Univerzita Pardubice

Fakulta ekonomicko-správní

Transformace nemocnic v Olomouckém kraji

Petra Ptáčková

Bakalářská práce

2009

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Ústav ekonomie
Akademický rok: **2008/2009**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Petra PTÁČKOVÁ**
Studijní program:	**B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor:	**Management podniku - Management malých a středních podniků**
Název tématu:	**Transformace nemocnic v Olomouckém kraji**

Zásady pro vypracování:

Úvod
1. Současný stav zdravotnictví
2. Návrh transformace
3. Výsledek transformace
4. Komparace
5. Souhrn výsledků

Závěr
Literatura

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: **cca 30 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

1) **INTERNET. http://www.kr-olomoucky.cz**

2) **MALÝ I. Problém alokace zdrojů ve zdravotnictví. Brno: MU Brno, 1998**

3) **MALÝ I. ,PAVLÍK M. K předpokladům úspěchu reformy zdravotnictví v České republice. Praha: Asoc. pro rozv. soc. lék. a řízení péče, 2005**

4) **MÁŠOVÁ H. , KŘÍŽOVÁ E. České zdravotnictví - vize a skutečnost. Praha: Karolinum, 2005**

5) **WAN T. T. H. Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče. Olomouc: VUP, 1998**

Vedoucí bakalářské práce: **doc. Ing. Jaroslav Pilný, CSc.**
Ústav ekonomie

Datum zadání bakalářské práce: **24. června 2008**

Termín odevzdání bakalářské práce: **1. května 2009**

doc. Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
děkanka

L.S.

doc. Ing. Jolana Volejníková, Ph.D.
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 22. září 2008

Prohlášení autora

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 2. 4. 2009

Petra Ptáčková

Tímto děkuji panu doc. Ing. Jaroslavu Pilnému, CSc. a panu doc. MUDr. Václavu Rýznarovi, CSc. MBA za cenné rady a odborné připomínky, kterými přispěli k vypracování této bakalářské práce.

Petra Ptáčková

ANOTACE

Bakalářská práce se zabývá přeměnou nemocnic Olomouckého kraje z příspěvkových organizací na akciovou společnost. Jejím cílem je popsat důvody směřující k transformaci, její proces a výsledek v nemocnicích ve Šternberku, Prostějově a Přerově s následnou komparací stavu transformace ve vybraných krajích.

KLÍČOVÁ SLOVA

Olomoucký kraj, nemocnice, zdravotnictví, transformace

TITLE

Transformation of hospitals in Olomouc region

ANNOTATION

The Bachelor thesis is considering the conversion of the hospitals in Olomouc region from allowance organizations to joint-stock companies. Its main goal is to define the reasons leading to the transformation, its process and the accomplishment in the hospitals in Šternberk, Přerov and Prostějov with a further comparison with the selected regions.

KEYWORDS

Olomouc region, hospital, health, transformation

Obsah

1 Úvod 9
2 Zdravotnictví v ČR 10
2.1 Zdraví 10
2.2 Zdravotnictví 10
2.3 Stručná historie českého zdravotnictví 11
2.4 Stav zdravotnictví v ČR 12
2.5 Financování zdravotnictví v ČR 14
3 Zdravotnictví v Olomouckém kraji 17
3.1 Olomoucký kraj 17
3.2 Nemocnice v Olomouckém kraji 18
4 Transformace 20
4.1 Důvody směřující k transformaci 20
4.2 Návrh transformace v Olomouckém kraji 22
4.3 Řešení transformace 27
5 Výsledek transformace 33
5.1 Hospodaření nemocnic 33
5.2 Kvalita poskytování služeb 37
5.3 Stav nemocnic 38
5.4 Plán střednědobého rozvoje na období 2009 – 2013 39
6 Komparace 40
6.1 Stav transformace v ostatních krajích 40
6.2 Hospodaření nemocnic ve vybraných krajích 44
6.3 Mzdy ve zdravotnictví ve vybraných krajích 48
7 Závěr 51
8 Zdroje 54
9 Seznam zkratek 56
Přílohy 57

Seznam tabulek

Tabulka 1- Rozdělení nemocnic dle zřizovatele v roce 2007 12
Tabulka 2 - Celkové výdaje na zdravotnictví v 2003 - 2007 (v mil Kč) 14
Tabulka 3 - rozdělení počtu obyvatel v Olomouckém kraji k 31.6.2008 18
Tabulka 4 - Akutní lůžková péče v roce 2007 19
Tabulka 5 - SWOT analýza pro tři jednotlivé a. s. 24
Tabulka 6 - SWOT analýza 25
Tabulka 7 - vybrané ukazatele pro nemocnici v Přerově 35
Tabulka 8 - vybrané ukazatele pro nemocnici v Prostějově 35
Tabulka 9 - vybrané ukazatele pro nemocnici ve Šternberku 36
Tabulka 10 - Srovnání vybraných ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče v letech 2005 - 2007 38
Tabulka 11 - Stav transformace nemocnic v jednotlivých krajích v roce 2005 a v r. 2008 42
Tabulka 12 - Hospodaření nemocnic v Olomouckém kraji v letech 2004 - 2007 44
Tabulka 13 - Hospodaření nemocnic v Pardubickém kraji v letech 2004 - 2007 45
Tabulka 14 - Hospodářské výsledky nemocnic v Pardubickém kraji (v mil. Kč) 45
Tabulka 15 - Hospodaření nemocnic na Vysočině v letech 2004 - 2007 47
Tabulka 16 - Hospodaření nemocnic v Moravskoslezském kraji v letech 2004 - 2007 47
Tabulka 17 - Mzdy ve zdravotnictví v Olomouckém kraji 48
Tabulka 18 - Mzdy ve zdravotnictví v Pardubickém kraji 49
Tabulka 19 - Mzdy ve zdravotnictví na Vysočině 49
Tabulka 20 - Mzdy ve zdravotnictví v Moravskoslezském kraji 50

