OBSAH

	ÚVOD	**5**
1	**TEORETICKÁ ČÁST- ÚVEDENÍ DO PROBLEMATIKY**	**7**
1.1	Zdravotnické systémy v ČR před a po roce 1989	8
1.1.1	Modely zdravotnických systémů	8
1.1.1.1	Bismarkův – pojišťovací model	8
1.1.1.2	Beveridgeův model	9
1.1.1.3	Semaškův model – státní model	9
1.1.1.4	Tržní model	10
1.1.2	Přístupy ke zdravotní péči, výhody a nevýhody zdravotnických modelů	10
1.1.3	Období první republiky	13
1.1.4	Období socialismu	13
1.1.5	Období po roce 1989	15
1.2	Transformace zdravotnictví	16
1.2.1	První fáze transformace (1992-1996)	16
1.2.2	2. fáze transformace (1997-1999)	16
1.2.3	Vznik krajů 2000	17
1.2.4	Důvody transformace ZZ	17
1.3	Dlouhodobé trendy v počtu akutních lůžek a lékařů	18
1.3.1	Komentář k vývoji výdajů na zdravotnictví	24
1.3.2	Krize v zdravotnictví	25
2	**PRAKTICKÁ ČÁST**	**27**
2.1	Důvody transformace zdravotnických zařízení	27
2.2	Proč nevyhovuje právní forma p.o.	28
2.3	Situace v Olomouckém kraji a jiných	29
2.4	Výhody a.s.	30
2.5	Konkrétní postup transformace	32
2.6	Výsledky	34
2.6.1	Dotace jednotlivých krajů na ZZ s akutní lůžkovou péčí	35
2.6.2	Celkové dotace krajů na ZZ s akutní lůžkovou péčí v letech 2006 – 2011	36
2.6.3	Finanční prostředky poskytnuté MZČR fakultním nemocnicím	37
2.7	Komentář, potvrzení hypotézy	38
	ZÁVĚR	**40**
	ANOTACE	43
	LITERATURA A PRAMENY	45
	SEZNAM ZKRATEK	46
	SEZNAM TABULEK	47
	SEZNAM GRAFŮ	48
	PŘÍLOHA	49

ÚVOD

Téma „Transformace nestátních zdravotnických zařízení v České republice“ jsem si vybral, protože mám blízký vztah ke zdravotnictví a není mi lhostejná jeho aktuální ekonomická situace. V budoucnu bych se chtěl uplatnit ve zdravotnickém managementu a své studium přizpůsobuji podle tohoto mého záměru. Konkrétní zaměření mé práce se týká zdravotnických zařízení poskytující akutní lůžkovou péči, která je v dnešní době, mimo financování, jedním z největších aktuálních problémů a to nejen proto, že dochází k redukci akutních lůžek. V práci uvádím i důvody této redukce.

Financování zdravotnictví je téma, o kterém se dlouhá léta vedou spory a přitom je tato problematika stále aktuální. Zdraví je otázkou celé společnosti, proto se chci ve své práci zabývat a hledat příčiny vzniku současné situace ve zdravotnictví.

Cílem mé práce je popsat důvody a příčiny, které vedly krajské samosprávy k transformaci svých zdravotnických zařízení (ZZ) na obchodní společnosti. Dále bych chtěl popsat, jaký finanční efekt a dopad na krajské rozpočty měl proces transformace ZZ na obchodní společnosti v letech 2006-2011.

Stanovil jsem si hypotézu, jestli transformace ZZ na obchodní společnosti splnila nebo nesplnila předpoklady krajských samospráv, ve snížení dluhů ZZ, a jestli deficitní hospodaření krajských ZZ bude, nebo nebude pokračovat i po jejich transformaci na a.s. Můj předpoklad byl, že provedená transformace ZZ problémy s financování těchto organizací nic zásadního nevyřešila. Po analýze získaných dat od jednotlivých krajských samospráv chci zjistit, jestli došlo k očekávaným pozitivním změnám, které měly vést k úsporám v rozpočtech krajských samospráv, nebo ne. Jako samostatnou kapitolu uvádím pro srovnání i fungování státních - fakultních nemocnic, které jsou zřizovány Ministerstvem zdravotnictví.

Bakalářská práce je členěna na teoretickou část, ve které se chci zabývat uvedenou problematikou v širším historickém kontextu, vymezím hlavní důvody procesu transformace ZZ na a.s. Dále nastíním dlouhodobé trendy v ambulantní a lůžkové péči. Následuje část praktická, kde je pohled na realizaci transformace. Dále sumarizace finančních dotací poskytované kraji na provoz a investice ZZ s akutní lůžkovou péčí v období před a po transformaci. Ekonomické data, jsem získal od vedení krajských odborů zdravotnictví, kterým jsem rozeslal dopis s žádostí o poskytnutí informace o výši dotací poskytovanou na provozní a investiční náklady na ZZ s akutní lůžkovou

péčí v letech 2006 - 2012. Dále od Ministerstva zdravotnictví ČR, které zřizuje fakultní nemocnice, a které mi poskytlo informace o výši povozních a investičních nákladů pro fakultní nemocnice v letech 2006-2012. V příloze jsou uvedeny dopisy, kterými jsem oslovil vedení krajských odborů zdravotnictví a MZČR. Vedení některých krajů údaje poskytly přímo v dopise či emailem, jiné se odkazovaly na své výroční zprávy na internetu. V podkapitole s výsledky jsou finanční výdaje jednotlivých krajů pro jejich ZZ zpracovány do přehledných tabulek členěných na provozní, investiční a celkové výdaje. Jelikož údaje z roku 2012 nebyly kompletní nebo se jednalo o odhad, nejsou ve výsledcích uvedeny. Pro srovnání uvádím dotace, které poskytovalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky fakultním nemocnicím.

1 TEORETICKÁ ČÁST - UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Změny po roce 1989, kdy došlo ke kvalitativnímu zlomu ve všech oblastech společnosti, tehdejší České socialistické republiky, a které zasáhly významně do života všech občanů, se nutně projevily i v základním právu občana, a sice jeho možnostem přístupu a vztahu k poskytované zdravotní péči. Po deetatizaci zdravotnických zařízení, zpočátku devadesátých let, ke kterému došlo zrušením dosavadních organizačních struktur, kterými byly Krajské a Okresní ústavy národního zdraví, zůstaly nemocnice až do 1.1.2003 ve vlastnictví státu, který je zřizoval přes své organizační složky. A sice, přes Ministerstvo zdravotnictví a Okresní úřady, které byly zřizovatelem nemocnic, které se nacházely na území dotyčných okresů. Po zřízení krajů a vzniku krajských samospráv, přešly nemocnice, které měly sídla na území samosprávných krajských celků, pod krajské úřady, převodem majetku i činnosti ze státu na krajské samosprávy dnem 1. 1. 2003. Všechny tyto nemocnice byly převedeny i se svými stomilionovými dluhy z doby, kdy tyto nemocnice zřizoval stát. V celé ČR šlo o částku přibližně 3 mld. Kč.

Krajské samosprávy se v letech 2003 – 2004 snažily nemocnice ekonomicky stabilizovat, a to díky přijatým technickým, organizačním a dalším opatřením, která měla vést ke sledování ekonomické efektivity a zvyšování kvality poskytované zdravotní péče. Přesto se vedením krajů nepodařilo v uvedených letech eliminovat nezbytné finanční prostředky pro subvencování činnosti svých nemocnic. Např. jen v Olomouckém kraji, krajská samospráva své nemocnice dotovala v letech 2003-2006 částkou 110-115 mil. Kč/rok. Z těchto důvodů krajské samosprávy hledaly cesty, jak dosáhnout stavu, kdy by nemocnice byly provozovány a financovány bez subvencí z krajských rozpočtů. Jedním z tehdy navrhovaných řešení byla transformace krajských zdravotnických zařízení (ZZ) na obchodní společnosti.

1.1 Zdravotnický systém v ČR před a po roce 1989

Zdravotnictví patří k mimořádně důležitým atributům v každé společenské formaci. Je obtížné si představit fungování moderní společnosti bez řádně fungujícího zdravotního systému. Pro život každého občana je nezbytný nejen dobře fungující systém poskytované zdravotní péče, ale především kvalita a dostupnost zdravotní péče. Obojí však potřebuje ke svému fungování velké množství finančních prostředků, takže je nezbytné hledat pro zdravotnictví takový systém, který zajistí efektivní financování zdravotní péče.

1.1.1 Modely zdravotnických systémů

Od vzniku Československa po současnost se vystřídala řada zdravotnických systémů. Změna modelu zdravotnického systému většinou přicházela se změnou režimu. Jsou známy čtyři základní modely: Bismarkův, Beveridgeův, Semaškův a tržní model. První tři jsou pod kontrolou státu, pouze tržní model funguje s velmi malými, či žádnými, zásahy státu.

1.1.1.1 Bismarkův – pojišťovací model

Bismarkův model, povinného zdravotního pojištění, vznikl v šedesátých letech 19. století v Německu, podle německého kancléře Otto von Bismarka. Tento systém je založený na principu solidarity ve prospěch společnosti jako celku. „Zdroje financování vybrané formou pojistného jsou pro občany povinné platby ze zákona. Z toho vyplývá i odpovědnost státu za zajišťování jejich efektivního vynakládání.“[1]

Zdravotnická zařízení mají v rukou samostatné hospodářské subjekty, které uzavřely smlouvy se zdravotními pojišťovnami, u kterých jsou zaregistrováni spotřebitelé zdravotnických služeb. Výše zdravotního pojištění je vyměřena procentuálně, podle výše příjmů. Za osoby bez příjmu platí zdravotní pojištění stát. Tento model je dostupný i lidem s nízkými příjmy, jelikož díky platbám lidí s vysokými příjmy mohou v případě potřeby využít i velmi nákladnou léčbu, kterou by si v tržně založeném systému dovolit nemohli.

---

[1] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdravi*. Praha : Oeconomica, 2005, s. 168.

1.1.1.2 Beveridgeův model

Tento model vznikl v roce 1942 ve Velké Británii a vycházel ze zkušeností švédského zdravotnictví. V České republice se tento model začal uplatňovat po roce 1952. Základem je Národní zdravotní služba, která se stará o zdraví občanů.

Stát financuje zdravotnictví převážně z veřejných prostředků umístěných ve státním rozpočtu, tedy z daní. Zdravotní služby jsou poskytovány všem bez ohledu na jejich příjem. Bohaté vrstvy tento systém kritizují, jelikož z jejich tučných odvodů státu se platí zdravotní služby pro chudé. „Zdravotní péče je převážně hrazena z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatel (cca 80 %) a z menší části (cca 15 %) z doplňkové platby národního pojištění. Zbylých 5 % se získává z doplatků na léky.“[2] V tomto systému fungují vedle sebe jak státní, tak i nestátní zdravotnická zařízení.

1.1.1.3 Semaškův model – státní model

Semaškův model je ryze státní model, který byl zaveden v Sovětském svazu. Navrhl jej tehdejší ministr zdravotnictví, Semašek. V tomto systému stát převzal 100% zodpovědnost za poskytování zdravotní péče. „Zdravotnictví je centrálně řízené a plánované. Všechna zdravotnická zařízení jsou majetkem státu.“[3]

Stát zaručuje “bezplatnou“ zdravotní péči, která je hrazena z daní. Uvedený systém měl určité úspěchy, dosáhl nízké perinatální i postnatální úmrtnosti, došlo prakticky k vymizení dětských infekčních nemocí. Přes dílčí úspěchy, však šlo o velmi plýtvavý a neefektivní systém. Stát měřil kvalitu svého zdravotního systému v největším počtu lůžek, lékařů a hustoty nemocnic na počet obyvatel. Rozdělování a přidělování finančních prostředků bylo velmi neefektivní, netransparentní, zatížené velkou byrokracií a občané vzhledem k tomu, že zdravotní služby byly poskytovány zdarma, tak tyto služby spíše zneužívali. Rovněž odměňování lékařů nijak nemotivovalo k poskytování kvalitní péče. Zdravotnictví bylo vnímáno jako proděločné odvětví.

---

[2] VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.* Praha : MANUS,2004, s. 35.

[3] VURM, V. Vybrané *kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : MANUS,2004, s. 35.

1.1.1.4 Tržní model

Tržní model zdravotnictví je založen na zodpovědnosti každého jedince. Stát není zodpovědný za zdraví svých občanů a ve zdravotnictví se projevuje jen velmi malými zásahy. Lidé si mohou zdravotnickou službu zakoupit od kteréhokoli lékaře, který zde hraje roli podnikatele. Tento liberální model dnes využívá USA a v Evropě byl používán ve Švýcarsku do roku 1996.

Jelikož zákony neukládají povinnost platit zdravotní pojištění, peníze za službu lékaře platí občané buď přímo z jejich účtu či v hotovosti, nebo platba jde z jejich zdravotního pojištění. Důležité v tomto systému je svobodné rozhodnutí občana, zda si uzavře zdravotní pojištění či nikoliv. Zdravotnictví využívá velmi moderní technologie, které jsou však velmi drahé a pro nepojištěné spodní vrstvy obyvatel téměř nedostupné. Naštěstí některé velké firmy platí zdravotní pojištění pro své zaměstnance, ale bohužel se ztrátou zaměstnání, občané přicházejí i o zdravotní pojištění.

