodářského výsledku v období 2006 2012 (v tis. Kč)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Výsledek hosp. běžného účet. období	75 715,00	-247 444,00	109 128,00	2 469,00	140 322,00	41 838,00	79 582,00
Neuhrazená ztráta minulých let	-245 404,00	-169 688,00	-417 132,00	-308 004,00	-305 535,00	-165 209,00	-123 371,00
Výsledek hospodaření	-169 689,00	-417 132,00	-308 004,00	-305 535,00	-165 213,00	-123 371,00	-43 789,00

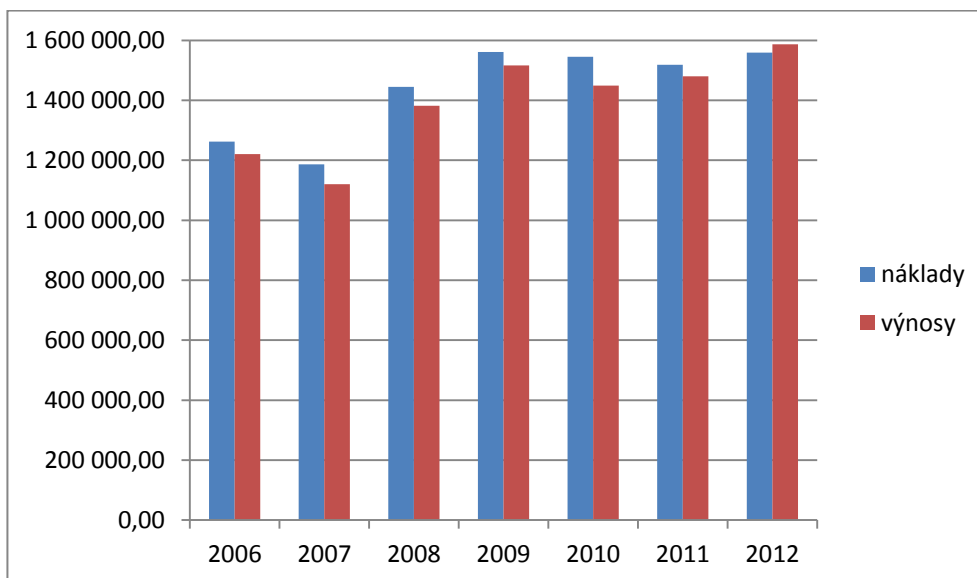
7.2 Pardubická krajská nemocnice, a.s.

PKN je akciovou společností, tzn., že je soukromoprávním subjektem, pro který nejsou v oblasti sestavování plánů a rozpočtů tak jednoznačná zákonná opatření a pravidla v souvislosti s provozováním hlavní činnosti. Ale na druhé straně jediným akcionářem je Pardubický kraj, který se jako samosprávný celek musí řídit zákonnými ustanoveními – zákonem č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů v platném znění, a samozřejmě také veřejnoprávními principy. V tomto případě je primárním zájmem zejména uspokojování potřeb svých občanů v oblasti zdravotnictví. Účetním obdobím je kalendářní rok a instituce je plátcem DPH.

a) Náklady a výnosy

Náklady PKN od sledovaného období roku 2006, kdy byla instituce ještě příspěvkovou organizací, dosahovaly do výše 1,2 mld. Kč, v transformačním roce 2007 došlo ke značnému poklesu celkových nákladů na úroveň 1,1 mld. Kč (viz graf č. 4). Důvodem byl s největší pravděpodobností přechod formy podnikání z příspěvkové organizace na akciovou společnost. Do značné míry mohla být omezena poskytovaná zdravotní péče, dalšími důvody byly zřejmě ekonomické a provozní problémy související s přechodem.

Graf č. 4 PKN – náklady a výnosy v letech 2006 -2012 (v tis. Kč)



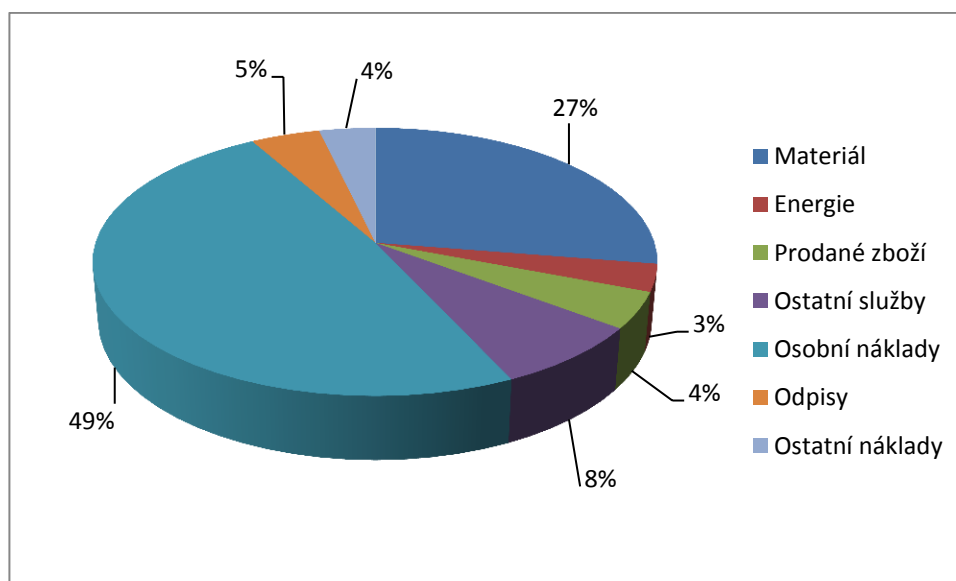
Rozčleníme-li celkové náklady podle jednotlivých druhů (viz. tabulka č. 11), vidíme, že opět nejvyšší hodnotu z celkových nákladů dosahují stále rostoucí osobní náklady, na druhém místě jsou náklady na spotřebovaný materiál a dále pokračují odpisy a ostatní náklady (procentuální rozložení nákladů ukazuje graf č. 5).

Tabulka č. 11 PKN – přehled druhů nákladů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

Druh nákladu	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Materiál	268 950,00	267 455,00	432 105,00	438 556,00	459 877,00	424 943,00	428 634,00
Energie	35 375,00	25 194,00	40 294,00	44 431,00	50 530,00	47 360,00	51 203,00
Prodané zboží	146 625,00	98 093,00	129 268,00	105 100,00	77 573,00	55 734,00	68 488,00
Ostatní služby	26 886,00	19 951,00	112 726,00	118 732,00	124 738,00	116 439,00	122 232,00
Osobní náklady	571 053,00	451 721,00	623 914,00	694 903,00	708 785,00	741 784,00	759 448,00
Odpisy	90 533,00	66 851,00	60 268,00	62 695,00	67 355,00	71 328,00	70 945,00
Ostatní náklady	122 503,00	257 095,00	46 645,00	96 803,00	56 541,00	60 795,00	57 575,00
Náklady celkem	1 261 925,00	1 186 360,00	1 445 220,00	1 561 220,00	1 545 399,00	1 518 383,00	1 558 525,00

Zdroj: Výroční zprávy instituce za období let 2006 - 2012¹³

Graf č. 5 PKN – procentní struktura nákladů v roce 2012



¹³ Pardubická krajská nemocnice [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/o-nemocnici/vyrocní-zpravy/17/>

Výnosy jsou z největší míry tvořeny tržbami z prodeje služeb, což v tomto případě znamená služby v oblasti zdravotnických výkonů. Další dva druhy výnosů jsou ve srovnání s nimi zanedbatelnější položkou (viz. tabulka č. 12).