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Graf rozdělení nemocnic dle zřizovatele v roce 2007 13
Obrázek 2 - Síť nemocnic v ČR k 31.12.2007 13
Obrázek 3 - Mapa Olomouckého kraje 17
Obrázek 4 - Tři jednotlivé akciové společnosti 23
Obrázek 5 - Jedna akciová společnost 25

1 Úvod

Nemocnice jsou důležitým subjektem pro poskytování zdravotní péče. Aby se kvalita poskytovaných služeb mohla vyvíjet a růst, je potřeba efektivního hospodaření zdravotnictví, které je spojeno s formou zdravotnických zařízení.

Po roce 1989 se v České republice diskutuje o nutnosti reformy zdravotního systému, a to hlavně z důvodu opakujících se finančních krizí. V pravidelných cyklech dosáhne přes 95 % nemocnic ztrátového hospodářského výsledku a pracuje v tzv. „červených číslech".

V roce 2006 se začal hledat vhodnější a efektivnější systém řízení nemocnic a jakou formu společnosti nemocnicím dát, aby fungovaly autonomně, bez nutných a opakovaných finančních dotací. Proto se tato práce zabývá přeměnou tří nemocnic Olomouckého kraje z příspěvkových organizací na akciovou společnost.

Cílem bakalářské práce je zanalyzovat vývoj a stav českého zdravotnictví, který vedl k návrhu transformace a popsat samotné převedení nemocnic ve Šternberku, Přerově a Prostějově s následnou komparací s vybranými kraji.

Ke splnění výše uvedeného cíle je nutné nejprve splnit parciální cíle:

- popis zdravotnictví v ČR a v Olomouckém kraji,
- zdůvodnění transformace,
- návrh a řešení transformace,
- výsledky transformace,
- komparace.

Práce je rozčleněna do tří částí. V první jsou uvedeny historické kořeny poskytování zdravotní péče v České republice a důvody, proč je transformace nemocnic důležitá, a jaké jsou možnosti jejího řešení. Druhá část se zabývá samotným převodem výše zmíněných nemocnic na akciovou společnost a následným pronájmem jejich činností. Ve třetí a zároveň poslední části je popsán výsledek úspěšné transformace nemocnic v Olomouckém kraji a srovnán s nezdarem v ostatních krajích.

2 Zdravotnictví v ČR

V této kapitole se budeme zabývat pojmy zdraví, zdravotnictví a budeme popisovat stručný historický vývoj českého zdravotnictví a jeho současný stav.

2.1 Zdraví

Nejcennější, co člověk má, je zdraví, proto by jej měl ochraňovat, pečovat o něj a popřípadě léčit. Pojem zdraví má několik různých definic. Nejznámější je definice Světové zdravotnické organizace (WHO), podle které je zdraví: *„stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“*

Zdraví je však nejlépe vystiženo Rektoříkem: *„Zdraví je významnou složkou lidského potenciálu. Je jednak předpokladem a nutnou podmínkou pro společenské uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka jednak má charakter cílové potřeby. Tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti. Zdraví je tedy současně zdrojem i cílem (resp. jedním ze zdrojů a cílů) fungování lidské společnosti.“*[1]

Zdraví je svým způsobem specifické zboží svého druhu. Když jej nemáme, dali bychom za něj vše, co vlastníme. Mnoho lidí si svého zdraví začne vážit až po té, co o něj oni sami nebo jejich blízcí přijdou. Obecně je možné říct, že v dnešní společnosti bývá se zdravím v mnoha případech hazardováno. Mělo by se více pozornosti věnovat preventivní péči, a tak předcházet nemocem. Prevence je velmi důležitá – je mnohem jednodušší nemocem předcházet, než se poté dlouze léčit, jelikož platí: *„Dobré zdraví a schopnost vyrovnat se s případnou nemocí se stává základní podmínkou úspěchu v náročném společenském a ekonomickém prostředí a základním předpokladem kvalitního a šťastného života.“*[2]

2.2 Zdravotnictví

Ke zdraví neodmyslitelně patří zdravotnictví, a tedy poskytované zdravotnické služby. *„Zdravotnictví představuje odbornou část péče o zdraví. Bývá nejčastěji chápáno resortně, jako soustava zařízení a pracovníků, jejichž posláním je poskytování odborných zdravotnických služeb. Jde o systém, který zahrnuje různé složky, zejména zdravotnické služby.*

[1] REKTOŘÍK, J. a KOL. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru.* 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, str. 181

[2] DUBEN, R. *Veřejný sektor II. (některé oblasti působnosti)*, Praha: Oeconomica, 2003, str. 30

Posláním zdravotnictví je poskytovat odborné zdravotnické služby, chránit, upevňovat a navracet zdraví.“[3]

2.3 Stručná historie českého zdravotnictví

Opakující se špatný ekonomický stav zdravotnických zařízení má své kořeny v minulosti, kdy byl vytvořen neefektivní a téměř byzantský, plýtvavý systém. V roce 1951 byla po sovětském vzoru veškerá zodpovědnost za poskytování zdravotní péče převzata státem a zdravotní péče byla zcela financována z daní občanů. Vzniklý systém se sice pyšnil vysokým počtem lékařů na počet obyvatel, velkým počtem zdravotnických zařízení a vysokým počtem lůžek. Systém zdravotní péče na jednu stranu vykazoval velmi dobré výsledky týkající se např. perinatální úmrtnosti (počet dětí mrtvě narozených nebo zemřelých do sedmi dnů na 1000 živě narozených dětí), v prevenci a v péči o mladou generaci, ale na druhé straně v hodnotách přežívání obyvatel (life expectancy), úmrtí na kardiovaskulární a onkologické onemocnění bylo socialistické Československo v dolní polovině evropské tabulky.