Za občany v důchodu či s nízkými příjmy platí zdravotnické služby stát. V USA se k tomu využívá státních programů Medicare a Medicaid. „Programy Medicare a Medicaid byly schváleny kongresem USA v roce 1965, přičemž program Medicare je určen lidem nad 65 let. Program Medicaid se zaměřuje hlavně na populaci příjmově slabší. Oba programy mají v každém kalendářním roce vyčleněný objem federálních finančních prostředků.“[4]

1.1.2. Přístupy ke zdravotní péči, výhody a nevýhody zdravotnických modelů

Využívání jednotlivých zdravotnických modelů je ve světě různorodé, některé země používají různé mixy těchto modelů. Vnímání zdraví a práva na zdravotní péči se všude ve světě liší. Můžeme tedy rozlišit tři základní přístupy ke zdravotní péči, které uvádí doc. Durdisova ve své knize Ekonomika zdraví.

- Liberální pojetí
- Egalitární pojetí
- Utilitární pojetí

[4]VURM, V. Vybrané *kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : MANUS,2004, s. 35.

„Liberální pojetí akcentuje individuální odpovědnost jednotlivce za své zdraví a solidaritu uznává jako dobrovolný a státem neorganizovaný akt. Převažuje soukromý sektor. Zdravotní péče je zbožím a má tržní cenu. Rozděluje se na principu ekvivalence ve svobodné směně na trhu poskytovatelů a klientů, a to na principu *„každý podle svých možností“*.“[5] Liberální pojetí zdraví mají země, které využívají tržní model zdravotnictví, kde stát garantuje bezplatnou zdravotní péči pouze vybraným skupinám občanů a výrazně nezasahuje do zdravotnictví.

„Egalitární pojetí akcentuje právo jednotlivce na zdraví a absolutní rovnost realizovanou státem vynucenou solidaritou. Převažuje veřejný sektor. Zdravotní péče je sociální službou a základním občanským právem. Je distribuována podle principu *„každému podle jeho potřeb“,* bez ohledu na sociální postavení podle zásad rovnosti. Stát na sebe přejímá všechny funkce, odpovědnost i úhradu.“[6] Egalitární pojetí vnímá zdraví jako celospolečensky významnou hodnotu, na kterou by měl mít právo každý bez rozdílů. Toto pojetí zdraví se vyskytuje v zemích, které využívají modely zdravotnictví na principu Bismarkova, Beveridgeova a Semaškova modelu.

„Utilitární pojetí legitimizuje a podmiňuje užitkem či sociálním prospěchem toho, že se občanu dostane určité zdravotní péče. Zdravotní péče je chápána jako veřejný a současně jako individuální zájem, a proto je distribuována podle principu *„každému podle jeho zásluh“*. Jedinci se může dostat i méně než optimální péče, což vyžaduje uplatňování standartních a nadstandartních výkonů. Na financování se podílí stát i veřejné zdroje a zdravotní péče se poskytuje v soukromém i veřejném sektoru.“[7] Utilitární chápání zdraví není ukotveno jako základní předpoklad v žádném ze 4 zmíněných modelů zdravotnictví, může však být dílčí součástí každého z nich. Využívá se v zemích, kde je zdravotnictví rozděleno do více skupin. Toto pojetí zdraví se aplikovalo i u nás v období první republiky.

---

[5] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdravi.* Praha : Oeconomica, 2005, str. 48

[6] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdravi.* Praha : Oeconomica, 2005, str. 48

[7] DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdravi*. Praha : Oeconomica, 2005, str. 49

Výhody a nedostatky jednotlivých systémů ve zdravotnictví uvádí MUDr. I. Gladkij v knize Management ve zdravotnictví.

Tabulka č.1 **Výhody a nedostatky zdravotnických systémů**

Výhody	Nedostatky
Bismarkův model	
Dostupnost zdravotní péče pro všechny obyvatele	Část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost
Pestrá nabídka zdravotních služeb	Důraz kladen na kurativní péči
Vyhovující síť zdrav. zařízení	Administrativní těžkopádnost
Vyhovující návaznost služeb	Pojišťovny ve finančních potížích mají tendenci řešit problémy na vrub klientů a provozovatelů zdravotní péče
Podpora primární péče	
Přiměřené náklady	
Beveridgeův model	
Obecná dostupnost služeb	Nedostatek prostředků na investování
Dostatečná nabídka služeb	Podpora nesoutěživého klimatu
Přiměřená pozornost prevenci	Dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace
Dobře koordinované zájmy účastníků zdravotní péče	Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
Nízké náklady na zdravotní služby	Problémy s financováním v době ekonomické recese
Semaškův model	
Všeobecná dostupnost	Nízká výkonnost systému
Pozornost věnovaná prevenci	Chronický nedostatek prostředků
Návaznost péče	Ekonomické brzdy technologického rozvoje
Racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení	Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
	Zcela nesoutěživé prostředí
	Nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků resortu
Tržní model	
Velký výběr kvalitních služeb	Nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany
Podporuje rozvoj medic. technologií	Vysoký podíl nákladů na administrativu
Podporuje soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními	Nedostatečná preventivní péče
	Nedostatečná návaznost péče
	Péče je drahá (nákladná)

Zdroj: GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2003, s. 28

1.1.3 Období první republiky

Konec 19. století s sebou přináší počátky zdravotního pojištění. V roce 1862 bylo zavedeno v Německu a v r. 1869 i v Rakousko-Uhersku. Na začátku 20. stol. převzalo Bismarkův pojišťovací systém i vzniklé samostatné Československo. Z druhého názvu je patrné, že tento model vychází z povinného zdravotního pojištění.

V počátcích první republiky byli pojištěni pouze zaměstnanci a jejich rodiny a na trhu bylo asi 300 zdravotních pojišťoven, mezi kterými si občané mohli vybrat. Zdravotní pojištění stálo 6% platu a zaměstnavatel se o tuto částku dělil se zaměstnancem napůl, tedy každý 3%. Dnes je to 13,5%, z toho dvě třetiny platí zaměstnavatel a jednu třetinu zaměstnanec, tedy 9% a 4,5%.

Zajímavostí v té době bylo, že péče o pacienty byla rozdělena do 3 skupin. Třetí skupina byla základní péčí - hrazenou zdravotními pojišťovnami, druhá skupina byla pro státní zaměstnance a první skupina byla pouze za příplatek. Dle mého názoru je rozdělení zdravotní péče dobrým nástrojem k tomu, jak zajistit správné financování zdravotnictví. Uvažujme zdravotnickou péči rozdělenou do 2 skupin. Výdaje druhé skupiny, by byly hrazeny ze zdravotního pojištění a případnou spoluúčasti pacienta. Výdaje první skupiny budou díky moderním technologiím vyšší, než u druhé skupiny, přičemž tento rozdíl musí celý pokrýt spoluúčast pacienta.

Důkazem správného fungování systému zdravotní péče, který je rozdělen do více skupin, je skutečnost, že v té době bylo hodnoceno celkové zdraví obyvatelstva ČR jako dobré a to musíme přihlížet na to, že v období první republiky jsme měli zhruba stejně obyvatel, jako máme dnes.

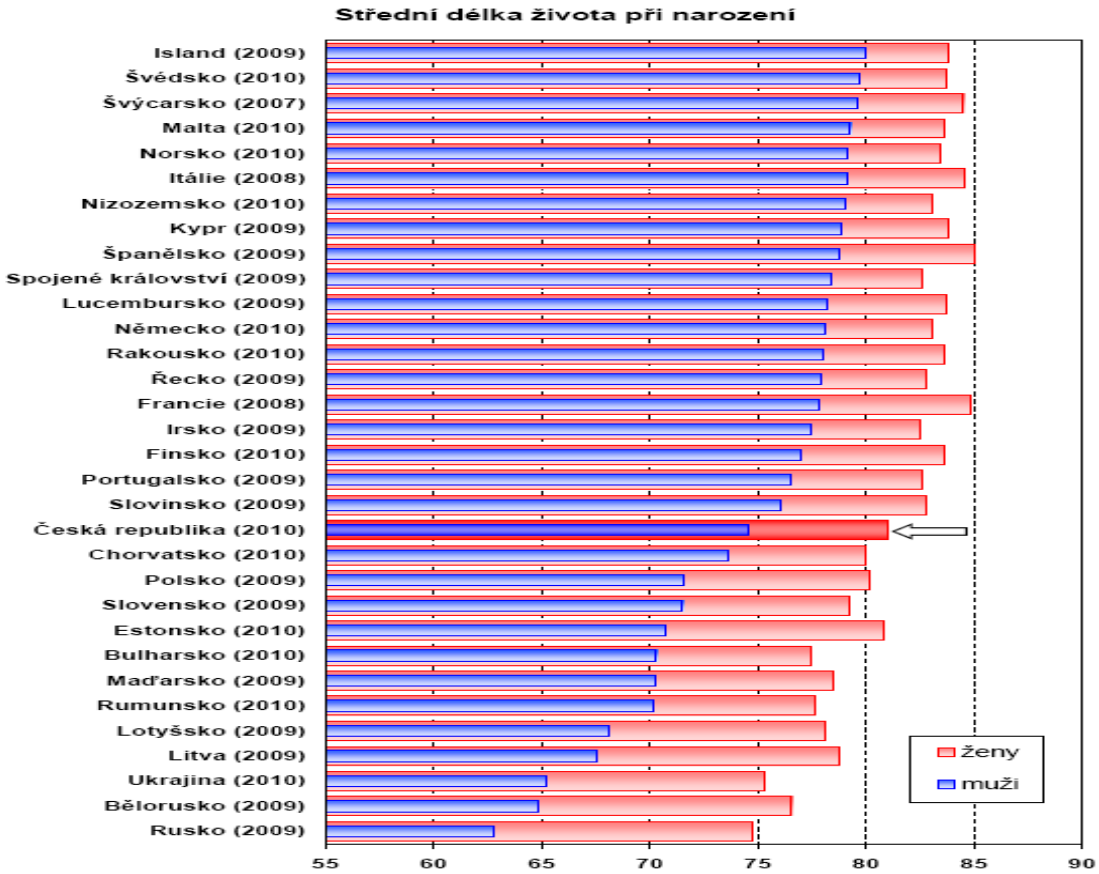
1.1.4 Období socialismu

V době socialismu jsme převzali téměř všechny systémy, které byly zavedeny v Sovětském svazu. Proto i v otázce zdravotnictví jsme se museli řídit podle toho, co nám nařídila Moskva. Semaškův model se uplatňoval ve všech státech bývalého východního bloku. Zdravotnictví bylo centralizované a stát byl vlastníkem všech velkých zdravotnických zařízení. Soukromá zařízení neexistovala.

Byla zřízena Národní zdravotnická služba, která se měla starat o všeobecné zdraví. Zdravotnictví bylo financováno z daní. Nicméně se ukázalo, že alokace finančních prostředků je velmi neefektivní a zdravotnictví bylo bráno jako velmi

prodělečné odvětví. Z tohoto důvodu se zdravotnictví nedostávalo patřičné pozornosti a zdraví obyvatel se začalo zhoršovat. Důkazem toho je stagnace či pokles mnoha činitelů ve zdravotnické statistice. Např. všechny postkomunistické země, kde byl zaveden Semaškův systém, jsou v níže uvedené tabulce střední délky života na samém konci. ČR byla také ochromena tímto systémem, ale v současnosti je z ostatních postkomunistických zemí před námi pouze Slovinsko. Na druhé straně země, které se neřídily tímto modelem, se těší poměrně slušné dlouhověkosti.

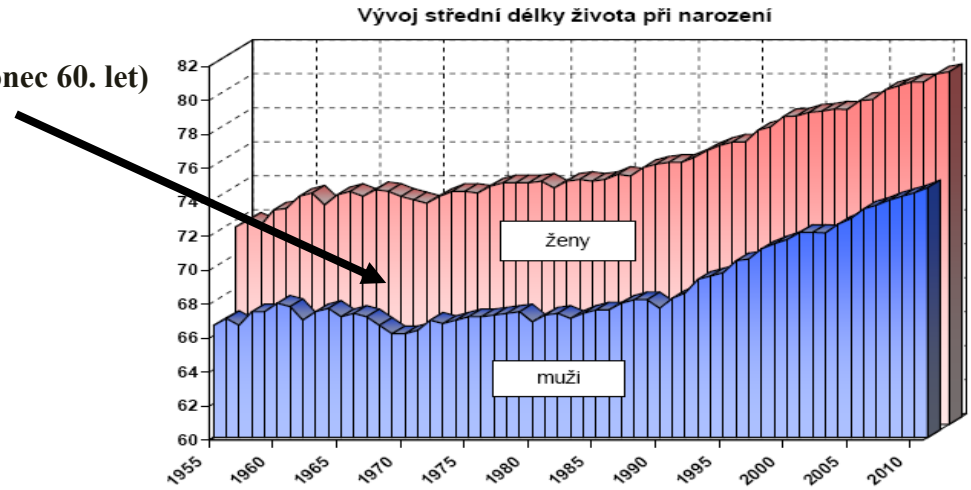
Graf č.1 **Střední délka života při narození obyvatel evropských států 2009/2010**



Zdroj: UZIS. 2013. *Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2011* [online]. [cit. 20.1.2013]. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich

Dlouhodobý trend růstu střední délky života při narození je patrný všude na světě. Pouze v době Semaškova systému se v zemích, ve kterých se jím řídily, tento trend začal výrazně zpomalovat, či dokonce došlo k poklesu. Po pádu komunismu došlo k obnovení rostoucího trendu tohoto demografického činitele.