Tabulka č. 12 PKN – přehled druhů výnosů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

Druh výnosů	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby z prodeje služeb	861 488,00	813 998,00	1 125 375,00	1 222 871,00	1 248 195,00	1 233 750,00	1 311 742,00
Tržby z prodeje zboží	172 429,00	111 698,00	146 273,00	123 732,00	92 396,00	65 966,00	83 503,00
Ostatní výnosy	186 437,00	194 791,00	109 941,00	169 448,00	108 157,00	180 178,00	191 866,00
Výnosy celkem	1 220 354,00	1 120 487,00	1 381 589,00	1 516 051,00	1 448 748,00	1 479 894,00	1 587 111,00

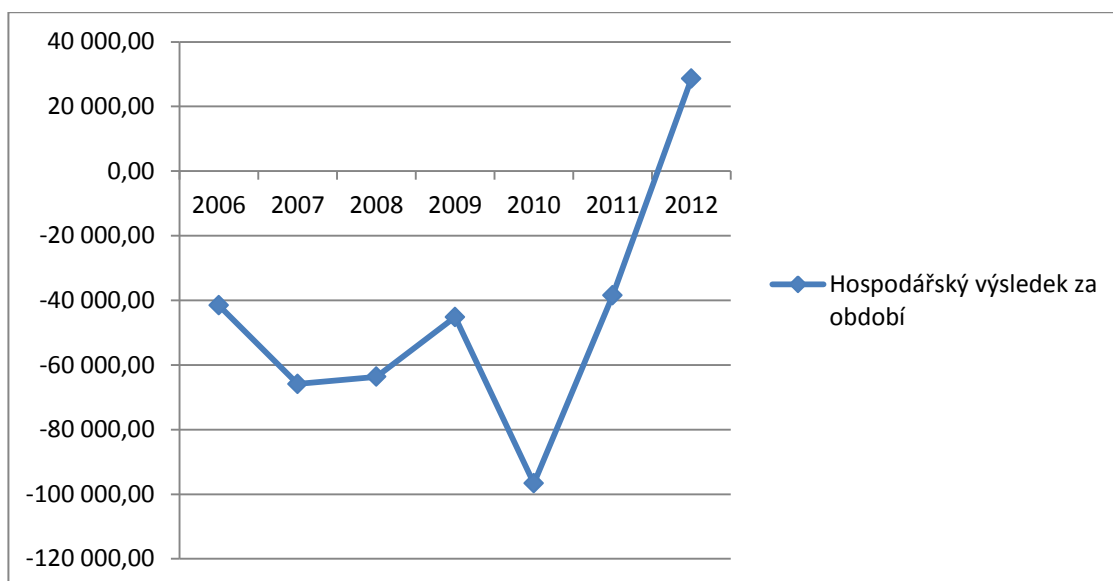
Zdroj: Výroční zprávy instituce za období let 2006 - 2012¹⁴

b) hospodářský výsledek

Až do roku 2011 vykazovala PKN značnou míru ztráty za jednotlivá účetní období. Ke zvratu dochází v roce 2012, kdy byl vykázán zisk jako výsledek hospodaření za účetní období. Vývoj hospodářského výsledku v letech ukazuje graf č. 6. Vzhledem k tomu, že rok 2006 byl posledním obdobím, kdy byla právní forma instituce příspěvková organizace, není v dalším rozboru tato skutečnost zohledňována, vycházím až z ukončeného transformačního roku 2007.

¹⁴ Pardubická krajská nemocnice [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/o-nemocnici/vyrocní-zpravy/17/>

Graf č. 6 PKN – vývoj hospodářského výsledku v letech 2006 - 2012



Z pohledu celkového hospodářského výsledku instituce je nelehká situace v kumulaci záporných hospodářských výsledků za období let 2007 – 2011. Výše celkového hospodářského výsledku se dostala až na výši 183 mil. Kč (viz tabulka č. 13), kterou může být problémové uhradit. I když v roce 2010 došlo k úhradě ztráty prostřednictvím snížení základního kapitálu.

Tabulka č. 13 PKN vývoj celkového hospodářského výsledku v období 2006 – 2012 (v tis. Kč)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Výsledek hospodaření běžného účetního období	-	-	-63 631,00	-45 169,00	-96 651,00	-38 490,00	28 586,00
Neuhrazená ztráta minulých let	-	-33 085,00	-33 085,00	-96 716,00	-47 892,00	-144 543,00	-183 033,00
Výsledek hospodaření	-	-33 085,00	-96 716,00	-141 885,00	-144 543,00	-183 033,00	-154 447,00

7.3 Institut klinické a experimentální medicíny

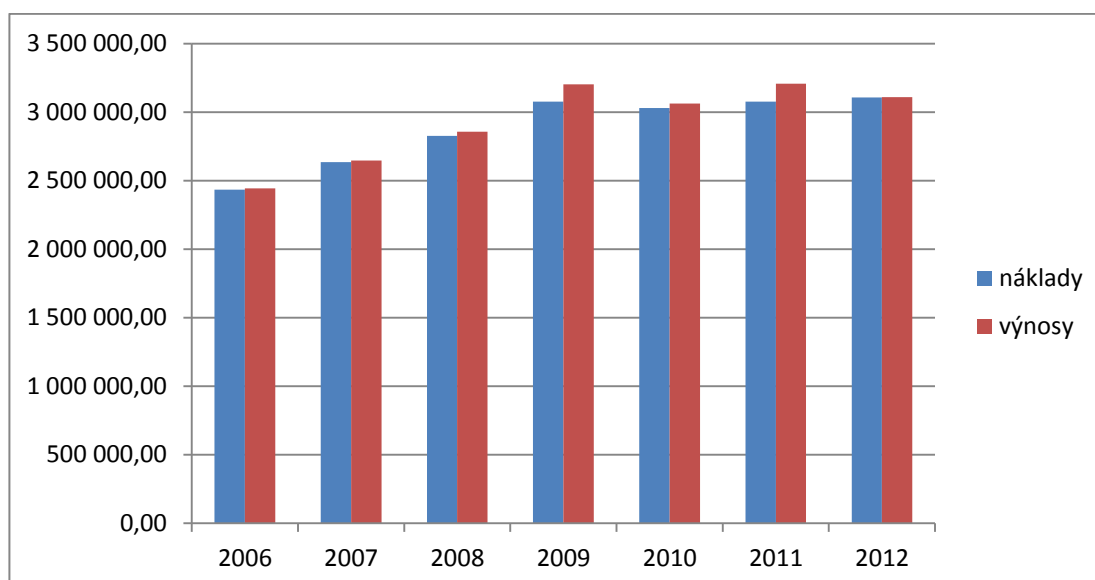
I toto zařízení se při svém hospodaření řídí platným zákonem č. 218/2000 Sb., rozpočtová pravidla a zákonem č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, kdy sestavuje a dodržuje rozpočet nákladů a výnosů

na příslušné období a s péčí řádného hospodáře spravuje svěřený majetek. Délka rozpočtového období je jeden rok. Účetním obdobím je kalendářní rok a instituce je plátcem DPH.

a) Náklady a výnosy

Roční rozpočet nákladů a výnosů v jednotlivých letech v průměru dosahuje až na úroveň 3 mld. Kč, jak ukazuje graf č. 7. I když IKEM nepatří ke zdravotnickým zařízením se širokým spektrem poskytovaných zdravotnických služeb přesto, jsou spotřebovávány takto vysoké náklady, protože poskytované zdravotnické služby jsou na úrovni vysoce specializovaného pracoviště se statutem centra, resp. centrové péče.

Graf č. 7 IKEM – náklady a výnosy v letech 2006 -2012 (v tis. Kč)



Tak jako u dvou předchozích zdravotnických institucí nejvyšší podíl nákladů představují osobní náklady, které navíc rok od roku rostou, následované spotřebou materiálu, odpisy a ostatními náklady (jednotlivé druhy nákladů ukazuje tabulka č. 14). Náklady na prodej zboží v tomto případě nejsou relevantní posuzovat vzhledem k tomu, že se jedná v převážné míře o prodej v ústavní lékárně, který je na výnosové straně reprezentován položkou prodej zboží.