V 90. letech minulého století proběhla částečná a nedůsledná reforma českého zdravotnictví. Došlo sice k odstátnění poskytovatelů zdravotní péče a ke zrušení všech starých organizačních struktur krajů a okresů, zprivatizovala se primární, ambulantní péče, polikliniky a některá lůžková zdravotnická zařízení, vznikl model všeobecného a povinného pojištění a zodpovědnost začaly přebírat zdravotní pojišťovny pod dohledem státu, ale ani tato deetatizace neproběhla bez chyb. Mnoho nových vlastníků malých nemocnic nedovedlo pro nezkušenost vytvořit dostatečné finanční zázemí, a proto většina z nich zbankrotovala nebo se přeměnila na specializovaná, většinou jednooborová lůžková zařízení. Tato privatizace se netýkala okresních, krajských nebo fakultních nemocnic. Vzniklo 27 zdravotních pojišťoven, které rovněž většinou zkrachovaly, a v současné době zůstalo 10 zdravotních pojišťoven, a i ty uvažují o fúzích. Největší z nich byla a zůstala Všeobecná zdravotní pojišťovna, která má v současnosti největší počet pojištěnců a její klienti tvoří přibližně 60 % populace ČR. Největší poskytovatelé zdravotní péče - nemocnice poskytující akutní lůžkovou péči zůstaly až do roku 2000 - 2001 pod přímým řízení státu, ať už to bylo ministerstvo zdravotnictví nebo okresní a později krajské úřady.

[3] REKTOŘÍK, J. a KOL. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru.* 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, str. 181

2.4 Stav zdravotnictví v ČR

V České republice s rozlohou 78 866 km^2 a počtem obyvatel 10,3 milionů je k 31. 12. 2007 zaměstnáno ve zdravotnictví 240 313 osob a to v následujícím složení: lékaři 15,3 %, sestry a porodní asistentky 34,2 % a odborní zdravotní pracovníci 80,9 %. V České republice pod jednoho lékaře spadá v průměru 238 obyvatel. Počet zdravotnických zařízení je 27 628, přičemž skoro 19 600 zařízení jsou samostatné ordinace a dále je zde 192 nemocnic + 12 fakultních nemocnic. V těchto nemocnicích je 63 622 lůžek (54 903 lůžek akutní péče, 2 186 lůžek novorozeneckých a 6 573 lůžek ošetřovatelské následné péče). V roce 2008 byla přibližně jedna třetina lůžkového fondu pod kontrolou státu, zbytek spadá pod nestátní zařízení

(viz. Tabulka č. 1). Z nich 22 zdravotnických zařízení má méně než 50 lůžek a 12 nemocnic má kapacitu větší než 1000 akutních lůžek. Během jednoho roku bylo přibližně hospitalizováno v České republice 2 000 000 nemocných (cca 20 % obyvatelstva ČR), z čehož vyplývá, že v jedné nemocnici je hospitalizováno průměrně 10 500 nemocných za rok. Uvedený počet hospitalizovaných nemocných v nemocnici poskytující akutní lůžkovou péči je s největší pravděpodobností nepodkročitelné minimum, nutné pro finanční stabilitu takového ústavu. Toto tvrzení zasluhuje pozornost, protože ve velkých – fakultních a krajských nemocnicích je průměrný počet hospitalizovaných mezi 45 - 50 tisíci. Z toho je zřejmé, že na ostatní nemocnice zbývá menší počet hospitalizovaných, a tedy snižování počtu nemocnic má svůj racionální základ. Celková roční obsazenost jednoho lůžka je 263,6 dne s průměrnou dobou pacienta na lůžku 7,7 dní.

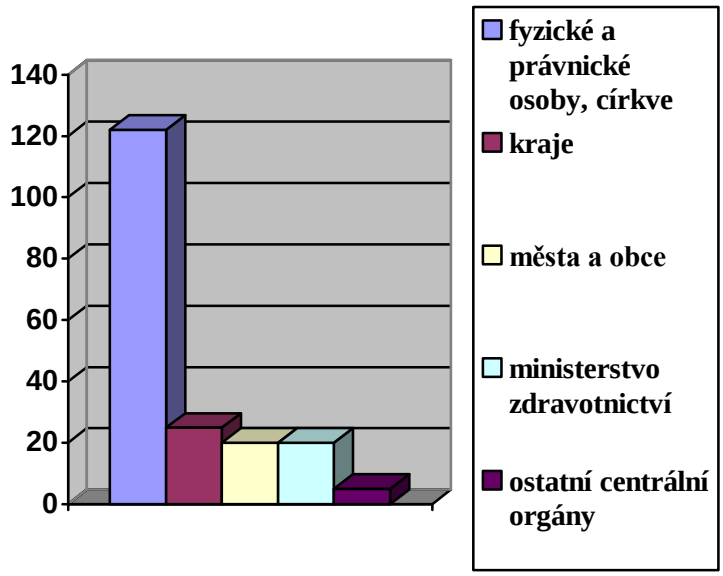
Tabulka 1- Rozdělení nemocnic dle zřizovatele v roce 2007