Graf č.2 **Vývoj střední délky života obyvatel ČR v období 1955 - 2010**



Zdroj: UZIS. 2013. *Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2011*[online]. [cit. 20.1.2013]. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich

Po roce 1989 se změnila metodika zdravotnické statistiky, a proto se skokově změnila střední délka života. Infekční nemoci byly téměř vymýceny, ale ukázalo se, že se začínají objevovat civilizační choroby, které tehdejší zdravotnictví nedokázalo řešit. Bylo potřeba zdravotnictví zcela přetvořit, aby odpovídalo současným potřebám lidí, které se rapidně změnily se změnou životního stylu a vnějšího prostředí.

1.1.5 Období po roce 1989

Po zrušení Národní zdravotní služby jsme se opět vrátili k systému zdravotního pojištění, který měl za první republiky úspěch. Díky zákonu č. 550 a 551 z roku 1991 bylo zavedeno Všeobecné zdravotní pojištění a založena Všeobecná zdravotní pojišťovna. Bylo zde ovšem riziko vzniku monopolu Všeobecné zdravotní pojišťovny, proto legislativa ČR umožnila vstoupit na trh se zdravotním pojištěním další subjekty. Po prolomení bariér na trh vstoupilo mnoho zdravotních pojišťoven, ale z původních 27 se jejich počet zredukoval na nynějších 9, protože většina nedokázala splňovat veškeré požadavky, musely se sloučit nebo z trhu odejít.

Na začátku devadesátých let proběhla liberalizace zdravotnictví. Ústavy národního zdraví byly zrušeny a lidé si mohli svobodně vybrat poskytovatele zdravotních služeb a pojišťovnu, která tyto služby bude hradit.

1.2 Transformace zdravotnictví

Jelikož nastaly pochybnosti o kvalitě zdravotní péče, která byla zajišťována prostřednictvím státu, byl zahájen dlouhodobý proces deetatizace, ve kterém měla být svěřena zdravotní péče do soukromých rukou.

1.2.1 První fáze transformace (1992-1996)

Zrealizovat tuto myšlenku uskutečnil zákon č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči poskytované v nestátních zdravotnických zařízeních. Jedním z cílů bylo také vytvořit konkurenční prostředí okolo dosavadního státního monopolu na poskytování zdravotní péče, proto byla tato péče z velké části svěřena do rukou soukromníků. V této době započal rozmach zdravotnických zařízení. V roce 1989 se u nás nacházelo 8000 zdravotnických zařízení, kdežto v roce 2009 se jejich počet blížil 30 tisícům, hlavně z tohoto důvodu dochází ke zvyšování počtu lékařů. Naproti tomu se snižuje počet akutních lůžek, jelikož nejsou obsazená. Jedním z důvodů nízkého využití akutních lůžek je snižující se délka průměrné ošetřovací doby, což umožňují především moderní technologie používané ve zdravotnictví.

Velkým otazníkem v době privatizace bylo odměňování lékařů, které může působit nespravedlivě, jelikož plat soukromého lékaře je vyšší než plat lékaře zaměstnance a to o celé násobky platu lékaře v zaměstnání. Až do roku 1997 byli lékaři odměňováni za výkony, ale to se ukázalo jako velmi neefektivní, protože docházelo k velkému plýtvání náklady při snaze lékařů vykazovat co nejvíce bodů za jednotlivé výkony, což vedlo k finančnímu vyčerpání zdravotních pojišťoven. Od tohoto roku mají lékaři kromě odměny za výkon, také kapitační složku platu, což znamená, že za každého pacienta co má registrovaného, dostává paušální částku, i když se s ním fyzicky vůbec nepotká. Z honby za body vznikla honba za pacienty, protože lékař jako podnikatel musí mít někoho, komu bude prodávat své služby.

1.2.2 Druhá fáze transformace (1997-1999)

Po předání zdravotnických zařízení z majetku státu bylo třeba provést několik změn i uvnitř nového systému. Druhá fáze je nazývána restrukturalizace, kdy mělo dojít k další změně na nabídkové straně zdravotnictví, a to v počtu lůžek akutní i dlouhodobé péče, počtu lékařů, spotřebě léků či používané technologii. Jestli však tato nabídka zdravotní péče není vytvořena podle poptávky po zdravotních službách, nedojde

k žádné úspoře prostředků, nýbrž k jejich plýtvání a nezlepší se ani dostupnost a kvalita zdravotní péče.

1.2.3 Vznik krajů 2000

Z důvodů požadavků Evropské unie došlo v roce 2000 v České republice k rozdělení území na samosprávné celky, zvané kraje - je jich v současné době 14. Doposud jsme využívali samosprávné celky – okresy, které ovšem nevyhovovaly dostatečným počtem obyvatel na jeden územní celek, jak to vyžadovala EU.

Reforma územní samosprávy byla tedy nevyhnutelným krokem, pokud jsme chtěli vstoupit do EU. V roce 2002 byly zrušeny Okresní úřady, avšak územní existence okresů zůstala, pouze předali své správní funkce do krajů. Tyto změny se týkaly i zdravotnictví, jelikož do této doby to byly právě okresy, kdo spravoval zdravotní péči. Dne 1. 1. 2003 stát předal zdravotnická zařízení jako příspěvkové organizace krajům. Důvodem předání byla vysoká zadluženost nemocnic. Stát se chtěl zbavit dluhu, tak ho jednoduše předal krajům. Kraje však nechtěli zadlužené nemocnice financovat, tak některé malé nemocnice buď zrušily, nebo převedly na následnou péči, a nechaly pouze ty, které chtěly v budoucnu přetransformovat z příspěvkové organizace na akciovou nebo jinou obchodní společnost.

1.2.4 Důvody transformace ZZ

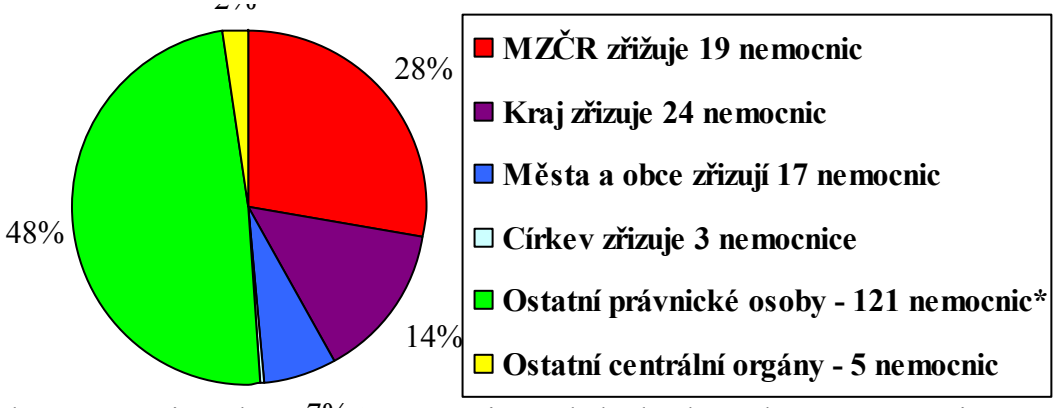
Důvodem převodu ZZ z vlastnictví státu do rukou krajů byla vysoká zadluženost nemocnic. Ze stejného důvodu se kraje rozhodly provést transformaci ZZ z p.o. na a.s., jelikož p.o. je v rozporu s vedením dlouhodobě vyrovnaného hospodaření nemocnic. V této době kraje začaly rušit nepotřebné nemocnice a ponechaly si pouze ty, které chtěly v budoucnu přetransformovat z příspěvkové organizace na akciovou nebo jinou obchodní společnost. Rušením malých nemocnic však byli nejvíc postiženi nemocní, kteří musí dojíždět k lékaři do vzdáleného města. Je třeba poctivě přiznat, že ve větších nemocnicích se jim dostane lepší a většinou i kvalitnější zdravotní péče. Kraje sice získaly majetek o vysoké hodnotě, avšak v případě nepoužívání tohoto majetku jej kraje musí vrátit zpět státu, takže kraje nemohly nepotřebné nemocnice prodat a oddlužit tak ty potřebné. Z nepotřebných nemocnic, které kraje musely odevzdat zpět státu, tak vznikala většinou sociální zařízení.

O možnosti převést příspěvkovou organizaci na akciovou společnost se vedly dlouhé spory. Proti byla především politická levice, která se snažila zablokovat tuto

možnost pomocí legislativy. Díky ústavnímu nálezu nebyl uveden v platnost zákon, který zabraňuje převodu příspěvkové organizace na akciovou společnost. Jako první přeměnily své nemocnice na akciové společnosti v Olomouckém, Středočeském a Moravskoslezském kraji. Ostatní kraje se pomalu přidávají, ale v současné době ještě je mnoho zařízení, které fungují jako příspěvkové organizace.

Aktuální informace z roku 2011 Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR uvádějí aktuální rozdělení nemocnic dle zřizovatele, a kolika procenty se každý zřizovatel podílí na pomyslném koláči celkové lůžkové péče.

Graf č.3 **Rozdělení lůžkového fondu dle zřizovatele pro rok 2011**



*do tohoto počtu je zahrnuto 51 nemocnic - obchodních společností s většinovým podílem veřejného, krajského či obecního majetku

1.3 Dlouhodobé trendy v počtu akutních lůžek a lékařů

Z pohledu na zdravotnickou statistiku minulých let můžeme vyčíst jednoznačně směřující trendy v ambulantní i lůžkové péči. Tyto trendy poukazují na směr, kterým se zdravotnictví vydává, aby bylo dosaženo rovnováhy a efektivity v alokaci zdrojů.

Počet lékařů

Ambulantní péče se stále vyvíjí. Nás bude zajímat počet lékařů, jelikož se budeme bavit o optimálním množství lékařů vzhledem k počtu akutních lůžek, což by mělo být za současných podmínek 1 lékař na 3 lůžka akutní péče. V roce 2011 bylo podle UZISu v ČR 50 678 lůžek (bez novorozeneckých a následné péče) a 19 398 lékařů. To znamená, že na 1 lékaře je 2,61 akutního lůžka. Aktuálním problémem je tedy příliš vysoký počet lékařů vzhledem k počtu akutních lůžek, proto by se jejich počet měl snížit na počet 16 892. V níže uvedené tabulce je dlouhodobý vývoj počtu lékařů v ČR.

Tabulka č.2 **Vývoj počtu lékařů včetně zubařů, přepočet na 10 000 obyvatel v období 1970 – 2011**

Rok	Lékaři [1] (přepočtený počet)			
	celkem	z toho		
		nemocnice (lůžková část)	ambulantní péče	orgány ochrany veřejného zdraví
	absolutně			
1970	21 969	5 427	12 871	574
1975	25 176	5 672	15 266	738
1980	28 878	6 066	17 616	832
1985	32 614	7 101	19 559	949
1990	34 372	8 103	20 433	888
1995	36 348	8 729	24 848	718
2000	38 330	8 206	27 734	665
2005	40 802	8 937	29 510	233
2010	45 646	10 159	32 645	149
2011	46 422	10 428	33 138	143
	na 10 000 obyvatel			
1970	21,8	5,3	12,8	0,6
1975	24,9	5,6	15,1	0,7
1980	28,1	5,9	17,1	0,8
1985	31,5	6,9	18,9	0,9
1990	33,2	7,8	19,7	0,9
1995	35,2	8,5	24,1	0,7
2000	37,3	8,0	27,0	0,6
2005	39,8	8,7	28,8	0,2
2010	43,3	9,6	31,0	0,1
2011	44,2	9,9	31,5	0,1

*) do roku 1996 údaje bez zdravotnických zařízení ostatních centrálních orgánů, od roku 1997 za zdravotnictví celkem

[1] včetně zubních lékařů

Zdroj: UZIS. 2013. *Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích* [online]. [cit. 20.1.2013]. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich

Lůžková péče

Navzdory stoupajícímu počtu lékařů, počet lůžek z úsporných důvodů klesá. Z níže uvedeného grafu si můžeme povšimnout, že největší pokles zaznamenáváme v období transformace zdravotnictví mezi léty 1992 až 1999. Za zmínku stojí i fakt, že rušení nemocnic v roce 2003, kdy stát předal zadlužené nemocnice krajům, nemělo v celkovém počtu lůžek skokový charakter.

***Graf č .4* Vývoj počtu lůžek v nemocnicích na 10 000 obyvatel v období 1990 - 2011**

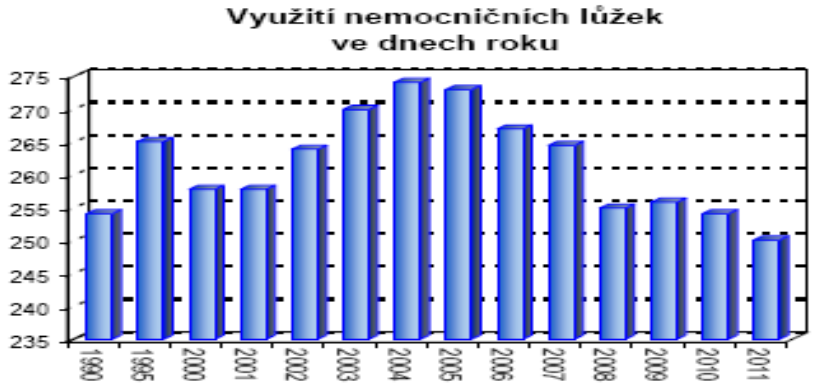
Zdroj: UZIS. 2013. *Lůžková péče 2011* [online]. [cit. 20.1.2013]. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece

Snižováním počtu lůžek jistě snížíme i náklady na zdravotnictví, nicméně nedojde ke snížení dostupnosti zdravotní péče? Následující graf ukazuje, že lůžek by mělo být dostatek, jen budou muset někteří za nimi dojíždět do vzdálenějšího města, graf nám nicméně neukáže, kde mají plno a naopak, zachycuje pouze celostátní průměr. Aktuálním problémem je, že lůžka nejsou efektivně rozděleny mezi jednotlivými ZZ, protože na některých ústavech mají využití lůžek přes 100% a na jiných zhruba poloviční. Jelikož nedochází pouze k plošnému rušení lůžek, ale některým zařízením lůžka přibývají (následná péče), je vidět, že kroky směřující k rovnovážnému bodu už byly provedeny, ale nepoměr rušení a vytváření nových lůžek je stále veliký, samozřejmě ve prospěch rušení, které převažuje, což nám i ukázal výše uvedený graf počtu lůžek v ČR.