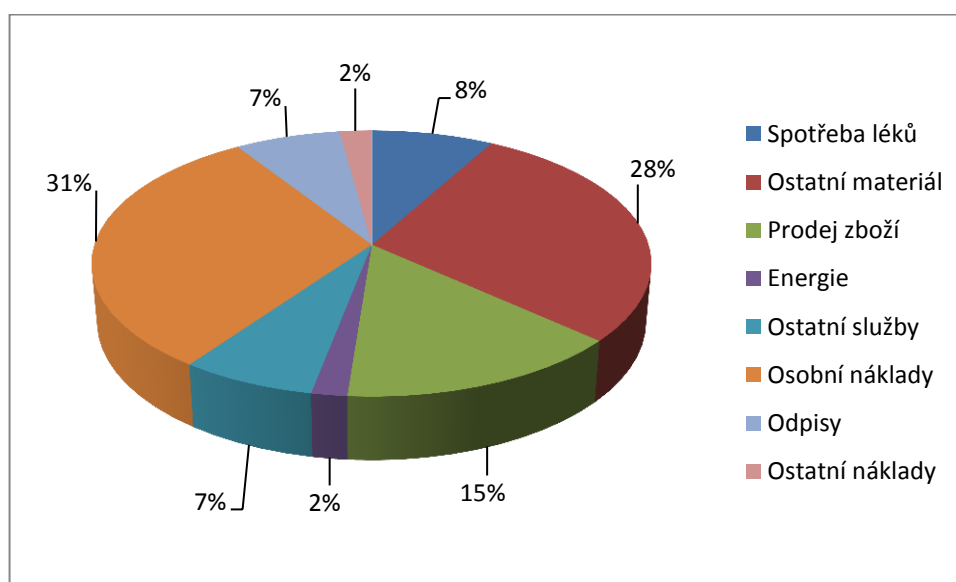
Procentní rozložení struktury nákladů za poslední sledované období roku 2012 ukazuje graf č. 8.

Tabulka č. 14 IKEM – přehled druhů nákladů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

Položka nákladů	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Spotřeba léků	137 030,00	155 551,00	176 377,00	200 489,00	222 333,00	238 653,00	250 888,00
Ostatní materiál	781 750,00	925 302,00	997 865,00	1 075 866,00	996 463,00	928 301,00	887 737,00
Prodej zboží	340 469,00	409 926,00	410 557,00	451 440,00	434 670,00	452 139,00	452 851,00
Energie	49 498,00	47 724,00	61 181,00	60 414,00	55 984,00	56 356,00	56 170,00
Ostatní služby	162 436,00	118 927,00	124 095,00	172 453,00	177 701,00	198 012,00	213 117,00
Osobní náklady	632 685,00	711 060,00	759 979,00	840 595,00	904 172,00	928 079,00	963 127,00
Odpisy	207 058,00	211 621,00	211 827,00	214 073,00	189 798,00	221 077,00	217 535,00
Ostatní náklady	122 803,00	55 063,00	85 565,00	59 816,00	36 924,00	52 714,00	65 984,00
Náklady celkem	2 433 729,00	2 635 174,00	2 827 446,00	3 075 146,00	3 018 045,00	3 075 331,00	3 107 409,00

Zdroj: Výroční zprávy instituce za období let 2006 - 2012¹⁵

Graf č. 8 IKEM – procentní struktura nákladů v roce 2012



¹⁵ Institut klinické a experimentální medicíny [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>

Výnosová stránka instituce je tvořena z největší části výnosy za poskytnuté služby – zdravotnické výkony. Položka prodané zboží je výnosové vyjádření činností a prodejů a léků v ústavní lékárně (protipól nákladů – prodané zboží).

Tabulka č. 15 IKEM – přehled druhů výnosů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

Položka výnosů	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Tržby za zdravotní péči	1 780 092,00	1 919 251,00	2 162 841,00	2 402 302,00	2 344 712,00	2 401 014,00	2 213 963,00
Tržby z prodeje ost. služeb	32 432,00	33 478,00	0,00	17 654,00	17 262,00	17 662,00	20 734,00
Prodané zboží	408 807,00	486 815,00	472 319,00	505 288,00	480 779,00	515 999,00	534 609,00
Dotace	131 297,00	156 584,00	126 867,00	159 116,00	130 515,00	169 432,00	204 365,00
Ostatní výnosy	91 310,00	51 238,00	94 576,00	118 161,00	89 039,00	102 033,00	134 588,00
Výnosy celkem	2 443 938,00	2 647 366,00	2 856 603,00	3 202 521,00	3 062 307,00	3 206 140,00	3 108 259,00

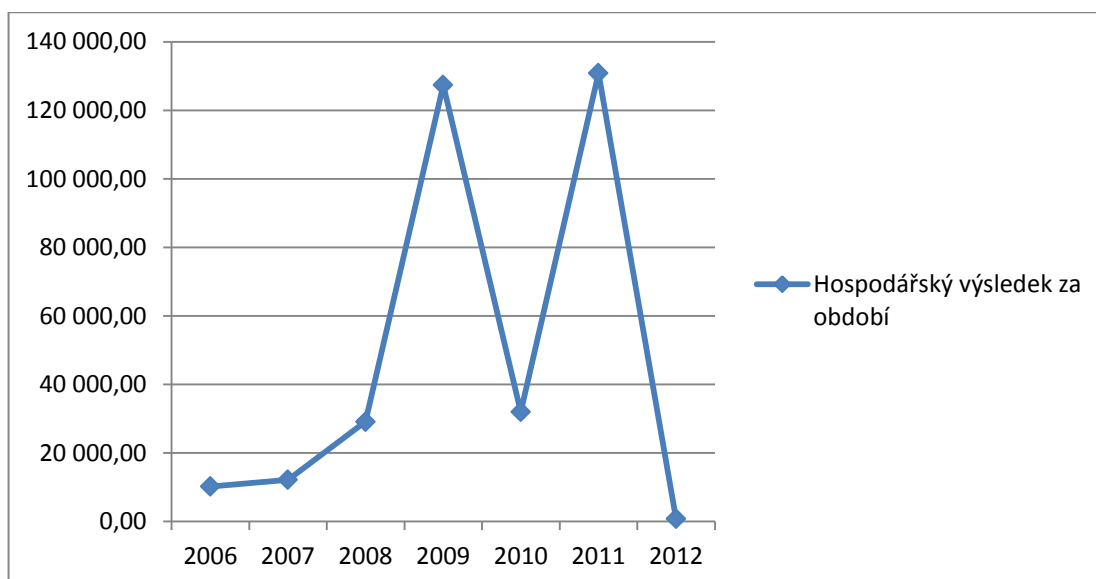
Zdroj: Výroční zprávy instituce za období let 2006 - 2012¹⁶

b) hospodářský výsledek

IKEM je institucí, která se nemusí vyrovnávat s neuhrazenou ztrátou minulých let, hospodaření jednotlivých let bylo vždy na úrovni zlepšeného výsledku hospodaření, který byl následně rozdělen do jednotlivých fondů. Za zmínku stojí poslední rok sledovaného období (rok 2012), kdy bylo skutečně dodrženo pravidlo vyrovnaného hospodaření (náklady se rovnaly výnosům).

¹⁶ Institut klinické a experimentální medicíny [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>

Graf č. 9 IKEM – vývoj hospodářského výsledku v letech 2006 -2012 (v tis. Kč)