Zřizovatel	**Počet**
Fyzické a právnické osoby, církve	122
Kraje	25
Města a obce	20
Ministerstvo zdravotnictví	20
Ostatní centrální orgány	5
Celkem	**192**

Zdroj:Ústav zdravotnických studií a statistiky (dále ÚZIS)

Jak vidíme v tabulce č. 1, největším zřizovatel nemocnic v ČR jsou fyzické a právnické osoby a církev, který představuje 63,5 %. Kraje zřizují 13 % nemocnic. Tento rozdíl mezi soukromým a veřejným zřizovatelem má příčinu v odstátnění majetku v 90. letech 20. století.

Údaje z tabulky č. 1 jsou převedeny do grafu v obrázku č. 1, kde je znatelnější rozdíl v počtu nemocnic zřizovaných jednotlivými subjekty.1



Obrázek 1 - Graf rozdělení nemocnic dle zřizovatele v roce 2007

Zdroj: ÚZIS

Nemocnice jsou v České Republice dislokovány následujícím způsobem, jak uvádí obrázek č. 2. Z uvedené mapy České republiky je zřejmé, že rozdělení nemocnic je v České republice nerovnoměrná, a nejhustší síť nemocnic, poskytujících akutní zdravotní péči je v Praze, Brně na Ostravsku a v severní polovině Čech.

Obrázek 2 - Síť nemocnic v ČR k 31.12.2007

Zdroj: www.kr-olomoucky.cz

2.5 Financování zdravotnictví v ČR

Financování zdravotnictví v ČR vykazuje velké nedostatky a neefektivnost. V roce 2003 byl proveden empirický výzkum, který zjistil, že: *„většina občanů i lékařů hodnotí současný stav zdravotnictví negativně, přičemž stanoviska lékařů jsou mnohem kritičtější.“*[4] Uvedené údaje korespondují se skeptickou povahou českého národa, který se ke všem otázkám politickým, společenským i sociologickým staví mimořádně negativně, a to ve většině případů bez znalosti k dotazované problematice.

V tabulce č. 2 jsou uvedeny celkové výdaje ve zdravotnictví v letech 2003 – 2007, kde vidíme každoročně rostoucí náklady.

Tabulka 2 - Celkové výdaje na zdravotnictví v 2003 - 2007 (v mil Kč)

Položky výdajů/rok	2003	2004	2005	2006	2007
Veřejné výdaje	175 592	184 825	191 356	194 344	203 120
Z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	23 891	21 495	21 263	22 282	17 510
Zdravotní pojišťovny	151 701	163 330	170 093	171 516	185 610
Soukromé výdaje	19 563	21 927	24 228	26 534	27 860
Výdaje celkem	195 155	206 752	215 584	220 878	230 980
Podíl z HDP v %	7,6	7,3	7,2	6,9	6,5

Zdroj: ÚZIS

České zdravotnictví spotřebuje každý rok přibližně 7 % HDP, což odpovídá dolní části evropského žebříčku. Například ve Švýcarsku je na zdravotnictví přidělováno 11,5% z hrubého domácího produktu (tomu v přepočtu odpovídá 922 522 mld. Kč). Výdaje za zdravotní péčí sice rok od roku rostou, (v ČR se zvýšily od roku 2004 do roku 2006 o 18,3%), ale poměr k HDP zůstává přibližně stejný.

Zatímco podíl zdravotnictví na HDP, jak bylo výše řečeno, je roky stabilní, **spoluúčast pacientů stoupá a její převážnou část tvoří doplatky na léky a výdaje za volně prodejné medikamenty.** Prezident České lékárnické komory Lubomír Chudoba soudí, že by se spoluúčast měla rozprostřít i do dalších oblastí péče a neměla by se stále zvyšovat jen u léků.

[4] MÁSOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P. *České zdravotnictví vize a skutečnost - Složité peripetie od plánů k realizaci*, Praha: Karolinum, 2005, Str. 189

V České republice jsou nepříznivé demografické podmínky. Populace rychle stárne (odhad zvýšení počtu důchodců ze 14,2 % v roce 2005 na 31,3 % v roce 2050) a používáním stále modernějších přístrojů a léčebných metod neustále stoupají výdaje zdravotní péči.

Jsou známé odhady, kdy se předpokládá, že do roku 2050 se budou muset zvýšit výdaje k poměru na HDP na více než 18%.

Zdravotnictví mělo v roce 2006 rozpočet 221 miliard Kč. Stát za své pojištěnce (děti, důchodce a nezaměstnané) přispěl přibližně 50 miliardami Kč, což je 25% celkových výdajů na 58,5 % populace, která však čerpá 80 % veškeré zdravotní péče. Zbylou sumu uhradili zaměstnanci, zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné, i když využijí přibližně jen 20 % zdravotní péče.

Když v roce 2004 platil stát za své pojištěnce 476 Kč měsíčně, dosáhly v roce 2005 dluhy Všeobecné zdravotní pojišťovny vůči zdravotnickým zařízením 15 mld. Kč a byla na ni vyhlášena nucená správa. Vláda od roku 2005 zvýšila platbu za své pojištěnce na 680 Kč měsíčně a od roku 2007 na 677 Kč měsíčně. Zde platí, že vláda jen pomalu a velmi neochotně zvyšuje platby za své pojištěnce a přistupuje k tomuto kroku pouze, když se objeví výraznější deficit ve financování poskytování zdravotní péče nebo když hrozí zdravotnický personál stávkou.