Podle aktuálních údajů z UZISu bylo v roce 2011 v ČR 50 678 akutních lůžek (bez následné péče a novorozeneckých lůžek). Jejich počet za posledních 20 let klesl o více než 30 000 lůžek, přitom je zaznamenáno využití lůžek v roce 1990 i v roce 2011 okolo 70%, což značí, že lůžek je stále nadbytek a můžeme očekávat další jejich rušení. V roce 2009 vyhlásilo MZ, že má v plánu přeměnit 6 000 lůžek akutní péče na lůžka následné péče, což vyvolalo negativní ohlasy ve zdravotnických odborech.

I když dlouhodobě dochází k redukci lůžek akutní lůžkové péče, jejich využití se nemění a stále se pohybuje okolo 70 %, což znamená spoustu neobsazených lůžek, která jsou nadbytečná. Příčinou tohoto jevu je zkracující se průměrná ošetřovací doba na jednom lůžku.

***Graf č.5* Využití nemocničních lůžek podle počtu dnů v roce, kdy byla lůžka obsazená**

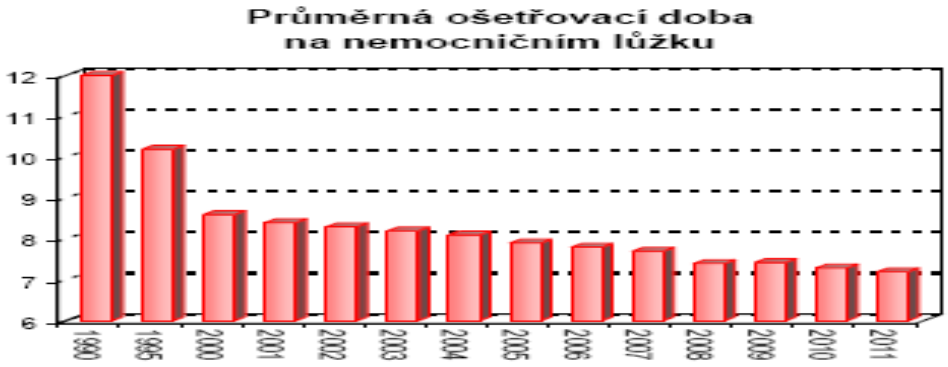


Zdroj: UZIS. 2013. Lůžková péče 2011 [online]. [cit. 20.1.2013].

Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece

Dlouhodobý pokles je patrný i u délky ošetřovací doby. Důvodem je, stejně jako u snižování počtu lůžek, samozřejmě úspora nákladů. Delší ošetřovací dobu upřednostňují především soukromé zařízení, jelikož výše ošetřovací doby je přímo úměrná s platbou od zdravotní pojišťovny. Aby úspora nákladů byla co největší, používají k tomu velmi efektivní trik. Když pacient chce opustit lůžko, pokud se již cítí dobře, musí podepsat, že na něm ještě pár dní leží, aby nemocnice dostala víc peněz od zdravotní pojišťovny. Je to snaha o umělou prolongaci hospitalizace. Na výše uvedeném grafu v roce 1995 normálu se vymykající skok vzhůru, což mohla způsobit umělá prolongace hospitalizace po roce 1992, kdy došlo k prolomení legislativních barier vstupu soukromých ZZ, kdežto z níže uvedeného grafu si můžeme všimnout, že kolem roku 1995 docházelo k největšímu poklesu průměrné ošetřovací doby.

***Graf č.6* Průměrná ošetřovací doba na nemocničním lůžku v období 1990 - 2011**



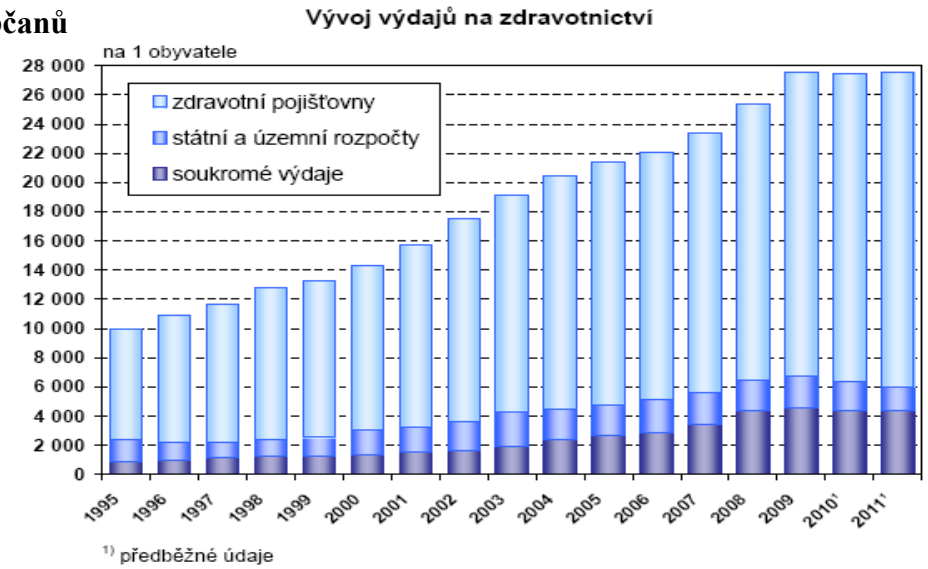
Zdroj: UZIS. 2013. *Lůžková péče 2011*[online]. [cit. 20.1.2013].

Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/luzkova-pece

Průměrná ošetřovací doba stále klesá, hlavně díky používání moderních technologií a postupů. S klesající délkou ošetřovací doby se stávají některá lůžka nadbytečná, proto dochází k jejich rušení nebo převodu na následnou péči.

Dlouhodobé trendy ve zdravotnictví dokazují, že je vynakládáno velké úsilí k dosažení úspor ve zdravotnictví. Až na rostoucí počet lékařů to dokazují klesající počty lůžek a zkracující se ošetřovací doba. Jak se tato snaha projevila, nám ukáže výše výdajů na zdravotnictví.

Graf č.7 **Vývoj výdajů na zdravotnictví z pohledu pojišťoven, státu, krajů a občanů**



Zdroj: UZIS. 2013. *Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích* [online]. [cit. 20.1.2013]. Dostupné z WWW*:* *http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich*

Tabulka č.3 **Vývoj výdajů na zdravotnictví v absolutních číslech v milionech Kč**

Tab. 4.2 Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví *)

Rok	Výdaje v milionech Kč				Výdaje na 1 obyv. v Kč
	celkem	státní a územní rozpočty	zdravotní pojišťovny		
			celkem	zdrav. péče	
1995	93 309	15 076	78 233	74 168	9 032
2000	132 962	17 170	115 792	111 421	12 943
2005	191 356	21 263	170 093	164 343	18 698
2006	197 027	22 828	174 200	166 902	19 191
2007	206 565	22 851	183 713	179 527	20 011
2008	218 719	21 439	197 280	190 294	20 971
2009	243 692	26 034	217 658	210 630	23 228
2010 ¹)	243 281	20 781	222 500	214 373	23 132
2011 ¹)	242 408	16 863	225 545	217 641	23 094

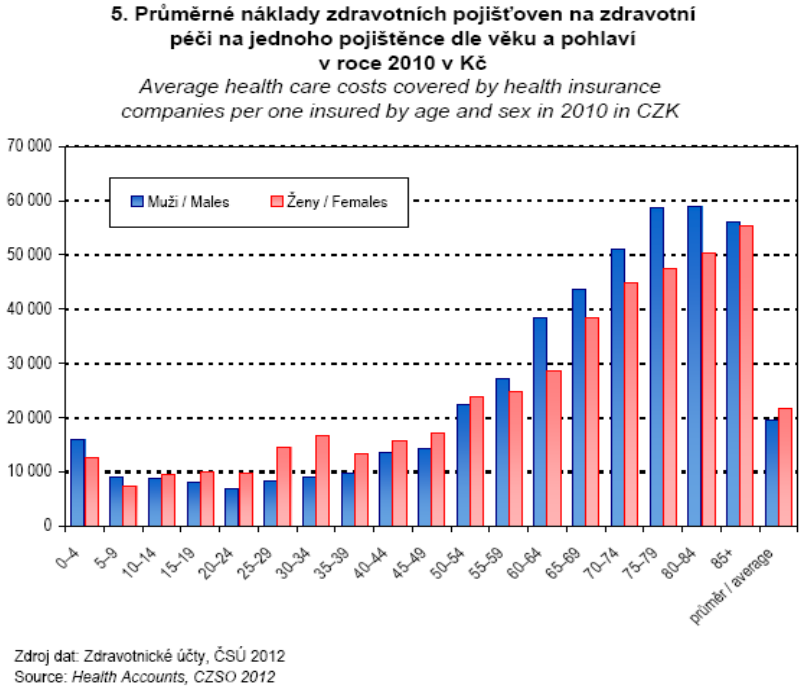
*) 1995–2009 údaje ČSÚ; 2010 a 2011 údaje dle Ministerstva financí ČR

¹) předběžné údaje

Zdroj: UZIS. 2013. *Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích* [online]. [cit. 20.1.2013]. Dostupné z WWW: *http://www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich*

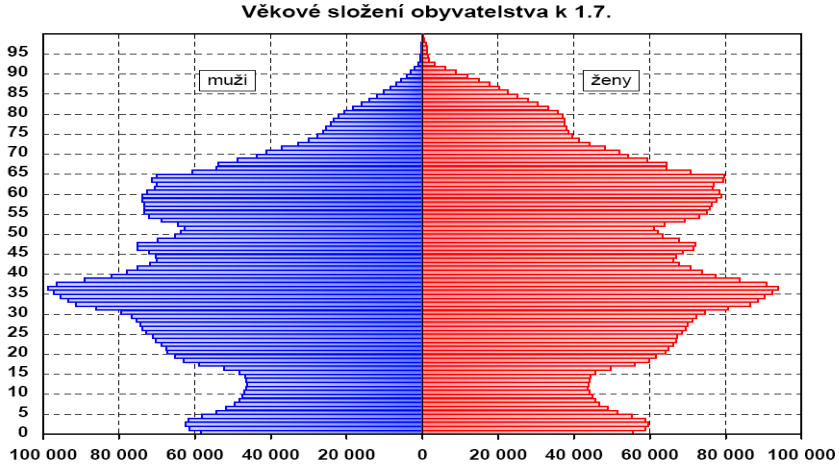
Nejvyšší část výdajů na zdravotnictví spotřebují lidé vyššího věku. Když se s tímto faktem spojí skutečnost, že populace stárne, může vzniknout ve zdravotnictví velký ekonomický problém, který je potřeba řešit.

Graf č.8 **Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2010**



Zdroj: UZIS. 2013. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011* [online]. [cit.20.1.2013]. Dostupné z WWW: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi

Graf č.9 **Věkové složení obyvatelstva k 1.7.2011**



Zdroj: UZIS. 2013. *Zdravotnictví ČR 2011 ve statistických údajích* [online]. [cit. 20.1.2013]. *Dostupné z : www.uzis.cz/katalog/kardexy/zdravotnictvi-cr-ve-statistickych-udajich*

1.3.1 Komentář k vývoji výdajů na zdravotnictví

Z grafu č. 7 a tabulky č. 3 (str.22) je patrné, že výdaje na zdravotnictví stále rostou. Ani transformace zdravotnictví, při které mělo dojít k úsporám, nedokázala tento trend zastavit. Můžeme si také všimnout, že po převedení ZZ na obchodní společnosti (2006 - 2008) nedošlo v celorepublikovém měřítku k viditelné redukci subvence krajských finančních prostředků do svých ZZ. Zdravotnická zařízení musí financovat kraj ze svého rozpočtu ještě větší sumou, než platil stát před předáním nemocnic kraji v roce 2003. Na tuto situaci se zaměřím podrobně v praktické části, kde budu analyzovat vývoj subvence činnosti zdravotnictví v jednotlivých krajích ČR.

Dalo by se usoudit, že výdaje na zdravotnictví jsou rostoucí, protože příjmy lékařů převyšují nad úsporou získanou snížením počtu lůžek a délky ošetřovací doby. Tato myšlenka je však velmi zavádějící, protože výši nákladů na zdravotnictví ovlivňuje spousta dalších faktorů. Mnohem větší vliv na výši výdajů ve zdravotnictví má věková struktura, životní styl a tudíž celkový zdravotní stav populace, než výše získaných úspor z rušení lůžek a krácení délky ošetřovací doby. Proto je třeba tyto důležité faktory sledovat a podle jejich vývoje nasměrovat i alokaci zdrojů ve zdravotnictví.