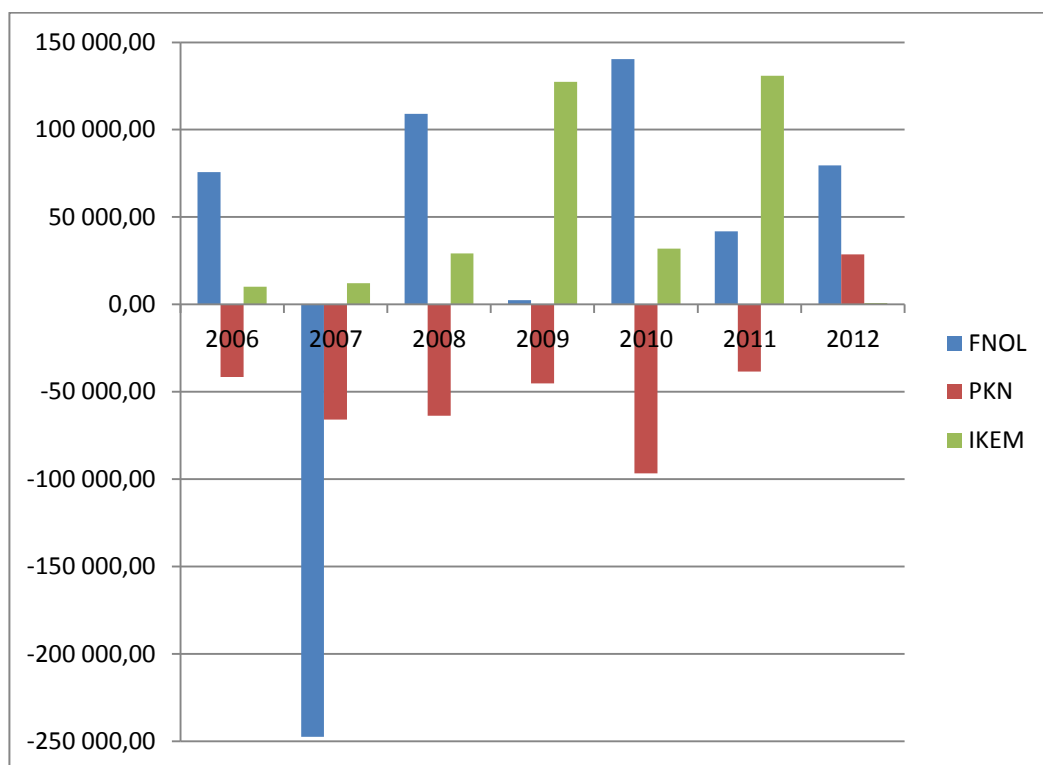


7.4 Shrnutí výsledků hospodaření a bilanční sumy institucí

Tři vybrané instituce (FNOL, PKN a IKEM) spojuje velmi silně skutečnost, že největší objem jejich příjmů - výnosů je tvořen úhradami za poskytnutou zdravotní péči v systému veřejného zdravotního pojištění prováděnou formou „zálohových“ plateb v průběhu kalendářního roku. Plátcí, nejzásadnější odběratelé těchto institucí, jsou zdravotní pojišťovny. FNOL a IKEM jsou příspěvkovými organizacemi, které musí dodržovat pravidlo vyrovnaného hospodaření.

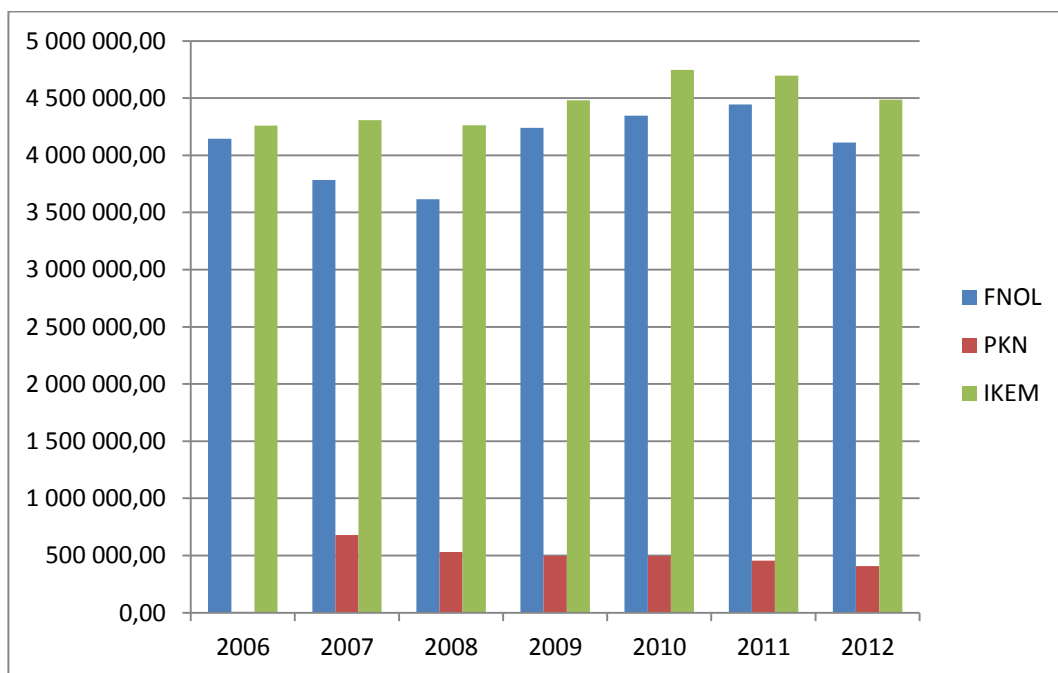
Porovnáme-li je tedy podle dosažené výše hospodářského výsledku (viz graf č. 10), tak pouze PKN za jednotlivá období vykazovala ztrátu ze své činnosti, zlomový je pro ni rok 2012, kdy došlo k vykázání kladného hospodářského výsledku (zisku). FNOL i IKEM za posledních pět let (2008 – 2012) vykazaly vždy kladný – zlepšený výsledek hospodaření.

**Graf č. 10 Srovnání institucí podle výsledku hospodaření v letech 2006 – 2012
(v tis. Kč)**



Druhým srovnávacím kritériem je výše bilanční sumy, jednotlivé dosahované částky v letech ukazuje graf č. 11. Dle tohoto kritéria jsou na stejné úrovni FNOL a IKEM. PKN vykazuje oproti dalším dvěma velmi nízkou bilanční sumu za jednotlivé roky. Důvodem této skutečnosti je velmi rozdílná celková částka hmotného a nehmotného majetku. Obě instituce, jejichž zřizovatelem je stát spravují majetek státu značné hodnoty. I když při prvním pohledu se jeví tato skutečnost jako pozitivní, zamyslíme-li se z pohledu doby obratu aktiv (uvedeno v práci níže), může tato skutečnost být negativním signálem, že majetek je špatně využíván a jeho efektivita může být velmi nízká.

Graf č. 11 Srovnání institucí podle bilanční sumy v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)



Srovnání dle hospodářského výsledku a bilanční sumy jsou ve své podstatě porovnání stavu k určitému rozhodnému dni. Důležitějšími oblastmi pro meziinstitucionální porovnání jsou náklady a výnosy. Existuje mnoho přístupů, podle kterých je možné pohlížet a řídit náklady instituce. Můžeme zkonstatovat, že v segmentu zdravotnictví budou vždy dosahovat nejvyšších hodnot náklady na zajištění a udržení poskytovaných zdravotních služeb, tzn. náklady na materiál, služby energií, odpisy a osobní náklady. Vznik, průběh, výši a jejich vzájemnou závislost můžeme prognózovat a rozpočtovat s poměrně vysokou mírou jistoty a přesnosti. Většina nákladů jsou náklady fixní. Údaje o nákladech slouží jako vstupní data pro ocenění produkce (zdravotnické výkony) instituce. Všechny instituce mají oceněnu produkci svých stěžejních výkonů.

Na tomto místě je potřeba zmínit skutečnost, že Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR zavedla systém na sledování produkce nemocnic KEP (klinicko-ekonomické profily nemocnic) pomocí kterého provádí a zveřejňuje analýzu řady kritérií. Analýza je založená na jednotlivých hospitalizačních případech dle klasifikačního systému DRG. Analýza sleduje nákladové položky jako délku operace na sále, délku pobytu pacienta na JIP či na standardním lůžku, náklady na materiál a léky, výkony laboratoří,

radiodiagnostické vyšetření.¹⁷ Ukázka konkrétního profilu dle KEP VZP je uvedena v příloze č. 5. Každá zdravotnická instituce má možnost provést si vlastní porovnání dosažených nákladů se svým okolím a v případě rozdílu se začít zabývat detailem k nalezení odpovědi na rozdíl.

Výnosy zdravotnických institucí jsou velmi obtížně kvantifikovatelné, úhradová vyhláška stanovující úhradový mechanismus vychází v rámci legislativních opatření až v závěru aktuálního období a je pouze na jeden rok. Vyúčtování zdravotní péče za aktuální období trvá velmi dlouho ze strany zdravotních pojišťoven. Instituce tento časový nesoulad řeší prostřednictvím účetních dohadných položek na konci kalendářního roku, které mohou být zavádějící v celkovém kontextu vykázaného hospodářského výsledku.

Dohadovací řízení o způsobech konečného vyúčtování poskytnuté zdravotní péče za uplynulé období je do značné míry také ovlivněno typem zdravotnického zařízení. Je možné konstatovat skutečnost, že s největší pravděpodobností silnější pozici ve vyjednávání budou mít velké zdravotnické instituce.

Z pohledu systému financování zdravotnictví v naší zemi jsou pro každou zdravotnickou instituci důležité zejména náklady a jejich pokrytí výnosy, ale zhodnocení výkonnosti instituce je lepší pomocí dalších ukazatelů. Důležitost těchto typů ukazatelů si klade za cíl zjistit, jak je využíván majetek, jaká je výše zadlužení a míra likvidity.