Nízká spoluúčast občanů na financování zdravotní péče, která se téměř nezvyšuje, vede k plýtvání finančních prostředků a zneužívání zdravotnických služeb. Růst podílu spolufinancování občanů na uhrazení zdravotní péče je citlivým politickým problémem, který snižuje volební preference, proto vlády ČR raději zvyšovaly svůj příspěvek, aby občané nemuseli zvýšit svoji spoluúčast. Tento postup vlády je jen skrytá účast platby občanů na zdravotní péči, jelikož tento příspěvek je odváděn z daní a snižuje tak možnost státu využít tyto prostředky jinak a efektivněji. Peníze, které takto dává do zdravotnictví, potom chybí v jiných odvětvích státní infrastruktury. Je známé pravidlo, že když nefunguje zdravotnictví, tak padá i vláda.

V roce 2007 bylo 88 % výdajů na zdravotnictví hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a podíl občanů na financování zdravotní péče byl ve výši pouze 12 %. Jednalo se převážně o poplatky za léky a zdravotní péči nehrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Mimo Českou republiku je podobný podíl financování zdravotnictví jen na Kubě. Podle modelace ekonomů Světové zdravotnické organizace by měla spoluúčast občanů dosahovat až 20 % výdajů na zdravotní péči. Tento strop by však měl být vzhledem k solidaritě maximem.

Ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) měl v plánu zvýšit roční spoluúčast občanů na zdravotnictví a zvýšit sumu poplatků jednoho člověka, ale aby tato suma, podle ministra, nepřesáhla 3000 korun za rok. Poplatky podle něj měly omezit zneužívání péče a regulovat i chování lékařů.

Při reformách zdravotnictví byly v roce 2008 zavedeny poplatky za vydání léků v lékárnách a regulační poplatky - 30 Kč za návštěvu lékaře, 90 Kč za návštěvu lékaře na pohotovosti a 60 Kč za jeden den pobytu v nemocnicích. Poplatky přinesly přes šest miliard korun do rozpočtu zdravotnictví, stejnou částku ušetřily systému tím, že lidé omezili zbytečné návštěvy u lékaře a omezili navazující úkony a výkony při zbytečných vyšetřeních (zbytečná nebo zbytná vyšetření ultrazvukem, laboratoří a zbytečně napsané léky atd.). Smyslem poplatků však v neposlední řadě bylo i to, aby si občané uvědomili, že zdravotnictví stojí peníze a není bohužel zdarma, jak na to upozornil Malý: *„Spotřebitelé (pacienti) jednak* ***většinou nemají jasnou představu o variantách řešení své konkrétní situace*** *a jednak* ***nejsou konfrontováni s náklady.*** *To je bez pochyby motivuje k tlaku na komfortnější, jistější a účinnější formy péče.“*[5]

Zdravotnictví je oblastí, která může být investována i sebevětším množstvím financí, ale současný systém je dokáže pohltit jako černá díra. Stále se hledá optimální model financování zdravotnictví, ale zatím se nenachází. Jistá je jen potřeba efektivního systému spojená s reformou zdravotnictví. **Problém financování zdravotnictví není ani pravý, ani levý je to velmi odborný problém rentability a nerentability financování.** Kutzin[6] například doporučuje zaměřit se na větší efektivitu v léčbě chronických nemocí. **Podle výpočtů polovina (50%) ze všech výdajů na zdravotnictví připadá na léčbu asi pěti procent (5%) nejtěžších pacientů.** Zmírnit růst výdajů pomůže i kvalitní prevence, která je jednou z cest jak nejefektivněji využít peníze vložené do zdravotnického systému.

[5] MALÝ, I. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*, Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1998, str. 24

[6] Joseph Kurtin, expert Světové zdravotnické organizace (WHO)

3 Zdravotnictví v Olomouckém kraji

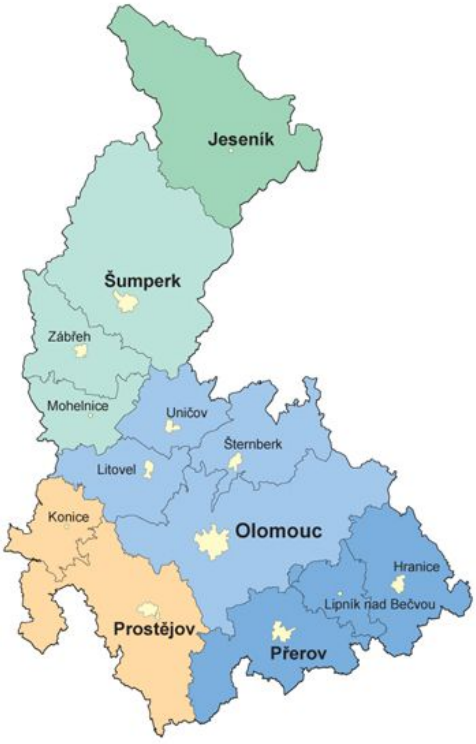
Tato kapitola obsahuje základní údaje o Olomouckém kraji a jeho zdravotnictví. Zdravotní péče je v Olomouckém kraji dostupná pro všechny obyvatele na velmi kvalitní úrovni. Je zde poskytována zdravotní péče ve všech medicínských oborech, v bývalých okresních nemocnicích je poskytována běžná zdravotní péče v základních oborech. Pokud se týká speciální a super speciální péče, tak ta je poskytována ve Fakultní nemocnici Olomouc.