Je všeobecně známo, že za občany v důchodu s nízkým příjmem nebo bez příjmu, platí zdravotní pojištění stát. Málokdo však ví, kolik za ně stát platí a kolik platí běžní ekonomicky aktivní obyvatelé. Rozdíl je několikanásobný. Stát platí v současné době za svého pojištěnce 723 Kč měsíčně, kdežto zaměstnanec a zaměstnavatel zaplatí dohromady v průměru 3000 Kč měsíčně do fondu zdravotního pojištění. Nutno uvést fakt, že lidé pobírající starobní důchod, jejichž náklady na zdravotnictví jsou největší, tvoří asi 80 % všech státních pojištěnců.

Věková struktura populace velmi blízce souvisí s celkovou výší výdajů na zdravotnictví, dokonce zde platí i přímá úměra, že čím vyšší věk lidí v populaci, tím vyšší výdaje na zdravotnictví. Může za to známá skutečnost, že nejvyšší náklady jsou vynakládány na občany v pokročilém věku, kteří jsou polymorbidní. Důležité je však poznamenat, že průměrná délka dožití se stále zvyšuje, především díky rychlému rozvoji moderních technologií a postupů ve v diagnostice i terapii onemocnění. Má to však za důsledek růst počtu lidí ve vyšším věku, jejichž zdravotní péče bývá zpravidla nejnákladnější. Dostáváme se tak do začarovaného kruhu, protože čím více jde úroveň zdravotnictví nahoru, tím se náklady zvyšují.

Nejvyšší část výdajů na zdravotnictví spotřebují lidé vyššího věku (viz. graf č. 8, str.23). Zdravotní pojištění je stále dražší, ale ti co ho platí, mají stále pocit, že zdravotní péče je pro ně čím dál méně dostupnější. Nelze se divit, že jsou lidé se stavem zdravotnictví nespokojeni. Je třeba si položit otázku, je zdravotnický systém, založený na solidaritě, schopný řešit problémy stárnoucí populace? Co když ekonomicky aktivní část populace bude potřebovat akutní lůžkovou péči? Bude pro ně dost lůžek? Zůstane zachována kvalita a dostupnost zdravotní péče? Zvládne zdravotnictví krizové situace? V současné době je velmi diskutovaná úhradová vyhláška, díky které mohou zdravotní pojišťovny regulovat platby za lékařské výkony. Hlavním cílem úhradové vyhlášky je finanční stabilizace ZP, jelikož od roku 2009 vykazují ztrátu.

Spory nejen o mzdy lékařů vedou ke stávkám a akcím, jako např. Děkujeme, odejděte, Den zdraví lékařů, či v současné době aktuální Petici občanů za zachování kvalitního zdravotnictví, kterou organizuje ČLK. Zdravotnictví je odvětvím, které nelze nahradit něčím jiným, takže tyto akce mají velkou sílu a rychle dostanou celou ČR pod velký tlak. Následky mohou být pro ekonomiku ČR obrovské, protože, jestli by došlo k ochromení zdravotní péče, dojde i k velkému úpadku ve všech ostatních odvětvích.

1.3.2 Krize v zdravotnictví

Existuje rozpor mezi ministerstvem zdravotnictví, které chce finanční prostředky, vynaložené ze státního rozpočtu do zdravotnictví, snížit a naproti tomu Česká lékařská komora, která škrty kritizuje a žádá vyšší finanční subvenci od státu, což je proti samotnému cíli transformace ZZ.

V roce 2011 situace vyvrcholila akcí "Děkuje, odcházíme" a čeští lékaři podávali hromadné výpovědi ze zaměstnaneckého poměru, nejen kvůli nízkým platům, ale také kvůli zlepšení celkového stavu zdravotnictví. Dne 1. 3. 2011 však byla akce ukončena podpisem Memoranda mezi MZ a ČLK, které mělo do roku 2013 upravit špatné poměry ve zdravotnictví, pomocí vyhlášení potřebných reforem. Po uplynutí 2 let se však ukázalo, že některé sliby MZ nebyly dodrženy. Tabulkové platy se sice částečně zvýšily, ale všechny body Memorandu zdaleka splněny nebyly.

MZ podepsalo se zdravotními pojišťovnami úhradovou vyhlášku a výsledkem je to, že nemocnice nemají pokryto 10% svých financí. Když oněch 10% nezaplatí pojišťovny, stát ani kraj, zákonitě dojde ke snížení kvality a dostupnosti zdravotní péče.

Především kvůli úhradové vyhlášce vyzvala ČLK všechny lékaře, aby 1.3.2013, tedy přesně 2 roky od podpisu Memoranda, ošetřili pouze akutní případy a sami si šli na vyšetření ke kolegům. Chtějí tak jistě upozornit na to, že chybějící peníze ve zdravotnictví mohou způsobit naprostý kolaps ve zdravotní péči.

V ČR existují značné problémy ve financování zdravotní péče. K tomuto faktu se vyjádřil MUDr. Gladkij a uvádí příčiny těchto problémů v oblasti financování: „Problémy financování zdravotnictví nejsou mnohdy způsobovány malými objemy peněz proudícími do této sféry, ale často nevhodným způsobem financování, nedostatečnou kontrolou, neefektivním využíváním, nehospodárností či nemožnosti ovlivnit ceny vstupů předcházejících partnerů (dodavatelů, laboratoří atd.) či ovlivnit cenu léčiv. Je prokazatelné, že příliv peněz do zdravotnictví za posledních několik roků trvale vzrůstal, přesto je však řada zdravotnických subjektů v ČR (především velkých nemocnic) v trvalé ztrátě.“[8]

[8]GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2003, s. 113

2 PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části bych se chtěl zaměřit především na důvody transformace ZZ a její realizaci. Z historických ekonomických dat jednotlivých ZZ s akutní lůžkovou péčí, jejichž zřizovatelem jsou kraje ČR, se pokusím zjistit, zda bylo dosaženo cílů a původních záměrů transformace ZZ.

2.1 Důvody transformace

Před transformací byly nemocnice dlouhodobě zadlužené a od roku 2003 platí jejich vysoké náklady kraje. Jelikož se jedná o částky okolo sto milionů Kč ročně, kraje se chtěly tohoto těžkého břemena zbavit. Kvůli zákonům vázajícím se k právní formě příspěvkové organizace nemohly tyto náklady jednoduše poškrtat a jedinou cestou byla změna právní formy zdravotnických zařízení. Od té si kraje slibovaly vytvoření samofinancovatelného systému a osvobození od placení provozních nákladů.

Aktuální stav, kdy stát předal krajům zadlužené a špatně hospodařící nemocnice, je nemožné dlouhodobě udržet, proto se kraje rozhodly tuto situaci řešit. Jistě se jim nelíbilo, že musí vkládat značné finanční prostředky na samotný provoz nemocnic. Finanční prostředky, které kraj vynaložil do investic ve zdravotnictví, mají svůj význam, protože zvyšují hodnotu majetku nemocnic, který je nyní jejich krajským vlastnictvím. Velkým problémem jsou ale provozní náklady, které musí být zaplaceny kvůli samotnému fungování nemocnic. *Nemohou si na ně nemocnice vydělat samostatně? Proč kraje musí dotovat jejich provoz stovkami milionů ročně? Vždyť transformací na akciové společnosti udělaly z nemocnic podnikatelské subjekty a cílem podnikání je přece zisk a ne ztráta. Nedochází ke zbytečnému plýtvání s náklady? Proč nepokryjí veškeré provozní náklady zdravotní pojišťovny?* Odpovědi na tyto otázky se budu snažit odpovědět v níže uvedeném textu.

Převedením nemocnic z příspěvkové organizace na akciové společnosti si kraje slibovaly především to, že nebudou muset do nemocnic vkládat peníze a systém zdravotnictví bude samofinancovatelný. Realita je však jiná.

Rozeslal jsem dopisy do všech krajských úřadů s žádostí o informaci, kolik vkládají finančních prostředků do nemocnic s akutní lůžkovou péčí, kde zřizovatelem je kraj. Zjistil jsem, že ačkoliv jsou nemocnice dávno převedeny na akciové společnosti,

kraj do nich stále vkládá nemalé peníze. Nenajdeme jediný kraj, který by nedotoval nemocnicím jejich provoz.

Transformace zdravotnictví není jednoduchá záležitost. Zatímco stát předal nemocnice pomocí jednoduché právní úpravy, kraje to mají s transformací složitější. Jde především o to, že předcházející právní forma nemocnic není úplně ideální. V době předání nemocnic státu, byly všechny zřízeny jako příspěvkové organizace. Tato právní forma je však podle odborníků nevhodná a mají k tomu své důvody. Každý kraj se s tímto musel vypořádat po svém. Většina krajů již převedla své nemocnice na akciové společnosti, ale před samotnou změnou právní formy nemocnic se o této záležitosti velmi diskutovalo a zvažovaly se různé varianty právních forem. Jelikož můj vedoucí práce i já pocházíme z Olomouce, budu při řešení této problematiky vycházet z informací o transformaci nemocnic Olomouckého kraje (OK).

2.2 Proč nevyhovuje právní forma p. o.

Zastupitelstvo OK řešilo otázku, proč příspěvková organizace nevyhovuje jako právní forma pro zdravotnictví. Dospěli k názoru, že je nevyhovující z mnoha ohledů. Hlavní příčiny jsou ekonomické. Zřizovatelem je subjekt veřejné správy a nemocnice nemohou samy rozhodovat především v oblasti financování a nabývání majetku. „Legislativní úprava je rigidní, přitom v mnoha směrech nejasná a umožňuje různý výklad. Z hlediska stejné činnosti jsou, zejména v daňové a účetní oblasti, značná omezení oproti obchodním společnostem (odpisy majetku). Jedním z největších problémů je velmi omezená možnost zřizovatele efektivním způsobem řídit činnost p. o., a tím vlastně ovlivňovat vynakládání veřejných prostředků“[9]. Dalším problémem je systém odměňování, který se řídí tabulkami podle nařízení č. 330/2003 Sb. a nebere ohledy na aktuální ekonomickou situaci nemocnic. Tato skutečnost přispívá k tomu, že je pro nemocnice velmi těžké udržet rovnováhu v hospodaření. Zákony vztahující se k příspěvkové organizaci však brání dlouhodobému ekonomickému růstu z mnoha dalších důvodů. „Hlavní činnost ZZ vyžaduje podnikatelskou účetní osnovu, ale zákon vyžaduje rozpočtovou účetní osnovu. Úplná kontrola zřizovatelem je nereálná. Investice ze státního nebo krajského rozpočtu jsou neefektivní (rozhodují úředníci a politici).

[9] VÝPIS ZE ZÁPISU PRO OZ, 24 - Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

Příspěvkové organizace se zapisují do Obchodního zákoníku, ale ten p. o. nezná. Účetní odpisy se nekryjí s daňovými. V p.o. je dvojí majetek - krajský a vzniklý činností. Většina zřizovacích listin je v rozporu se zákonem. Z výše uvedených důvodů nelze tyto subjekty dlouhodobě ekonomicky efektivně řídit.“[10]

Další důvody nutnosti převodu nemocnic na akciové společnosti vidělo olomoucké zastupitelstvo i v souvislosti s EU a uvádí informace o tom, jak funguje zdravotnictví v některých členských státech EU. „Právo EU nezná právní formu p. o. jedná se o relikt komunistického zákonodárství. Nemocnice v EU jsou

- pod dikcí obchodního práva, v EU příspěvkovou organizaci neznají
- veřejný charakter bývá obvykle zajištěn zvláštním zákonem
- častý je majetkový vstup veřejné správy nebo samosprávy – forma holdingu
- nemocnice v EU nepatří do rozpočtové sféry
- „neziskovost“ je jen zvláštním právem a povinností danou zákonem“[11]

2.3 Situace v Olomouckém kraji a jiných

V Olomouckém kraji (OK) jsou tři nemocnice s akutní lůžkovou péčí, jejichž zřizovatelem je kraj. Jsou to nemocnice Přerov, Prostějov a Šternberk. Všechny tři vystupovaly jako příspěvkové organizace a z výročních zpráv do roku 2006, je možné zjistit skutečnost, že za tyto tři nemocnice doplácel kraj každoročně okolo 100 mil. Kč na jejich provoz. Kraj, jako zřizovatel p.o. je povinen hradit provozní i investiční náklady, ale má omezené možnosti o nich rozhodovat. Hlavní rozhodnutí činí úředníci nebo politici, kteří nejsou zcela informovaní o reálné situaci ve zdravotnictví.
V Olomouckém kraji brali v potaz **tři varianty řešení** tohoto problému

- Převést nemocnice do právní formy obchodních společností (s.r.o., a.s.) se zachováním 100 % účasti kraje
- Pronajmout nemocnice (jako objekt práv - podnik) smlouvou o nájmu podniku
- Převedení na obecně prospěšnou společnost.“[12]

---

[10] VÝPIS ZE ZÁPISU PRO OZ, 24 - Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

[11] VÝPIS ZE ZÁPISU PRO OZ, 24 - Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

[12] RADA OK, *Důvodová zpráva*, 10. 6. 2005, Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

Nejvíce krajů se přiklonilo k první variantě a podstoupily transformace na akciové společnosti. „K transformaci v organizaci zdravotní péče přistoupili nebo transformace byla schválena Radou a Zastupitelstvem kraje již v krajích Plzeňském, Hradeckém, Pardubickém, Vysočině, Ústeckém, Karlovarském, Jihočeském, Středočeském, Moravskoslezském, kde nemocnice již byly transformovány do akciových společností (a.s.) nebo jako společnosti s ručením omezeným (s.r.o.). Podle dosavadních zkušeností budou kraje rušit s.r.o. a budou preferovat vznik a.s. V Jihočeském kraji vzniknou ze všech nemocnic a.s. a sloučí se v jeden holding. Ve Středočeském kraji malé nemocnice prodají a větší, které tvoří síť, přemění na a.s.. Právní forma obecně prospěšné společnosti pro provoz nemocnice nebyla dosud v žádném kraji použita.“[13]

2.4 Výhody a.s.

Podle Zastupitelstva Olomouckého kraje má převod na a.s. spoustu výhod. Zajímavé ovšem je, že nevýhody transformace se téměř v žádném krajském materiálu neuvádí.