7.5 Diskuze a shrnutí výsledků ukazatelů finanční analýzy

Vzhledem k tomu, že předmětem finanční analýzy jsou zdravotnické instituce, z toho dvě příspěvkové organizace, vybrala jsem pouze některé základní ukazatele s ohledem na otázky, které pomocí ní budou zodpovězeny.

Ukazatele aktivity

Důležitý úhel pohledu na instituci jak využívá vložené prostředky a vyjádření vázanosti jednotlivých složek kapitálu v druzích aktiv, popř. pasiv.

¹⁷ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. Otázky a odpovědi ke KEP [citováno 6. 5. 2014]. Dostupný z <http://www.vzp.cz/>

Tabulka č. 16 – FNOL – ukazatele aktivity za období 2006 - 2012

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
obrat aktiv	0,68	0,81	0,93	0,91	0,91	0,95	1,01
obrat zásob	50,41	51,22	61,14	61,26	58,72	60,39	66,97
doba obratu aktiv	532,96	447,13	388,79	394,74	393,69	377,59	358,03
doba obratu zásob	7,14	7,03	5,89	5,88	6,13	5,96	5,38
doba inkasa pohledávek	56,71	41,44	29,21	46,25	44,41	42,35	38,69
doba úhrady krátkodobých závazků	92,04	94,22	66,41	80,45	64,35	59,10	52,83

Tabulka č. 17 – PKN – ukazatele aktivity za období 2006 - 2012

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
obrat aktiv	133,63	1,36	2,40	2,70	2,70	2,84	3,42
obrat zásob	0,00	49,28	58,03	60,62	66,45	87,96	102,69
doba obratu aktiv	2,69	263,77	150,30	133,33	133,45	126,55	105,25
doba obratu zásob	0,00	7,31	6,20	5,94	5,42	4,09	3,51
doba inkasa pohledávek	0,00	128,78	49,52	44,38	48,11	57,39	61,57
doba úhrady krátkodobých závazků	0,00	195,26	90,07	87,58	107,64	84,08	62,28

Tabulka č. 18 – IKEM – ukazatele aktivity za období 2006 - 2012

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
obrat aktiv	0,52	0,57	0,62	0,65	0,60	0,62	0,62
obrat zásob	80,26	78,87	79,04	107,26	66,61	85,50	46,44
doba obratu aktiv	690,30	635,55	582,23	551,34	601,08	576,00	583,36
doba obratu zásob	4,49	4,56	4,55	3,36	5,40	4,21	7,75
doba inkasa pohledávek	95,42	82,90	74,86	62,35	61,21	42,85	61,98
doba úhrady krátkodobých závazků	84,34	71,49	59,43	61,29	85,13	67,71	66,66

Obrat aktiv – efektivnost využívání celkových aktiv, v jednotlivých institucích zřízených státem je ve většině let pod hodnotou jedna, co může znamenat, že aktiva se během roku neobráti a tedy nejsou využívána efektivně. Za upozornění stojí, že FNOL v roce 2012 na hodnotu jedna dosáhla, tedy s největší pravděpodobností mohlo dojít k zefektivnění některých procesů při využívání aktiv. V tomto směru je potřeba u těchto dvou institucí ještě upozornit na skutečnost, že tento stav může být zapříčiněn hodnotou majetku, který je určen na vědu a výzkum a tím pádem negeneruje žádné tržby. Za to v PKN nejsou hodnoty aktiv v porovnání s předchozími dvěma institucemi nijak závratné, ale obrat aktiv naznačuje, že by mohly být využívána velmi efektivně.

Doba obratu zásob a obrat zásob – obecně by mělo platit, že obrat zásob by se měl zvyšovat a doba obratu zásob snižovat, resp. zrychlovat. Toto pravidlo v podstatě platí u všech tří institucí a vzhledem k tomu, že v rámci bilance jsou zásoby pouze nevýznamnou položkou, můžeme tento ukazatel vyhodnotit jako bezproblémový.

Doba inkasa pohledávek a úhrady krátkodobých závazků – tyto dva ukazatele jdou spolu ruku v ruce. Jestliže je doba obratu pohledávek vyšší než doba obratu závazků, mohou nastávat problémy s likviditou. Vzhledem k tomu, že u všech tří institucí představují pohledávky vůči zdravotním pojišťovnám rozhodující podíl, jsou tyto úhrady důležité z pohledu úhrady závazků. Jestliže by se doba obratu pohledávek zvyšovala, nastaly by problémy s obchodními partnery. Z vypočtených hodnot lze vyvodit závěr, že tyto instituce inkasují své pohledávky do 60 dnů a hradí své závazky v termínech odpovídajícím vlastnímu inkasu.

Ukazatele likvidity

Druhou důležitou oblastí je likvidita, která souvisí s dlouhodobou existencí institucí. Řízení likvidity velmi úzce souvisí se strategií instituce.

Tabulka č. 19 PKN – ukazatele likvidity 2006 - 2012

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
běžná likvidita	0,00	0,85	0,88	0,98	0,75	0,78	1,02
pohotová likvidita	0,00	0,81	0,81	0,91	0,70	0,73	0,97
peněžní likvidita	0,00	0,15	0,26	0,41	0,27	0,08	0,03

Tabulka č. 20 FNOL – ukazatele likvidity 2006 – 2012

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
běžná likvidita	0,85	0,72	0,80	0,97	0,91	1,08	1,05
pohotová likvidita	0,78	0,64	0,71	0,90	0,82	0,98	0,94
peněžní likvidita	0,16	0,20	0,27	0,32	0,13	0,26	0,21

Tabulka č. 21 IKEM – ukazatele likvidity 2006 – 2012

Ukazatel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
běžná likvidita	2,17	2,45	2,99	2,89	2,34	2,76	2,89
pohotová likvidita	2,12	2,39	2,91	2,84	2,27	2,70	2,77
peněžní likvidita	0,98	1,23	1,65	1,82	1,55	2,07	1,84

Ukazatele likvidity – jedná se o klasické ukazatele, které zobrazují likviditu měřenou různě likvidními krátkodobými aktivy. U všech tří ukazatelů PKN i FNOL dosahují hodnot značně nižších než IKEM. Je diskutabilní, která výše je z pohledu finančního řízení lepší, zda ta, která zabezpečuje okamžitou schopnost uhradit jakýkoliv závazek, nebo ta, kde jsou oběžná aktiva rozdělena účelněji. U všech tří ukazatelů je potřeba sledovat vývoj v čase a vyhodnocovat vlastní okamžité možnosti. Z pohledu ukazatelů likvidity nelze jednoznačně vyhodnotit, která instituce je lepší nebo horší.

Ukazatel zadluženosti

Zapojení cizích zdrojů do financování instituce obecně umožňuje snižovat náklady na kapitál.

Tabulka č. 22 Ukazatel věřitelského rizika v letech 2006 - 2012

Instituce	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
PKN	0,00	0,74	0,60	0,66	0,84	0,91	0,82
FNOL	0,18	0,22	0,17	0,20	0,16	0,16	0,15
IKEM	0,12	0,11	0,10	0,11	0,14	0,12	0,12

Tento ukazatel jednoznačně ukazuje že, nejzadluženější je PKN, což je způsobeno dalším zadlužením ve formě bankovního úvěru. FNOL i IKEM fungují bez jakýchkoli finančních výpomocí.

Informace z finanční analýzy zobrazují děje již proběhlé a zachycené v základních účetních výkazech. Finanční operace minulosti ovšem mohou být určitým odrazovým můstkem pro naplánování dalšího vývoje. Všechny tři instituce fungují s většími, či menšími problémy, které jsou běžné z pohledu fungování jakéhokoli podnikatelského subjektu.

Shrňme tedy na tomto místě všechny **základní determinanty**, které jsou podstatné pro správné hospodaření zdravotnické instituce:

- a) kvalitně sestavený rozpočet nákladů a výnosů instituce;
- b) ocenění vlastní produkce (výkonů);
- c) aplikace základních controllingových nástrojů – rozborů, analýzy odchylek;
- d) vyjednávací pozice při jednání o úhradách zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami

Všechny tři zdravotnické instituce (FNOL, PKN, IKEM) se snaží o hospodaření s vyrovnanými rozpočty nákladů a výnosů. Za období hodnocených let 2006 – 2012 je nejúspěšnější institucí IKEM, který dosáhl vždy zlepšeného výsledku hospodaření, má vytvořeny rezervy (v podobě fondů) do budoucnosti. Nejhůře se jeví PKN, která vykazuje od roku 2008 až do roku 2011 ztrátu (počáteční roky 2006 – 2007, kdy docházelo k přeměně společnosti, nejsou vhodná na hodnocení celkových výsledků). Poslední období roku 2012 došlo ke zlomu a vykázání zisku za účetní období, ale tento a každý další bude z větší části sloužit na úhradu ztrát předchozích let. FNOL je ve středu hodnocení. Za posledních pět let se hospodaření pohybuje v černých číslech, ale má stejnou nevýhodu jako PKN, musí hradit ztráty z minulosti.