3.1 Olomoucký kraj

Tato část obsahuje charakteristiku Olomouckého kraje, kdy si vymezíme polohu a obyvatelstvo tohoto regionu.

3.1.1 Poloha

Olomoucký kraj se nachází na severní a z části i na střední Moravě. Se svojí velikostí 5 267 km^2 zaujímá osmé místo v ČR. Kraj se dělí na 5 okresů a to: Šumperk, Olomouc, Přerov, Jeseník a Prostějov, jak je znázorněno na obrázku č. 3. Vyskytuje se zde 398 obcí z nich 30 má statut města.



Obrázek 3 - Mapa Olomouckého kraje

Zdroj: www.kr-olomoucky.cz

3.1.2 Obyvatelé

Olomoucký kraj je šestým nejlidnatějším krajem s počtem obyvatel 641 897 s hustotou zalidnění 121,5 obyvatel / km^2. Lidé jsou přihlášeni k trvalému pobytu v rozložení vyjádřeném v tabulce č. 3.

Tabulka 3 - rozdělení počtu obyvatel v Olomouckém kraji k 31.6.2008

Okres	**Počet obyvatel**
Jeseník	41 471
Olomouc	230 890
Šumperk	124 479
Přerov	135 096
Prostějov	109 961
Celkem Olomoucký kraj	**641 897**

Zdroj: Český statistický úřad

Obyvatelé mají průměrnou měsíční mzdu ve výši 19 716 Kč, což je přibližně o 3 853 Kč méně oproti českému průměru. Průměrný věk obyvatel je o jednu desetinu menší v porovnání s ČR a to 40,1 let. Olomoucký kraj má statisticky největší úmrtnost na nemoci kardiovaskulární a onkologická onemocnění.

Olomoucký kraj se vyznačuje vyšší nezaměstnanosti, ta je k 30.6.2008 ve výši 5,57% (ČR – 5,01%).

3.2 Nemocnice v Olomouckém kraji

Nemocnice je *„lékařské zařízení určené k poskytování základní i speciální diagnostické a léčebné péče ambulantní i lůžkové, včetně nezbytných preventivních opatření.“* [7]

V současné době je v Olomouckém kraji osm nemocnic poskytujících akutní lůžkovou péči. Největší z nich je Fakultní nemocnice Olomouc, která je zřizována Ministerstvem zdravotnictví a je plně pod kontrolou státu. V Olomouci je i Vojenská nemocnice, která je zřizována Ministerstvem obrany. Krajský úřad Olomouckého kraje založil v roce 2005 společnost s názvem Nemocnice Olomouckého kraje a. s. Tato společnost spravuje a pronajímá vložený movitý majetek nemocnic v Prostějově, Přerově a Šternberku, který původně patřil do majetku Olomouckého kraje. Činnost a provozování těchto nemocnice je pronajata na 20 let společnosti Středomoravská nemocniční a. s. (dále SMN a. s.).

[7] REKTOŘÍK, J. a KOL. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru.* 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, str. 181

SMN a. s. je dceřinou společností společnosti AGEL a provozuje nemocnici v Prostějově, Přerově a Šternberku v jednom holdingu. Dále jsou v kraji nemocnice v Jeseníku, v Hranicích a v Šumperku, které jsou v soukromém vlastnictví ve formě s. r. o. nebo a. s.

V nemocnicích Olomouckého kraje bylo hospitalizováno v roce 2007 přibližně 128 500 nemocných. Průměrná ošetřovací doba je 7,1 dne.

Náklady na jeden den v nemocnicích s akutní lůžkovou péčí jsou v rozmezí od 2 407 Kč / den (Jeseník) až po 7 380 Kč / den (Fakultní nemocnice Olomouc), s průměrem 4 183 Kč / den.

Akutní lůžková péče je poskytována v každém okrese. V bývalém okrese Olomouc se nacházejí tři zdravotní zařízení s akutní lůžkovou péčí, v bývalém Přerovském okrese dvě zdravotnická zařízení, další okresy vlastní po jednom zdravotním zařízení s akutní lůžkovou péčí. Tyto zařízení mají celkem 3 594 lůžek akutní péče. Denně je z akutního lůžkového fondu průměrně neobsazených 770 lůžek, tj. 21% z celkového počtu akutních lůžek. Z toho je zřejmé, že počet těchto lůžek v Olomouckém kraji je vyšší, než je potřeba nebo je uvedený lůžkový fond nevhodně strukturovaný.

Tabulka 4 - Akutní lůžková péče v roce 2007

Kraj	Počet		Využití lůžek ve dnech (dny)	Průměrná ošetřovací doba (dny)
	Počet lůžek	Počet hospitalizovaných		
Olomoucký kraj	3 594	128 423	251,5	7,1
Jesenická nemocnice	126	5 179	218,5	5,3
Šumperská nemocnice	523	23 000	250,0	6,2
Fakultní nemocnice Olomouc	1 433	44 191	242,0	7,9
Vojenská nemocnice Olomouc	230	5 531	230,2	9,6
Nemocnice Šternberk	250	10 343	275,3	6,7
Nemocnice Prostějov	469	17 428	292,1	7,9
Nemocnice Přerov	315	16 156	262,2	5,1
Nemocnice Hranice	144	6 979	260,9	7,2

Zdroj: UZIS

Stav akutní lůžkové péče v Olomouckém kraji je vyjádřen v tabulce č. 4. Celkový stav akutních lůžek v Olomouckém kraji v roce 2007 byl 3594 a to při platném normativu 4,5 lůžek / 1000 obyvatel + 0,5 lůžek / 1000 obyvatel specializované péče (2889 + 321 spec.) odpovídá počtu 3210 lůžek. Lůžkový fond akutní lůžkové péče byl v roce 2007 o 384 lůžek vyšší, než je doporučený stav.