Výhody a.s.

- „řádná správa majetku, zhodnocení stávajícího i budoucího majetku
- jasná právní úprava pro činnost, jasná právní úprava pro daně
- možnost vstupu zahraničního partnera v rámci EU
- tvorba jasné koncepce a strategie zdravotní péče v OK
- efektivní řízení podle obchodního práva, průhledné hospodaření
- osobní zodpovědnost s jasně definovaným motivačním systémem
- efektivní využití nákladných zdravotnických technologií
- úspora nákladů jak v ZZOK, tak na KÚ OK
- jednotné metodické řízení kvality poskytované akutní lůžkové péče, s možnou specializací ZZOK
- realizace nadefinovaného veřejného zájmu
- silný partner pro vyjednávání se ZP, farmaceutickými, technologickými a stavebními firmami“ [14]

---

[13] VÝPIS ZE ZÁPISU PRO OZ, 24 - Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

[14] RADA OK, *Důvodová zpráva*, 10.6.2005, Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

Další výhody

- větší subjekt má vždy lepší vyjednávací pozici, než deset subjektů malých
- lze koordinovat společné nákupy materiálu i služeb - vyšší objemy, nižší ceny
- je možné vést nákupy přes internetový portál s veřejnou aukcí
- dosáhnout synergie při pořizování investic, dtto při poskytování péče
- manažerská smlouva - přiměřená odpovědnost, pravomoc i odměna
- možnost nemocnice srovnávat, korektní realizace zájmů podle vloženého majetku
- realizace nadefinovaného veřejného zájmu, korektní mzdová politika"[15]

Nabízejí se otázky - Na papíře je to pouze výčet dobrých vlastností, ale děje se to tak ve skutečnosti? Jak to, že když má transformace zdravotnických zařízení na akciové společnosti tolik výhod, přesto se většina nemocnic stále topí v dluzích? Stala se opravdu nějaká organizační nebo strukturální změna, která by vyvedla nemocnice z dluhů, nebo se změnila pouze dvě písmenka za názvem nemocnic?

Důležité jsou jistě organizační změny včetně změny v řízení nově vzniklé společnosti. Převedení zdravotnictví na podnikatelskou činnost vyžaduje velmi kvalitní management, aby se zdravotnická zařízení mohla řídit podle všech zákonitostí a zvyklostí podnikání, které jsou zapsané v obchodním zákoníku.

Důvodová zpráva uvádí, **jak by mělo vypadat vedení a.s.**.

„A.s. bude řídit představenstvo, které jmenuje valná hromada - v případě Olomouckého kraje (jako 100% akcionáře) bude funkci valné hromady vykonávat Rada Olomouckého kraje. Dozorčí rada bude ze 2/3 jmenována valnou hromadou (ROK) a 1/3 bude volena zaměstnanci ZZOK. Vytvoření nové obchodní společnosti bez podstatné změny v oblasti řízení a managementu nepřinese očekávanou změnu. Nemocnice musí být řízeny vysoce kvalifikovaným managementem. Z tohoto pohledu se jeví jako nejvhodnější nesnažit se řídit a obsazovat TOP manažerská místa prostřednictvím vlivu „politiky kraje", ale: buď:

a) najmout si celé manažerské týmy pro řízení jednotlivých nemocnic v případě jediné Nemocnice OK, a.s. nebo

b) pronajmout nemocnice jednomu silnému partnerovi"[16]

---

[15] VÝPIS ZE ZÁPISU PRO OZ, 24 - Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

[16] RADA OK, *Důvodová zpráva*, 10.6.2005, Transformace nemocnic zřizovaných OK

V závěru důvodové zprávy je uvedeno doporučení pro OK. Zajímavé je, že se zde uvádí skutečnost, že samotné převedení nemocnic na jednu akciovou společnost nic neznamená, tudíž nic důležitého se nestane. Je nezbytné udělat i ten druhý krok, což je výběr z výše uvedených variant.

„Olomouckému kraji byla navržena jako optimální forma vytvoření jedné akciové společnosti, přičemž jejím zakladatelem a jediným akcionářem by byl Olomoucký kraj. V první fázi došlo k založení společnosti a po jejím vzniku bylo rozhodnuto o jejím dalším fungování, způsobu řízení, převedení činnosti stávajících příspěvkových organizací, majetkoprávních otázkách a rovněž řešení závazků stávajících nemocnic. Navržená struktura je transparentním řešením, které žádným způsobem neomezí chod stávajících zdravotnických zařízení a neznamená ani změny ve stávající majetkové struktuře.“[17]

2.5 Konkrétní postup transformace

K převodu na a.s. je však zapotřebí učinit některé nezbytné administrativní kroky, které se váží k zápisu a.s. do obchodního rejstříku. Zvýšení základního kapitálu a vložení nemocnic do akciové společnosti se skládá v zásadě z těchto částí:

1. „schválení změny stanov akciové společnosti – rozšíření předmětu podnikání o činnosti, které dosud provozovaly příspěvkové organizace
2. schválení vkladu podniků – nemocnic do akciové společnosti
3. schválení zvýšení základního kapitálu
4. pořízení notářského zápisu o rozhodnutí o změně stanov a zvýšení základního kapitálu
5. zápis usnesení o zvýšení základního kapitálu do obchodního rejstříku
6. uzavření smlouvy o upsání akcií mezi akciovou společností a jediným akcionářem
7. splacení vkladů
8. zápis zvýšení základního kapitálu do obchodního rejstříku“[18]

Aby mohly být nemocnice součástí akciové společnosti, musí se navýšit kapitál a.s. o hodnotu jejich majetku, kterou určí odborný znalecký posudek. Na konci roku 2006 je vypracován znalecký posudek o hodnotě tří nemocnic, které se měly stát součástí Nemocnice Olomouckého kraje a.s. (NOK a.s.).

---

[17] RADA OK, *Důvodová zpráva*, 10.6.2005, Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

[18] RADA OK, *Důvodová zpráva*, 10.6.2005, Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

***Tabulka č.4* Znalecký posudek hodnoty nemocnic NOK a.s**.

Znalecký posudek hodnoty nepeněžitého vkladu	
Nemocnice Přerov	164 441 000 Kč
Nemocnice Šternberk	104 587 000 Kč
Nemocnice Prostějov	230 343 000 Kč

„Výše navrhovaného zvýšení základního kapitálu se musí odvíjet od znaleckých posudků. Musí však být také vytvořena rezerva (tzv. emisní ážio) mezi navrhovaným zvýšením základního kapitálu a skutečnou hodnotou podniku uvedenou ve znaleckém posudku, protože v mezidobí od rozhodnutí o zvýšení základního kapitálu a vlastním předáním podniku do vlastnictví společnosti může dojít k výkyvům v hodnotě podniku a rozdíl mezi navrhovaným zvýšením a skutečnou hodnotou slouží k tomu, aby byly tyto výkyvy eliminovány.“[19]

Představenstvo NOK a.s. na základě tohoto znaleckého posudku navrhuje navýšení základního kapitálu NOK a.s. o 400 mil. Kč. Z původních 4 mil. Kč se celková hodnota základního kapitálu NOK a.s. zvýšila na částku 404 mil. Kč.

***Tabulka č.5* Navýšení základního kapitálu NOK a.s. o nominální hodnotu akcií**

Zvýšení základního kapitálu (nominální hodnota akcií)	
Nemocnice Přerov	100 000 000 Kč
Nemocnice Šternberk	100 000 000 Kč
Nemocnice Prostějov	200 000 000 Kč

Jmenovitá hodnota jedné akcie je 1 mil. Kč, takže se k základnímu kapitálu upisovalo 400 nových kmenových akcií, které jsou však veřejně neobchodovatelné. Aby se dosáhlo synergického efektu, jsou všechny nemocnice v kraji pod záštitou jedné akciové společnosti, jejímž jediným vlastníkem je kraj. Následně mohlo dojít k rozhodnutí, zda nemocnice celé pronajmout, nebo si najmout manažerské týmy pro jejich řízení. Dnes už víme, že Olomoucký kraj si vybral variantu pronájmu. Nájemcem je Středomoravská nemocniční a.s., která nyní platí nájem z pronájmu ZZ a jejich provozní i investiční náklady. Olomoucký kraj je zatím jediný, který se vydal cestou pronájmu nemocnic. Nájemní smlouva byla podepsána na dvacet let. Na první pohled se jeví být velkou výhodou, že v současné době nemusí Olomoucký kraj platit provozní a investiční náklady svých nemocnic, ale podle nájemní smlouvy

[19] ZASTUPITEPLSTO OK, *Důvodová zpráva*, 13.12.2006, 25 - Nemocnice OK, a.s. – navýšení základního kapitálu vkladem podniků

reinvestuje 96% z nájemného zpět do svých nemocnic. Na druhou stranu, i když OK platí investiční náklady do svého nemovitého majetku, je riziko, že v budoucnu bude hodnota nemovitého majetku pravděpodobně vyšší než dnes. Z movitého majetku bude OK mít jen velmi málo majetku ve vlastnictví kraje, pak bude otázka, jak se s touto situací OK vyrovná, pokud by nájemce nechtěl pokračovat v dosavadní činnosti

Kraj, který pouze změní právní formu svých nemocnic, ale neudělá ten druhý důležitý krok, protože věří svému stávajícímu managementu, se nesmí divit, že stále platí stovky milionů za provoz nemocnic. Pouze kraj, který po transformaci zdravotnických zařízení učiní i druhý krok, to znamená, že provede skutečnou restrukturalizaci a vymění celý vrcholový management, tak jen takový kraj má šanci na nějakou pozitivní změnu ve fungování svých organizací.

2.6 Výsledky

Na vedení krajských odborů zdravotnictví jsem rozeslal poštou dopis (viz. PŘÍLOHA) s žádostí o poskytnutí informací o finančních prostředcích, kterými financují kraje zdravotnická zařízení s akutní lůžkovou péčí. Odpověď mi přišla většinou emailem, pouze u 2 krajů mi byla doručena dopisem. Odpovědi obsahovaly žádané informace zpracované do tabulky, nebo odkaz na webové stránky – výroční zprávy, kde jsou tyto informace veřejně dostupné.

V tabulkách jsou zpracovány finanční dotace jednotlivých krajů nemocnicím v tisících Kč do konce roku 2011. Jelikož údaje z roku 2012 nebyly kompletní nebo se jednalo o odhad, nejsou ve výsledcích uvedeny.

Také zde nejsou uvedeny informace z Hlavního města Prahy (HMP), jelikož v písemné odpovědi na můj dopis stálo: „Odbor zdravotnictví, sociální péče a prevence HMP má ve své působnosti 5 příspěvkových organizací – Centrum léčebné rehabilitace, Dětský domov Charlotty Masarykové, Městskou nemocnici následné péče, městskou polikliniku Praha a Zdravotnickou záchranou složku HMP. Ani jedna z těchto příspěvkových organizací však neposkytuje akutní lůžkovou péči.“[20]

[20] JEŽEK, M. (ředitel odboru ZSP MHMP), *Odpověď na žádost o informace. 15.12.2012*

2.6.1 Dotace jednotlivých krajů na ZZ s akutní lůžkovou péčí

Tabulka č. 6: Dotace **Olomouckého kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	242 216	246 856	234 125	232 844	225 632	231 835
Investiční	26 132	22 150	15 935	7 015	13 703	6 350
Celkové	**268 348**	**269 006**	**250 060**	**239 859**	**239 335**	**238 185**

Tabulka č. 7: Dotace **Jihočeského kraje** na ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	47 885	49 365	47 449	49 928	54 173	55 542
Investiční	98 039	79 562	110 100	90 200	87 912	134 820
Celkové	**145 924**	**128 927**	**157 549**	**140 128**	**142 085**	**190 362**

Tabulka č. 8: Dotace **Jihomoravského kraje** na ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	24 646	23 860	23 621	18 193	20 676	16 392
Investiční	146 804	429 643	148 517	65 337	22 398	107 568
Celkové	**171 450**	**453 503**	**172 138**	**83 530**	**43 074**	**123 960**

Tabulka č. 9: Dotace **Karlovarského kraje** na ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	130 000	162 000	172 000	179 000	167 000	162 550
Investiční	33 750	20 100	2 070	7 000	0	6 600
Celkové	**163 750**	**182 100**	**174 070**	**186 000**	**167 000**	**169 150**

Tabulka č. 10: Dotace **Královehradeckého kraje** na ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	110 192	157 188	166 140	286 852	250 695	248 580
Investiční	83 413	68 921	111 485	171 049	57 623	25 458
Celkové	**193 605**	**226 109**	**277 625**	**457 901**	**308 318**	**274 038**

Tabulka č. 11: Dotace **Libereckého kraje** na ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	20 552	10 893	4 792	5 687	35 090	5 124
Investiční	43 950	31 778	45 663	71 801	35 518	10 281
Celkové	**64 502**	**42 671**	**50 455**	**77 488**	**70 608**	**15 405**

Tabulka č. 12: Dotace **Moravskoslezského kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	335 277	398 278	426 244	446 061	447 800	475 647
Investiční	156 133	186 646	330 248	172 288	238 145	210 408
Celkové	**491 410**	**584 924**	**756 492**	**618 349**	**685 945**	**686 055**