Nejvýznamnější skutečnosti, které ovlivňují výše uvedené, jsou provedené platby od zdravotních pojišťoven, resp. nasmlouvané způsoby úhrady poskytnutých zdravotních výkonů a zásahy Ministerstva zdravotnictví v podobě sestavení úhradové vyhlášky. Tyto skutečnosti mají zásadní dopad na financování zdravotnické instituce. Každoročně se objevuje diskuze o výhodnosti systému úhrad pro jednotlivé druhy zdravotnických zařízení. Budou-li ve výhodě velké fakultní nemocnice, či specializovaná centra a znevýhodněné malé nemocnice apod. Konečné řešení ale stejně zůstává na individuálních vyjednáváních mezi zdravotnickou institucí a zdravotní pojišťovnou, ať už při uzavření smluvního vztahu nebo konečného vyjednávání o celkovém ročním vyúčtování. Tato skutečnost nahrává tomu, že i zdravotnická instituce, byť je každá úplně jiná, musí aplikovat základní metody řízení, tzn. znalost všech interních procesů, znalost svých nákladů a možností.

8 Závěr

Celé české zdravotnictví je na velmi vysoké úrovni, výdaje na zdravotnictví dosahují značných částek, ale vztah člověka ke zdravotnictví, potažmo ke státu v této oblasti není zcela jednoznačný. Na jedné straně většina cítí, že bez státu to nejde, ovšem k čemu je dobré mít stát, který stále mění podstatu systému a který není schopen nastavit základní pravidla, která by byla uchopitelná a použitelná v delším časovém horizontu.

Diplomovou práci jsem zaměřila na vyhodnocení skutečného hospodaření zdravotnických institucí za období 2006 - 2012 a na základě toho určení problémových okruhů fungování, financování a hospodaření zdravotnické instituce. Prvním cílem práce bylo definovat tyto základní problémové okruhy fungování. S pomocí ukazatelů finanční analýzy a rozboru nákladů a výnosů jsem určila čtyři okruhy tvořící neoddelitelnou součást ovlivňující vývoj hospodaření zdravotnické instituce – rozpočet nákladů a výnosů, ocenění stěžejních výkonů, aplikace controllingových nástrojů a nejzásadnější a nejproblémovější okruh vyjednávání se zdravotní pojišťovnou jako plátcem.

Druhým cílem mé práce bylo zhodnotit dopady změn ve způsobu financování na hospodaření zdravotnické instituce. Každá zdravotnická instituce má se zdravotní pojišťovnou uzavřen smluvní vztah na úhradu ve stanovené výši, na kterou má nárok dle příslušné úhradové vyhlášky. V posledních letech probíhá mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými institucemi vyjednávání o dodatcích na zvláštní úhradu různých výkonů nebo zdravotnických materiálů.

Domnívám se, že dosud nebyl nalezen model financování, který by byl spravedlivý absolutně ke všem zdravotnickým institucím. Vybrané tři instituce zcela jistě splňují všechny podmínky pro to, aby byly úspěšné v předmětu své hlavní činnosti, ale z analýzy vidíme, že ne vždy tomu tak je. Dopady neustálých změn ve způsobu financování zdravotnictví dobrému hospodaření instituce nepřispívají. Zdravotnické instituce se nemohou dopředu připravit na zamýšlené změny, nejsou schopny plánovat na delší časové období, aby jejich činnosti měly kontinuální průběh. Tímto jsou do jisté míry tlačeny do rychlých, v některých případech nepromyšlených, kroků, které mohou mít značný dopad na hospodaření jak daného období, tak i budoucnosti.

Příspěvkové organizace zřízené státem mají někdy oproti obchodní společnosti výhodu v poskytnutých přímých dotacích na vědu a výzkum, toto může být skutečnost,

kteřá vede k vylepšení financování, protože přestanou být v čase závislé jen na úhradě svých pohledávek.

Pozitivní je, že do popředí dnešních dnů vstupuje i pohled na zdravotnickou instituci jako na plně fungující firmu. Prioritou pro každou zdravotnickou instituci se stává skutečnost, že je nutné uhradit své náklady. Začíná se projevovat a uplatňovat i pohled jiný – ekonomický.

Zde si dovolím důležité konstatování, že při prosazování ekonomického pohledu na zdravotnické instituce neopomínám skutečnost, že **omezování všech druhů nákladů není vedeno silou za každou cenu je snížit**, nýbrž snahou o vytížení všech kapacit, efektivnější využívání všech zdrojů a posílení kontrolních mechanismů na základě uceleného systému hodnot, který přináší nový způsob myšlení v souladu s dnešním vývojem.

Všeobecně můžeme vysledovat analogii v chování zdravotnického zařízení s běžným podnikatelským prostředím, což většina odborné lékařské veřejnosti striktně odmítá. Zůstává pouze otázka – Kdo má být v čele zdravotnického zařízení? Má to být lékař nebo manažer – ekonom. „Zkušenosti ze zahraničí se přiklání ke druhé variantě za předpokladu, že manažer – ekonom zná a zohledňuje specifika zdravotnických zařízení“.¹⁸ Dle mého názoru s tímto tvrzením je nutné souhlasit.

¹⁸ SYNEK, Miloslav, KISLINGEROVÁ Eva a kol. *Podniková ekonomika*. 5. přepracované a doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2010. 498 s. ISBN 978-80-7400-336-3

9 Seznam použité literatury

Odborná literatura

1. ELIÁŠ, Karel a kol. *Občanské právo pro každého. Pohledem (nejen) tvůrců nového občanského zákoníku*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. 316 s. ISBN 978-80-7478-013-4
2. FIBÍROVÁ, Jana. *Nákladové a manažerské účetnictví*. Praha: ASPI, a.s. 2007. 432 s. ISBN 978-80-7357-299-0
3. GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Vyd. 2. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2
4. GLADIKIJ, Ivan a kolektiv. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
5. JANEČKOVÁ, Hana. HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9
6. KISLINGEROVÁ, Eva a kol. *Manažerské finance*. 3. vydání. Praha: C. H. Beck, 2010. 811 s. ISBN 978-80-7400-194-9
7. KISLINGEROVÁ, Eva. HNILICA, Jiří. *Finanční analýza - krok za krokem*. Praha: C. H. Beck, 2005. 137 s. ISBN 80-7179-321-3
8. MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8
9. MORÁVEK, Z., MOCKOVČIAKOVÁ, A., PROKŮPKOVÁ, D. *Meritum Příspěvkové organizace 2011*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011, 344 s. ISBN 978-80-7357-626-4
10. NĚMEC, Jiří, *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1
11. SEKERKA, Bohuslav. *Finanční analýza společnosti na bázi účetních výkazů*. 2. upravené vydání. Praha 1997: PROFESS CONSULTING, 1997. 172 s. ISBN 80-85235-40-4
12. SYNEK, Miloslav a kolektiv. *Manažerská ekonomika*. 4. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 464 s. ISBN 978-80-247-1992-4

13. SYNEK, Miloslav, KISLINGEROVÁ Eva a kol. *Podniková ekonomika*. 5. přepracované a doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2010. 498 s. ISBN 978-80-7400-336-3
14. ŠEDO, Jiří, *DRG V PRAXI 2013, Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG*. První vydání v elektronické verzi. Praha: Galén, 2013. 144 s. ISBN 978-80-7495-011-0

Přehled právních předpisů

1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
2. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
3. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
4. Zákon č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích)
5. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
6. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
7. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
8. Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla)
9. Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích
10. Zákon č. 250/2000 Sb., zákon o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů
11. Zákon č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty
12. Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení na rok 2014
13. Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven

Judikatura z oblasti financování zdravotní péče

1. Nález Ústavního soudu Pl. ÚS 19/13
2. Nález Ústavního soudu Pl. ÚS 36/11

Elektronické prameny

1. Pardubická krajská nemocnice [online]. [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.nemocnice-pardubice.cz>
2. Fakultní nemocnice Olomouc [online]. [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.fnol.cz>
3. Institut klinické a experimentální medicíny [online]. [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.ikem.cz>
4. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR [online]. Otázky a odpovědi ke KEP [citováno 6. 5. 2014]. Dostupné na <http://www.vzp.cz/>
5. Národní referenční centrum [online]. [citováno 5. 5. 2014]. Dostupné na www.nrc.cz
6. Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na www.mzcr.cz

10 Seznam tabulek a grafů

- Tabulka č. 1 Celkové výdaje na zdravotnictví v letech 2000 – 2012 (veřejné i soukromé)
- Tabulka č. 2 Výdaje na regulační poplatky (v mld. Kč)
- Tabulka č. 3 Vybrané ukazatele systému veřejného zdravotního pojištění v mil. Kč
- Tabulka č. 4 Počet nemocnic podle zřizovatele
- Tabulka č. 5 Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v letech 2008 -2012
- Tabulka č. 6 Náklady nemocnic v letech 2009 – 2012 (v mil. Kč)
- Tabulka č. 7 Vývoj sazeb DPH
- Tabulka č. 8 FNOL – přehled druhů nákladů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 9 FNOL – přehled výnosů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 10 FNOL – vývoj celkového hospodářského výsledku v období 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 11 PKN – přehled druhů nákladů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 12 PKN – přehled druhů výnosů v letech 2006 -2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 13 PKN – vývoj celkového hospodářského výsledku v období 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 14 IKEM – přehled druhů nákladů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 15 IKEM – přehled druhů výnosů v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Tabulka č. 16 FNOL – ukazatele aktivity za období 2006 – 2012
- Tabulka č. 17 PKN – ukazatele aktivity za období 2006 – 2012
- Tabulka č. 18 IKEM – ukazatele aktivity za období 2006 – 2012
- Tabulka č. 19 PKN – ukazatele likvidity 2006 – 2012
- Tabulka č. 20 FNOL – ukazatele likvidity 2006 – 2012
- Tabulka č. 21 IKEM – ukazatele likvidity 2006 - 2012
- Tabulka č. 22 Ukazatel věřitelského rizika 2006 – 2012

- Graf č. 1 FNOL – náklady a výnosy v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 2 FNOL – procentní struktura nákladů v roce 2012
- Graf č. 3 FNOL – vývoj hospodářského výsledku v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 4 PKN – náklady a výnosy v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 5 PKN – procentní struktura nákladů v roce 2012
- Graf č. 6 PKN – vývoj hospodářského výsledku v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 7 IKEM – náklady a výnosy v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 8 IKEM – procentní struktura nákladů v roce 2012
- Graf č. 9 IKEM – vývoj hospodářského výsledku v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 10 Srovnání institucí podle výsledku hospodaření v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)
- Graf č. 11 Srovnání institucí podle bilanční sumy v letech 2006 – 2012 (v tis. Kč)

11 Seznam příloh

Příloha č. 1	Vývoj růstu některých odvětví ekonomiky v porovnání s růstem příjmů systému veřejného zdravotního pojištění
Příloha č. 2	FNOL – Zkrácená rozvaha za období 2006 – 2012
Příloha č. 3	PKN – Zkrácená rozvaha za období 2006 – 2012
Příloha č. 4	IKEM – Zkrácená rozvaha za období 2006 – 2012
Příloha č. 5	Klinicko-ekonomické profily nemocnic dle VZP
Příloha č. 6	KEP vysvětlivky

Příloha č. 1 - Vývoj růstu některých odvětví ekonomiky v porovnání s růstem příjmů systému veřejného zdravotního pojištění

Odvětví	2007	2008	2009	2010	2011
Průmysl	0,0	-0,3	-16,2	-7,9	-1,3
Stavební produkce	0,0	0,0	-0,9	-7,9	-11,2
Služby	0,0	0,2	-9,7	-10,4	-11,7
Výdaje ZP na zdravotnictví	0,0	6,3	16,7	19,4	21,4

Zdroj: MZ ČR¹⁹

¹⁹ Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na http://www.mzcr.cz/dokumenty/vydaje-na-zdravotnictvi-rostou_7563_2778_1.html

Příloha č. 2 – FNOL – Zkrácená rozvaha za období 2006 - 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Stálá aktiva	3 533 294,00	3 213 912,00	3 126 049,00	3 402 882,00	3 698 043,00	3 694 211,00	3 477 090,00
Nehmotný majetek	100 317,00	104 241,00	108 508,00	119 445,00	150 614,00	155 640,00	166 199,00
Oprávky k nehmotnému majetku	-50 039,00	-66 134,00	-82 233,00	-97 949,00	-111 127,00	-130 118,00	-145 506,00
Hmotný majetek	5 344 372,00	5 440 525,00	5 551 257,00	6 016 031,00	6 509 065,00	6 776 497,00	7 037 429,00
Oprávky k hmotnému majetku	-1 861 356,00	-2 264 720,00	-2 451 483,00	-2 634 645,00	-2 850 509,00	-3 107 808,00	-3 581 032,00
Dlouhodobý finanční majetek	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dlouhodobé pohledávky	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B. Oběžná aktiva	610 749,00	570 158,00	491 196,00	837 520,00	648 549,00	749 837,00	634 444,00
Zásoby	55 528,00	59 487,00	54 778,00	63 131,00	67 686,00	70 159,00	61 732,00
Pohledávky	440 955,00	350 716,00	271 745,00	496 825,00	490 305,00	498 413,00	444 346,00
Krátkodobý finanční majetek	114 266,00	159 955,00	164 673,00	277 564,00	90 558,00	181 265,00	128 366,00
AKTIVA CELKEM	4 144 043,00	3 784 070,00	3 617 245,00	4 240 402,00	4 346 592,00	4 444 048,00	4 111 534,00
C. Vlastní zdroje	3 409 263,00	2 946 815,00	2 999 391,00	3 376 208,00	3 636 107,00	3 748 526,00	3 504 834,00
Majetkové fondy	3 448 543,00	3 190 488,00	3 130 916,00	3 425 107,00	3 710 300,00	3 693 053,00	3 428 083,00
Finanční fondy	130 409,00	173 460,00	176 479,00	256 636,00	91 020,00	178 844,00	120 539,00
Výsledek hospodaření	-169 689,00	-417 133,00	-308 004,00	-305 535,00	-165 213,00	-123 371,00	-43 788,00
D. Cizí zdroje	734 780,00	837 255,00	617 854,00	864 194,00	710 485,00	695 522,00	606 700,00
Rezervy	19 158,00	39 841,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dlouhodobé závazky	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Krátkodobé závazky	715 622,00	797 414,00	617 854,00	864 194,00	710 485,00	695 522,00	606 700,00
PASIVA CELKEM	4 144 043,00	3 784 070,00	3 617 245,00	4 240 402,00	4 346 592,00	4 444 048,00	4 111 534,00

Zdroj: výroční zprávy instituce za období 2006 - 2012²⁰

²⁰ Fakultní nemocnice Olomouc [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.fnol.cz/vyrocní-zpravy.asp>