4 Transformace

V této kapitole jsou popsány důvody směřující k transformaci, návrh a samotné řešení transformace v Olomouckém kraji.

Transformace je přeměna pouze formy bez změny obsahu. V tomto případě je transformací nemocnic myšleno převedení právní formy společnosti a to z příspěvkové organizace na společnost obchodního práva.

4.1 Důvody směřující k transformaci

K důvodům transformace zdravotnických zařízení na jinou právní formu se nabízí několik hlavních příčin, které bránily dosažení maximální efektivnosti v hospodaření ve zdravotnictví. Například jen v Olomouckém kraji se muselo dotovat z krajského rozpočtu každoročně částkou 80-100 mil. Kč do rozpočtu jím zřizovaných nemocnic (Přerov, Prostějov, Šternberk). Podle informací z ÚZIS byly tyto částky ve většině krajů mnohem vyšší, protože rozpočty příspěvkových organizací jsou přímo svázány s rozpočtem zřizovatele.

Důvody transformace

- Ředitel příspěvkové organizace má vysokou pravomoc, přičemž má relativně malou zodpovědnost
- Kritický hospodářský stav zdravotnických zařízení
- Není jasně dána právní úprava, majetkoprávní, účetní a daňové otázky
- Nesoulad s Evropskou unií (dále EU), jelikož v rámci unie příspěvková organizace neexistuje.

Nemocnice poskytují svoje služby za úplatu prostřednictvím plateb zdravotních pojišťoven, může se tedy říci, že zdravotnictví je podnikatelský nebo-li tržní obor. Ve zdravotnických zařízení poskytují lidé služby prostřednictvím svých znalostí a za pomoci zdravotních technologií, kdy si každý účastník tohoto děje žádá o ekonomický profit. Je poněkud protismyslné, že levicoví politici kategoricky odsuzují možnost poskytování zdravotní péče se ziskem. Zajímavé je, že mimořádně vysoké zisky nadnárodních společností, výrobců a překupníků s léky, spotřebním materiálem a výrobců zdravotnické techniky je nechávají po stránce jejich zkresleného ideologického pohledu klidné. Včetně informace organizace Transparency international (dále TIC), že v českém zdravotním systému se ročně promrhá 30-40 miliard Kč **(viz příloha č.:1)**.

V České republice protéká ve zdravotnictví více jak 224 miliard korun ročně a konkurence mezi nemocnicemi začíná stoupat. Konkurenční boj se projevuje především v kvalitě nabízených služeb, moderními technologiemi, v úspěšnosti či neúspěšnosti výsledků léčby, morbiditou atd. Nejen konkurence a tržní přístup nám ukazuje, že zdravotnická zařízení musí být řízeny jako každý jiný ekonomický subjekt. Stát v tomto případě se dosud neukázal jako vhodný řídící orgán. Aby ekonomická situace byla efektivní je potřeba, aby řídící orgán byl schopný se sám a nezávisle rozhodovat a nést důsledky svých rozhodnutí. Proto by měl stát vystupovat v pozadí, kde by pouze udával potřebná pravidla a prováděl kontrolu, aby potřebná efektivita poskytovaného procesu nebyla na úkor spotřebitelů této péče, tedy nemocných.

Opakující se finanční krize ve zdravotnictví jsou způsobeny z části stále rostoucími náklady na zdravotní péči, růstem mezd zdravotnického personálu, protože krytí těchto nákladů nekoresponduje s příjmy od zdravotních pojišťoven a částečně je způsobena neodpovídajícím, jednotným cenovým hodnocením výkonů, což je příčinou nedostatečné motivace českých lékařů a nemožností kvalitního rozvoje zdravotních zařízení. *„…způsob úhrady zdravotní péče spočíval v ohodnocení náročnosti jednotlivých prováděcích výkonů počtem bodů a stanovení hodnoty bodu v korunách. Podle typu péče byly různými způsoby propláceny vlastní výkony lékařů podle jejich bodového ohodnocení v sazebníku výkonů, ošetřovací dny na lůžku, zahrnující paušálně většinu činností souvisejících s hospitalizací, materiál spotřebovaný v přímé souvislosti s výkonem apod.“*[8] Je velmi pravděpodobné, že kdyby ceny stanovovaly pojišťovny dle jednotlivých typů případů a objemu poskytované péče, jako je to v systému DRG (diagnosis related groups), tak by se tímto krokem zvýšila motivace jak pro zdravotní zařízení, tak pro jejich lékaře, vznikla by i větší konkurence mezi jednotlivými zařízeními a docházelo by k postupnému zkvalitňování služeb a jejich efektivnosti.

Nynější systém je vhodný pouze pro zdravotnická zařízení provozovaná jako příspěvková organizace, které vykazují pravidelně finanční ztrátu, a které mohou hospodařit neefektivně, protože jejich rozpočet je svázán s rozpočtem zřizovatele, který v případě potřeby pravidelně finanční ztrátu v hospodaření vykryje ze svých zdrojů. Nejhůře hospodaří státní nemocnice.