Tabulka č. 13: Dotace **Pardubického kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	22 115	13 871	104 950	121 263	107 109	233 941
Investiční	114 664	132 895	129 779	97 547	69 018	25 106
Celkové	**136 779**	**146 766**	**234 729**	**218 810**	**176 127**	**259 047**

Tabulka č. 14: Dotace **Plzeňského kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	14 883	34 260	28 113	24 435	84 577	8 927
Investiční	18 308	16 083	111 560	66 384	21 912	8 600
Celkové	**33 191**	**50 343**	**139 673**	**90 819**	**106 489**	**17 527**

Tabulka č. 15: Dotace **Středočeského kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	169 911	95 664	73 585	173 248	174 145	166 500
Investiční	161 596	288 353	249 093	573 317	289 824	971 175
Celkové	**331 507**	**384 017**	**322 678**	**746 565**	**463 969**	**1137 675**

Tabulka č. 16: Dotace **Ústeckého kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	328 745	317 789	274 729	300 675	307 392	308 648
Investiční	33 901	55 432	41 967	467 380	183 415	184 743
Celkové	**362 646**	**373 221**	**316 696**	**768 055**	**490 807**	**493 391**

Tabulka č. 17: Dotace **Kraje Vysočina** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	139 533	131 140	218 079	158 221	146 307	75 644
Investiční	144 433	178 797	137 844	120 443	48 845	42 601
Celkové	**283 966**	**309 937**	**355 923**	**278 664**	**195 152**	**118 245**

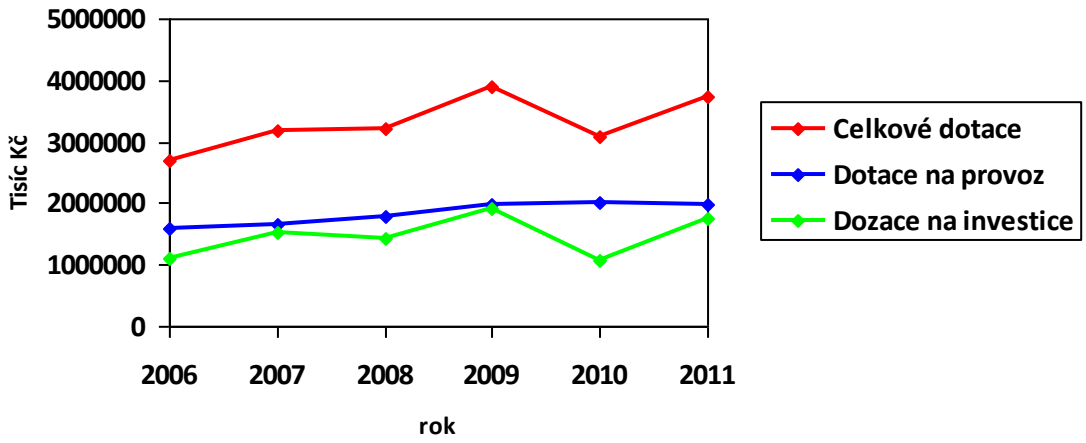
Tabulka č. 18: Dotace **Zlínského kraje** ZZ s akutní lůžkovou péčí

Náklady\rok	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Provozní	18 522	15 300	11 169	35	355	215
Investiční	27 117	3 655	3 317	0	0	8 981
Celkové	**45 639**	**18 955**	**14 486**	**35**	**355**	**9196**

v tis. Kč

2.6.2 Celkové dotace krajů na ZZ s akutní lůžkovou péčí v letech 2006 - 2011

Graf č. 10: **Dotace krajů zdravotnickým zařízení za období 2006 - 2011**



Tabulka č. 19: **Celkové dotace krajů České republiky na ZZ v letech 2006 - 2011**

Kraj	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Jihočeský	145 924	128 927	157 549	140 128	142 085	190 362
Jihomoravský	171 450	453 503	172 138	83 530	43 074	123 960
Karlovarský	163 750	182 100	174 070	186 000	167 000	169 150
Královehradecký	193 605	226 109	277 625	457 901	308 318	274 038
Liberecký	64 502	42 671	50 455	77 488	70 608	15 405
Moravský	491 410	584 924	756 492	618 349	685 945	686 055
Olomoucký	268 348	269 006	250 060	239 859	239 335	238 185
Pardubický	136 779	146 766	234 729	218 810	176 127	259 047
Plzeňský	33 191	50 343	139 673	90 819	106 489	17 527
Středočeský	331 507	384 017	322 678	746 565	463 969	1 137 675
Ústecký	362 646	373 221	316 696	768 055	490 807	493 391
Vysočina	283 966	309 937	355 923	278 664	195 152	118 245
Zlínský	45 639	18 955	14 486	35	355	9 196
Celkem	**2 692 717**	**3 170 479**	**3 222 574**	**3 906 203**	**3 089 264**	**3 732 236**
Z toho na provoz	**1 604 477**	**1 656 464**	**1 784 996**	**1 996 442**	**2 020 951**	**1 989 545**
Z toho na invest.	**1 088 240**	**1 514 015**	**1 437 578**	**1 909 761**	**1 068 313**	**1 742 691**

v tis. Kč

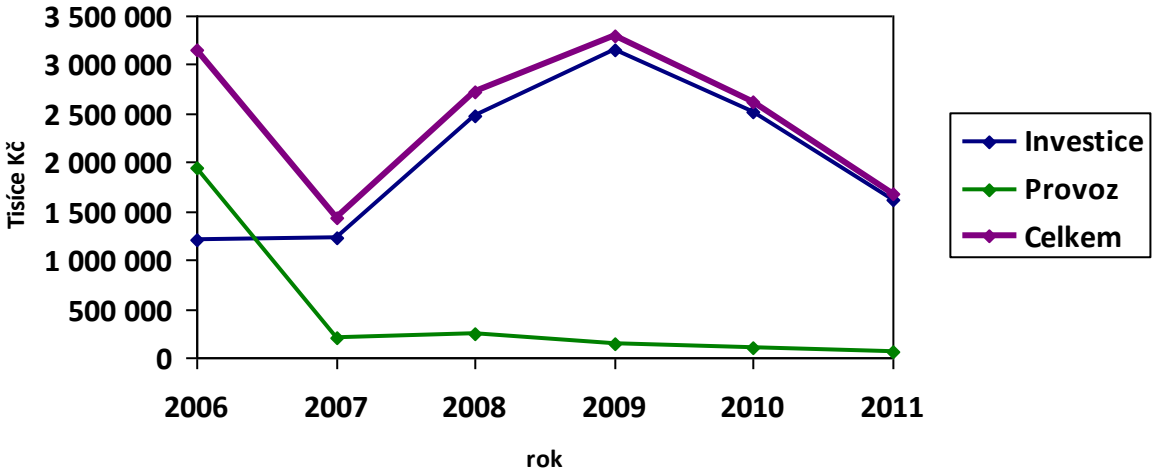
2.6.3 Finanční prostředky poskytnuté MZČR fakultním nemocnicím

Tabulka č. 20: **Finanční prostředky poskytnuté MZČR fakultním nemocnicím**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Investice	1 207 051	1 219 248	2 476 824	3 142 438	2 513 627	1 621 008
Provoz	1 942 411	203 839	251 264	150106	99 388	55 080
Celkem	**3 149 462**	**1 423 087**	**2 728 088**	**3 292 544**	**2 613 015**	**1 676 088**

v tis. Kč

Graf č. 11: **Finanční prostředky poskytnuté MZČR fakultním nemocnicím**



2.7 Komentář, potvrzení hypotézy

Ve výše uvedených tabulkách jsou znázorněny částky v tis. Kč, které vkládaly kraje do svých ZZ v letech 2006 až 2011. Informace o rozčlenění a výši provozních a investičních dotacích v jednotlivých krajích není cílem této práce a má pouze informativní charakter. Cílem práce bylo zjistit, jaká byla nezbytně nutná výše dotací do ZZ jednotlivých krajů, bez ohledu na to, o jakou dotaci šlo. Když se podíváme na provozní (neinvestiční) náklady, zjistíme, že všechny kraje platí nemalé částky do svých ZZ s akutní lůžkovou péčí. Například ve Zlínském kraji, kromě uvedených dotací, v uvedeném období 2006- 2012, krajský úřad navýšil základní kapitál u svých ZZ, které jsou a. s., peněžitým vkladem ve výši 350 mil. Kč a nepeněžitým vkladem ve výši 2 393,7 mld. Kč. Tuto skutečnost je možné brát rovněž jako dotaci.

Z výsledků Tab. 19 a tab. č. 20, je zřejmé, že za období 2006-2011 kraje subvencovaly do svých ZZ celkově 19,8 mld. Kč a MZ do fakultních nemocnic, u kterých je zřizovatelem částkou 14,9 mld. Kč. Celková podpora nemocnic, bez ohledu na zřizovatele v letech 2006-2011 dosáhla výše 34,7 mld Kč. Pokud bych do této sumy zahrnul i navýšení kapitálu a peněžité vklady ve Zlínském kraji, pak by tato suma byla 37.444 mld. Kč.

Nemocnice uvedené v tabulkách mají různé zřizovatele. Jednak MZ, kde jde o státní nemocnice a krajské nemocnice, které jsou nestátní. Některé mají statut p.o. a jiné a.s. Z výsledků však vyplývá, že všechny nemocnice potřebují ke svému fungování dotace, a to jak provozní, tak investiční, a to bez ohledu o jakou právní formu té které nemocnice jde. Ročně v průměru byla ZZ dotována v celé ČR částkou přibližně 6 mld. Kč. To je s velkou pravděpodobností suma, o kterou je zdravotnictví v České republice podfinancováno.

Transformace ZZ na akciové společnosti měla vytvořit samofinancovatelný systém, to se však ve většině případů nepovedlo. Není tak důležité, že některé kraje dotují ZZ více a jiné méně. Důležité je, že tento problém tu stále zůstává a samotná realizace transformace neplní svůj účel, **což potvrzuje mnou stanovenou hypotézu** a s největší pravděpodobností jde o chybu systému nejen celého financování zdravotnictví v ČR, ale i chybu v organizaci poskytování zdravotní péče, a to v první řadě v jednotlivých ZZ.

Za zmínku stojí i povšimnout si v tabulce č. 20 a grafu č. 11(str. 37), postupně se snižující výše finančních prostředků poskytnutých MZČR fakultním nemocnicím, které většinou hospodaří s vyrovnaným rozpočtem. Možná je to tím, že fakultní nemocnice jsou pod dosti silným tlakem svého zřizovatele, tedy MZ ČR, které provádí pravidelnou kontrolu hospodaření i celkového fungování organizace. Management těchto organizací, na rozdíl od organizací krajských, pracuje pod silným tlakem zřizovatele. Přesto je velmi pravděpodobné, že i když se podaří tento trend udržet, tak ani fakultní nemocnice se nestanou samofinancovatelné pouze z plateb od zdravotních pojišťoven. U krajských nemocnic však ani tento pozitivní fakt nevidíme.

ZÁVĚR

Tato práce je zaměřena na financování zdravotnictví během a po transformaci ZZ v ČR. V teoretické části jsou uvedeny jednotlivé systémy zdravotnictví, které se využívají ve světě. Dále pak historický vývoj zdravotnictví u nás, od doby vzniku Československa až po současnost. Práce poukazuje na vývoj lůžkové péče a trendy v počtu lékařů, délce ošetřovací doby a s tím společné výdaje na zdravotnictví. Podle údajů, které jsem získal z ročenek UZIS, jsem zjistil, že s největší pravděpodobností je lůžek akutní péče nadbytek a relativně nadbytečný je i počet lékařů vzhledem k počtu lůžek a zkracující se průměrné délce ošetřovací doby.

Díky aktuální zdravotnické statistice z webových stránek www.uzis.cz jsem měl možnost se dostat k zajímavým informacím od historických dat až po ta současná a mohl jsem najít cestu, po které jde zdravotnictví ČR z minulosti až do dnešní doby. Hlavní pozornost je však věnována transformaci zdravotnictví, která probíhá od roku 2006 a ještě nebyla zdaleka dokončena. Je skutečností, že transformace ZZ na a.s. je v materiálech Zastupitelstev a Rad krajů velmi pozitivně zdůvodněná. Poněkud mi v uvedených materiálech chybí i kritický pohled na tuto problematiku, protože žádná záležitost nemá jen vše pozitivní, ale má i své negativní aspekty. Otázkou tedy zůstává, co jednotlivé kraje s touto problematikou udělají, a jak budou hledat cesty, jak tento velký problém řešit. Jelikož mnoho ZZ v ČR ještě neudělalo ani první krok a stále formálně vystupují jako p.o. a další ZZ změnili pouze právní formu, ale nezměnili současně organizační strukturu, nemůžeme hodnotit, jaký je a bude celkový efekt z transformace.

Předpoklad krajů o transformaci byl takový, že po převedení ZZ na a.s. nebudou muset dotovat jejich provoz. Cílem moji práce je potvrdit či vyvrátit tento předpoklad jednotlivých krajů. Ze získaných informací jsem vytvořil výsledky práce. Potvrdila se hypotéza, že většina krajů stále musí dotovat provoz svých ZZ s akutní lůžkovou péčí i po transformaci na a.s. Předpokládaný teoretický efekt transformace se v praxi nedostavil. Zdravotnická zařízení, převedená na a.s., však mají jednu nezanedbatelnou konkurenční výhodu proti jiným obchodním společnostem. Jde o organizace ve veřejném zájmu, a tak jen obtížně je možné očekávat, že by i v případném špatném hospodaření musely na sebe vyhlásit konkurz.