Příloha č. 3 – PKN – Zkrácená rozvaha za období 2006 - 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Stálá aktiva	7 737,00	252 632,00	249 977,00	176 944,00	184 992,00	208 240,00	149 251,00
Nehmotný majetek	0,00	3 256,00	2 035,00	5 366,00	16 816,00	27 460,00	28 339,00
Oprávky k nehmotnému majetku	0,00	-33,00	-481,00	-1 550,00	-2 606,00	-12 250,00	-17 599,00
Hmotný majetek	7 737,00	263 102,00	319 102,00	303 393,00	361 035,00	449 689,00	459 217,00
Oprávky k hmotnému majetku	0,00	-13 693,00	-70 679,00	-130 265,00	-190 253,00	-256 659,00	-320 706,00
Dlouhodobý finanční majetek	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dlouhodobé pohledávky	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B. Oběžná aktiva	0,00	425 608,00	280 921,00	321 789,00	311 959,00	248 643,00	258 668,00
Zásoby	0,00	18 786,00	21 913,00	22 214,00	20 174,00	14 777,00	13 587,00
Pohledávky	0,00	331 144,00	174 907,00	166 024,00	179 142,00	207 182,00	238 620,00
Krátkodobý finanční majetek	0,00	75 678,00	84 101,00	133 551,00	112 643,00	26 684,00	6 461,00
AKTIVA CELKEM	7 737,00	678 240,00	530 898,00	498 733,00	496 951,00	456 883,00	407 919,00
C. Vlastní zdroje	7 737,00	176 153,00	212 729,00	171 133,00	77 423,00	41 573,00	72 178,00
Základní kapitál	7 000,00	207 000,00	303 200,00	303 200,00	209 208,00	209 208,00	209 208,00
Finanční fondy	737,00	2 238,00	6 245,00	9 818,00	12 758,00	15 398,00	17 417,00
Výsledek hospodaření	0,00	-33 085,00	-96 716,00	-141 885,00	-144 543,00	-183 033,00	-154 447,00
D. Cizí zdroje	0,00	502 087,00	318 169,00	327 600,00	419 528,00	415 310,00	335 741,00
Rezervy	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	120,00	3 017,00
Dlouhodobé závazky	0,00	0,00	0,00	0,00	1 271,00	96 755,00	80 269,00
Krátkodobé závazky	0,00	502 087,00	318 169,00	327 600,00	400 853,00	303 563,00	241 380,00
Bankovní úvěry a výpomoci	0,00	0,00	0,00	0,00	17 404,00	14 872,00	11 075,00
PASIVA CELKEM	7 737,00	678 240,00	530 898,00	498 733,00	496 951,00	456 883,00	407 919,00

Zdroj: výroční zprávy instituce za období 2006 -2012²¹

²¹ Pardubická krajská nemocnice [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/o-nemocnici/vyrocní-zpravy/17/>

Příloha č. 4 – IKEM – Zkrácená rozvaha za období 2006 - 2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A. Stálá aktiva	3 130 985,00	3 117 448,00	2 961 745,00	3 039 111,00	3 176 052,00	3 171 371,00	3 007 394,00
Nehmotný majetek	64 550,00	66 075,00	69 348,00	70 463,00	74 320,00	80 346,00	79 877,00
Oprávký k nehmotnému majetku	-49 701,00	-58 686,00	-65 824,00	-68 402,00	-70 320,00	-72 945,00	-75 850,00
Hmotný majetek	4 751 431,00	4 929 257,00	4 917 847,00	5 135 165,00	5 378 817,00	5 563 549,00	5 405 443,00
Oprávký k hmotnému majetku	-1 635 395,00	-1 819 298,00	-1 959 726,00	-2 098 215,00	-2 207 014,00	-2 399 825,00	-2 402 421,00
Dlouhodobý finanční majetek	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Dlouhodobé pohledávky	0,00	0,00	0,00	0,00	149,00	146,00	245,00
B. Oběžná aktiva	1 128 387,00	1 189 343,00	1 300 148,00	1 440 881,00	1 570 367,00	1 524 139,00	1 480 077,00
Zásoby	27 678,00	30 932,00	33 339,00	27 273,00	42 680,00	34 322,00	59 634,00
Pohledávky	588 780,00	561 781,00	547 999,00	506 662,00	483 382,00	349 312,00	476 744,00
Krátkodobý finanční majetek	511 929,00	596 630,00	718 810,00	906 946,00	1 044 305,00	1 140 505,00	943 699,00
AKTIVA CELKEM	4 259 372,00	4 306 791,00	4 261 893,00	4 479 992,00	4 746 419,00	4 695 510,00	4 487 471,00
C. Vlastní zdroje	3 738 951,00	3 822 333,00	3 826 867,00	3 981 967,00	4 069 958,00	4 137 708,00	3 966 960,00
Majetkové fondy	3 130 985,00	3 117 447,00	2 961 744,00	3 039 111,00	3 192 786,00	3 225 370,00	3 140 162,00
Finanční fondy	597 757,00	692 694,00	835 966,00	860 382,00	845 165,00	813 718,00	825 948,00
Výsledek hospodaření	10 209,00	12 192,00	29 157,00	82 474,00	32 007,00	98 620,00	850,00
D. Cizí zdroje	520 421,00	484 458,00	435 026,00	498 025,00	676 461,00	557 802,00	520 511,00
Rezervy	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dlouhodobé závazky	0,00	0,00	0,00	0,00	4 218,00	5 858,00	7 750,00
Krátkodobé závazky	520 421,00	484 458,00	435 026,00	498 025,00	672 243,00	551 944,00	512 761,00
PASIVA CELKEM	4 259 372,00	4 306 791,00	4 261 893,00	4 479 992,00	4 746 419,00	4 695 510,00	4 487 471,00

Zdroj: výroční zprávy instituce za období 2006 - 2012²²

²² Institut klinické a experimentální medicíny [online]. Výroční zprávy 2006 – 2012 [citováno 5. 4. 2014]. Dostupné na <http://www.ikem.cz/www?docid=1005591>

Příloha č. 5 – KEP – klinicko-ekonomický profil výkonu č. 0012 VZP

0012 - dlouhodobá mechanická ventilace > 240 hodin (11-21 dní) s ekonomicky náročným výkonem

parametr	A-PRU	B-PRU	S-PRU	CR-PRU
HOSP(ks)	677	388	53	1118
SAL(min)	254,99	165,1	359,62	228,75
JIP(dni)	27,74	26,51	23,81	27,13
ODD(dni)	7,32	7,43	5,16	7,25
VYK(body)	47 345,65	27 406,87	68 481,79	41 427,91
LAB(body)	62 316,70	37 040,03	54 015,79	53 150,96
RDG(body)	12 139,29	6 164,25	5 990,84	9 774,19
ZULP(Kč)	78 290,75	52 570,01	71 004,35	69 018,99
ZUM(Kč)	40 485,26	8 724,47	132 849,21	33 841,34
vek	61,67	69,72	66,79	64,71
cmi	23,62	23,71	23,37	23,64
% bez cc	2,51	0,77	5,66	2,05
% s cc	8,41	7,47	13,2	8,31
% s mcc	89,06	91,75	81,13	89,62
% prekladu	36,48	12,88	60,37	29,42
% umrti	35,3	58,76	28,3	43,11

Příloha č. 6 – KEP vysvětlivky

Přehled použitých zkratk

PRU	Průměrné hodnoty profilů pro jednotlivé skupiny nemocnic.	
A	nemocnice typu A	Fakultní a velké krajské nemocnice
B	nemocnice typu B	Okresní a ostatní nemocnice
S	nemocnice typu S	Vysoce specializované nemocnice
CR	nemocnice CR	Všechny nemocnice ve smluvním vztahu s VZP

Klinicko-ekonomické profily

HOSP	Počet hospitalizací, významově odpovídající počtu případů; počítáno dle metodiky klasifikačního systému DRG.
SAL	Průměrný počet minut pacientů na operačním sále, počítáno přes vykázané kódy anestézie, které se vykazují na operčních sálech. Kódy výkonů: 78111-78117, 78130, 78230-78232, 78235, 78242, 78985-78991, 78993-78998.
JIP	Průměrný počet oš. dní pacientů na intenzivním lůžku.
ODD	Průměrný počet oš. dní pacientů na standardním lůžku.
VYK (amb)	Průměrný počet bodů za ostatní provedené výkony při hospitalizaci pacienta (mimo bodů za laboratorní a radiodiagnostické výkony a bodů za výkony anestetické při operačních výkonech, viz výše).
LAB	Průměrný počet vykázaných bodů na pacienty za laboratorní vyšetření.
RDG	Průměrný počet vykázaných bodů na pacienty za radiodiagnostické a zobrazovací metody.
ZULP (lek)	Průměrná hodnota vykázaných léčiv účtovaných nemocnicí jako zvlášť účtované léčivé přípravky.
ZUM (mat)	Průměrná hodnota vykázaného materiálu účtovaného nemocnicí jako zvlášť účtovaný materiál .
vek	Průměrný věk hospitalizovaných pacientů.
cmi	Průměrný case mix index hospitalizovaných pacientů, dle vah pro rok 2010.
% bez cc	Procento případů bez komorbidit a komplikací.
% s cc	Procento případů s komorbiditou a/nebo komplikací.
% prekladu	Procento překladů do jiného lůžkového zdravotnického zařízení.
% umrti	Procento případů úmrtí pacientů