V práci je uveden proces transformace, jeho příčiny i varianty řešení. Jako první krok uvádím potřebu změny právní formy nemocnic z nežádoucí p.o. na a.s., nebo jinou obchodní společnost, která bude slučitelná s aplikací dalších kroků transformace. Hlavním problémem se ukázalo, že samotná změna právní formy ZZ nevede k potřebnému ekonomickému efektu, protože v řízení těchto ZZ se nic nezměnilo od doby, kdy jejich firma byla p.o. K tomu je zapotřebí správné reorganizace nemocnic, kterou uvádím jako druhý potřebný krok. Jako jedno z možných řešení se v práci nachází příklad z Olomouckého kraje, kde byla všechna ZZ poskytující akutní lůžkovou péči pronajata jiné právnické osobě. Olomoucký kraj se tak sice zbavil subvence provozních výdajů svých ZZ, ale takové řešení může mít i určité negativní následky v budoucnu.

Do výsledků jsou zahrnuty tyto kategorie ZZ:

1. p.o., které vlastní kraj
2. p.o, které vlastní stát (MZČR)
3. a.s., které vlastní kraj
4. a.s., které pronajímá kraj

Ve všech kategoriích dochází k subvenci ZZ, bez které by tato zařízení nemohla provozovat svoji činnost. Zdravotnictví ČR není zadlužené kvůli špatné právní formě ZZ, ale jedná se o chyby uvnitř systému. Ukázalo se tedy, že ať vystupuje ZZ pod jakoukoliv právní formou, nemá to zásadní vliv na její hospodaření.

Transformací nemocnic na a.s. se ČR přiblížila tržnímu modelu zdravotnictví, jelikož se o zdravotní péči starají soukromé ekonomické subjekty, které se řídí obchodním zákoníkem. Zásadním odlišením od tržního modelu (uplatňovaném např. v USA) je legislativní pohled na zdravotnictví v ČR, jelikož Ústava ČR garantuje bezplatnou zdravotní péči všem občanům a zároveň zákon č. 550 z roku 1991 udává všeobecnou povinnost platit zdravotní pojištění. V zemích, kde funguje tržní systém, stát negarantuje zdravotní péči pro občany ani je nenutí platit zdravotní pojištění. Stát tak nenese odpovědnost za případné zadlužení, či špatné hospodaření ve zdravotnictví. To, v případě ČR, říct nemůžeme! V této situaci by bylo žádoucí, aby stát zasahoval do zdravotní péče, kterou poskytují soukromé společnosti nebo změnil Ústavu ČR a zákony, jelikož nelze garantovat bezplatnou zdravotní péči, zavádět povinné zdravotní pojištění a zároveň se distancovat od finanční odpovědnosti za ZZ.

Myšlenka zavedení ryze tržního modelu však může způsobit nedostupnost kvalitní péče pro vrstvy obyvatel s nižším příjmem (podobně jako v USA). Řešením tohoto problému by mohlo být to, kdyby se podařilo dosáhnout situace, kdy zdravotní péče je hlavně levná, a proto dostupná, a zároveň s dostačující kvalitou. Jinak řečeno, otázka by byla, zda zdravotnictví dokáže poskytnout kvalitní péči i méně majetným lidem a zároveň udržet ekonomickou rovnováhu. Na prvním místě je dostupnost finanční, bohužel na úkor dostupnosti místa, kde se ZZ nachází. Pro většinu občanů je důležitá místní dostupnost, jelikož mají zajištěnou finanční dostupnost díky povinným platbám zdravotního pojištění.

Dle mého názoru by jednou z variant mohlo být to, aby všechny ZZ poskytující akutní lůžkovou péčí vystupovaly jako a.s. nebo jiná obchodní společnost, ale se všemi aspekty, které pro tyto organizace vyplývají z obchodního zákoníku. Tyto společnosti by nemusel vlastnit stát ani kraj, ale mohly by být z velké většiny ve vlastnictví soukromých právnických osob, ale s plnou trestněprávní i hospodářskou odpovědností. Toto by se ale nemělo týkat sítě fakultních nemocnic, protože by jinak stát přišel o veškerou kontrolu nad poskytovanou zdravotní péčí. Správní a finanční řízení ZZ by měli provádět kvalifikovaní ekonomové, kteří by byli odměňováni jak fixní, tak i progresivní složkou platu, která by byla proplácena ze zisku ZZ. Stát by měl své pojištěnce jako dosud, pouze by neplatil za jednoho pojištěnce 723 Kč měsíčně, ale stejně jako zaměstnanci 3000 Kč měsíčně. To je ale zřejmě nereálné!

Pro potřebný ekonomický efekt ve zdravotnictví, je potřeba eliminovat všechna místa, kde se s penězi zbytečně plýtvá. S penězi, určenými pro zdravotnictví, se musí jednat opravdu v rukavičkách, protože lékaři jsou nejen v ČR, ale na celém světě významnou elitou, která představuje pro lidstvo velmi cennou a nenahraditelnou hodnotu, kterou je zdraví.

ANOTACE

Příjmení a jméno autora: Josef Rajmon

Instituce: Moravská vysoká škola Olomouc

Název práce v českém jazyce:

Transformace nestátních zdravotnických zařízení v České republice

Název práce v anglickém jazyce:

Transformation of private healthcare facilities in the Czech Republic

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

Počet stran: 49

Počet příloh: 1

Rok obhajoby: 2013

Klíčová slova v českém jazyce:

Transformace ZZ, akutní lůžková péče, ambulantní péče, model zdravotnického systému, zdravotnická statistika, zdravotní péče, zdravotní pojištění, dostupnost a kvalita zdravotní péče, délka ošetřovací doby

Klíčová slova v anglickém jazyce:

Transformation of healthcare facilities, acute inpatient care, outpatient care, medical model system, health statistics, health care, health insurance, accessibility and quality of health care, length of hospital stay.

Abstrakt

Práce obsahuje informace o způsobu financování zdravotnictví v ČR se zaměřením na transformaci akutní lůžkové péče v období 2006 až 2011. Cílem práce je objasnit důvody transformace a potvrdit či vyvrátit předpoklad krajů, že po transformaci zdravotnických zařízení s akutní lůžkovou péčí nebudou muset dotovat jejich provoz. V teoretické části je zachycen vývoj zdravotnických systémů u nás, od první republiky až po současnost. Na to navazují dlouhodobé trendy v důležitých ukazatelích, jako jsou lůžková kapacita, počet lékařů, délka ošetřovací doby a výdaje ve zdravotnictví. V praktické části je uvedeno odůvodnění transformace akutní lůžkové péče a její rozbor. Ve výsledcích se nachází dotace jednotlivých krajů ČR na svá zdravotnická zařízení s akutní lůžkovou péčí a také dotace MZ, které směřují do fakultních nemocnic v ČR. Výsledky jsou okomentovány v diskusi a zahrnuty v závěru.

Abstract

The work contains information on how to finance health care in the Czech Republic with a focus on the transformation of acute inpatient care in the period 2006 to 2011. The aim is to clarify the reasons for transformation and to confirm or refute the presumption counties that after transformation of private healthcare facilities with acute inpatient care will not have to subsidize their operations. The theoretical part describes the progress of health care systems in this country, from the First Republic to the present. To follow long-term trends in key indicators such as capacity, number of physicians, length of stay was and healthcare spending. In the practical part, a justification transformation acute inpatient care and its analysis. The results is a grant individual regions to its private healthcare facilities with acute inpatient care and subsidies from the Ministry of Health, which seek to teaching hospitals in the country. The results are commented in the discussion and included at the end.

LITERATURA A PRAMENY

DURDISOVA, J. *Ekonomika zdraví.* Praha: Oeconomica, 2005, 228 stran, ISBN 80-245-0998

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2003, 380 stran, ISBN 80-7226-996-8

VURM, V. Vybrané *kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: MANUS, 2004, 100 stran, ISBN 80-86571-07-6

www.uzis.cz, *Zdravotnická statistika, kardexy, ročenky, mimořádné publikace*

RADA OLOMOUCKÉHO KRAJE, *Důvodová zpráva*, 10.6.2005, Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

ZASTUPITEPLSTO OLOMOUCKÉHO KRAJE, *Důvodová zpráva*, 13.12.2006, 25 - Nemocnice Olomouckého kraje, a.s. – navýšení základního kapitálu vkladem podniků

VÝPIS ZE ZÁPISU PRO OZ, 24 - Transformace nemocnic zřizovaných Olomouckým krajem

SEZNAM ZKRATEK

a.s. – akciová společnost
ČLK – Česká lékařská komora
HMP – hlavního města Prahy
KÚ – krajský úřad
NOK a.s. – Nemocnice Olomouckého kraje a.s.
MHMP – Magistrát hlavního města Prahy
MZ – Ministerstvo zdravotnictví
MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OK – Olomoucký kraj
p.o. – příspěvková organizace
ROK – Rada Olomouckého kraje
UZIS – Ústav zdravotnických informacích a statistiky
ZOK – Zastupitelstvo Olomouckého kraje
ZP – zdravotní pojišťovna
ZSP – zdravotnictví, sociální péče a prevence (odbor)
ZZ – zdravotnické zařízení
ZZOK – zdravotnická zařízení Olomouckého kraje

SEZNAM TABULEK

Tab.č.1 Výhody a nedostatky zdravotnických systémů 12

Tab.č.2 Vývoj počtu lékařů včetně zubařů, přepočet na 10 000 obyvatel v období 1970 – 2011 19

Tab.č.3 Vývoj výdajů na zdravotnictví v absolutních číslech v milionech Kč 22

Tab.č.4 Znalecký posudek hodnoty nemocnic NOK a.s. 33

Tab.č.5 Navýšení základního kapitálu NOK a.s. o nominální hodnotu akcií 33

Tab.č.6 Dotace Olomouckého kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.7 Dotace Jihočeského kraje na ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.8 Dotace Jihomoravského kraje na ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.9 Dotace Karlovarského kraje na ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.10 Dotace Královehradeckého kraje na ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.11 Dotace Libereckého kraje na ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.12 Dotace Moravskoslezského kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.13 Dotace Pardubického kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 35

Tab.č.14 Dotace Plzeňského kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 36

Tab.č.15 Dotace Středočeského kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 36

Tab.č.16 Dotace Ústeckého kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 36

Tab.č.17 Dotace Kraje Vysočina ZZ s akutní lůžkovou péčí 36

Tab.č.18 Dotace Zlínského kraje ZZ s akutní lůžkovou péčí 36

Tab.č.19 Celkové dotace krajů České republiky na ZZ v letech 2006 – 2011 37

Tab.č.20 Finanční prostředky poskytnuté MZČR fakultním nemocnicím 37

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 Střední délka života při narození obyvatel evropských států 2009/2010 14

Graf č. 2 Vývoj střední délky života obyvatel ČR v období 1955 – 2010 15

Graf č. 3 Rozdělení lůžkového fondu dle zřizovatele pro rok 2011 18

Graf č. 4 Vývoj počtu lůžek v nemocnicích na 10 000 obyvatel v období 1990 – 2011 20

Graf č. 5 Využití nemocničních lůžek podle počtu dnů v roce, kdy byla lůžka obsazená 21

Graf č. 6 Průměrná ošetřovací doba na nemocničním lůžku v období 1990 – 2011 21

Graf č. 7 Vývoj výdajů na zdravotnictví z pohledu pojišťoven, státu, krajů a občanů 22

Graf č. 8 Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věku a pohlaví v roce 2010 23

Graf č. 9 Věkové složení obyvatelstva k 1.7.2011 23

Graf č.10 Dotace krajů zdravotnickým zařízení za období 2006 – 2011 36

Graf č.11 Finanční prostředky poskytnuté MZČR fakultním nemocnicím 37

PŘÍLOHA
DOPIS ADRESOVANÝ VEDENÍ KRAJSKÝM ODBORŮM VE ZDRAVOTNICTVÍ NA MZČR

V Olomouci dne 22.10.2012

Dobrý den,

Jsem student ekonomiky a managementu a potřebuji informace o krajských zdravotnických zařízeních pro vypracování bakalářské práce. Můžete mi, prosím, zaslat přesná data o **výši investičních a neinvestičních finančních prostředků (dotace) v letech 2008 – 2012**, které jste dali do svých krajských zdravotnických zařízení?

Na tyto informace mám ze zákona nárok a chci je použít jako stěžejní informace pro moji bakalářskou práci.

Děkuji za odpověď.

S pozdravem Josef Rajmon

Thomayerova 14, Olomouc, 779 00, josef.rajmon@seznam.cz ,733 112 622

V Olomouci dne 9.1.2013

Dobrý den.

Jsem student ekonomiky a managementu a potřebuji informace o fakultních nemocnicích (je jich 11) pro vypracování bakalářské práce. Můžete mi, prosím, zaslat přesná data o **celkové výši (suma) investičních a celkové výši (suma) neinvestičních finančních prostředků (+dotace) v letech 2006 – 2012**, které jste vložili do Fakultních nemocnic? Nejde o to, kolik šlo do které nemocnice, ale o celkovou finanční částku (v letech 2006 – 2012), pro všechny nemocnice s akutní lůžkovou péčí, kde je zřizovatelem MZ.

Na tyto informace mám ze zákona nárok a chci je použít jako stěžejní informace pro moji bakalářskou práci.

Děkuji za odpověď.

S pozdravem Josef Rajmon

Thomayerova 14, Olomouc, 779 00, josef.rajmon@seznam.cz, 733 112 622