[8] REKTOŘÍK, J. a KOL. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, str. 188

Pravděpodobnou příčinou je ekonomická svázanost se státním rozpočtem. Pokud vzniknou dluhy, vznikne státní dluh.

Vývoj veřejného zdravotního pojištění je obtížné předpovídat. V rámci reformy zdravotnictví se směřuje ke komplexnosti služeb, k jejich rozvoji, k centralizaci a efektivnosti. V současném systému je kladeno mnoho překážek k dosažení tohoto cíle, hlavně ze strany politiků a politických stran. Přesto vývoj nepůjde zcela zastavit a ke změnám musí dojít. Cílem přeměny zdravotnických zařízení na jinou právní formu je zajistit, aby nemocnice pracovaly v režimu finanční soběstačnosti provozních nákladů, a to je možné dosáhnout jen změnou právní formy organizace, při zajištění minimálně současné dostupnosti odpovídající lékařské péče a zároveň dosáhnout ekonomické stability těchto zařízení.

Transformace má za úkol reagovat na již zmíněné důvody s následujícími cíli, které jsou pro fungování a efektivnost zdravotnického systému nezbytné.

Konečnými cíli transformace jsou:

- spokojenost pacientů se zdravotní péčí, která by měla být kvalitnější a účinnější,
- zlepšení vztahu lékařů a pacientů a jejich komunikace,
- zaměstnanci nemocnice s vysokou kvalifikací a odborností,
- vytvoření systému spolupráce mezi nemocnicemi na principu přidané hodnoty,
- sledování parametrů sloužících k posouzení kvality poskytované péče s bench-markingem mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními musí být normou.

4.2 Návrh transformace v Olomouckém kraji

V období, kdy se o transformaci nemocnic začalo hovořit, byla v Olomouckém kraji nejvíce diskutována forma společnosti, která by byla nejvhodnější. Navrhováno bylo několik řešení:

- obchodní společnost podle Obchodního zákoníku (uvažovány byly akciová společnost a společnost s ručením omezeným – obě dvě možnosti se zachováním 100% účasti kraje) a obecně prospěšná společnost podle zákona č. 248/1995 Sb., o obecně prospěšných společnostech a o změně a doplnění některých zákonů),
- dlouhodobý pronájem (jako objekt práv - podnik) smlouvou o nájmu podniku podle § 488b a násled. zákona č. 513/1991 Sb. (obchodní zákoník).

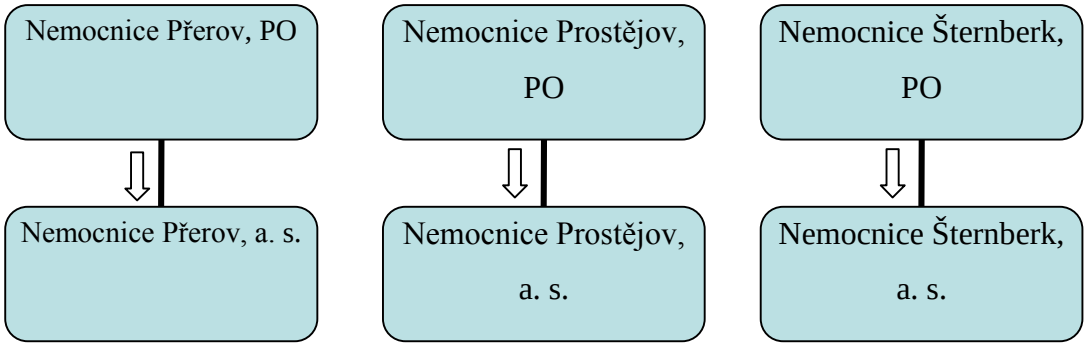
Změna rozpočtových a příspěvkových nemocnic na subjekty obchodního práva je pro zdravou ekonomickou situaci zdravotnictví nevyhnutelná. Právní formu musíme brát jak z hlediska ekonomického, tak z pohledu existence na evropském trhu a jeho ochrany.

Obecně prospěšná společnost zatím nebyla použita jako právní forma k řízení nemocnic, byl by to pokus s nejistým výsledkem, který si Olomoucký kraj nechtěl dovolit. Nemocnice krajů Plzeňský, Hradecký, Pardubický, Vysočina, Ústecký, Karlovarský, Zlínský, Jihočeský, Středočeský a Moravskoslezský, které přistoupily k transformaci v roce 2005 plánovaly převést nemocnice na akciové společnosti, a nebo na společnosti s ručením omezeným. Společnost s ručením omezeným se však v některých případech neosvědčila a proto tyto plány byly přehodnoceny v roce 2007 s tím, že příspěvkové organizace přemění na akciové společnosti.

V Olomouckém kraji po rozhodnutí o transformaci nemocnic na akciové společnosti se velmi důkladně zvažovala otázka, zda vytvořit jednu akciovou společnost nebo holding akciových společností. Tyto dvě řešení jsou blíže charakterizována v následujících podkapitolách.

4.2.1 Tří samostatné akciové společností

Pokud by byla vybrána možnost tří jednotlivých akciových společností, které by vznikly z individuálních nemocnic, situace by vypadala následovně, jak uvádí obrázek č. 4.



Obrázek 4 - Tři jednotlivé akciové společnosti

Zdroj: vlastní zpracování

Toto řešení má následující SWOT analýzu, kde jsou uvedeny, jak silné a slabé stránky, tak i příležitosti a hrozby, které jsou pro tuto variantu příznačné.

Tabulka 5 - SWOT analýza pro tři jednotlivé a. s.

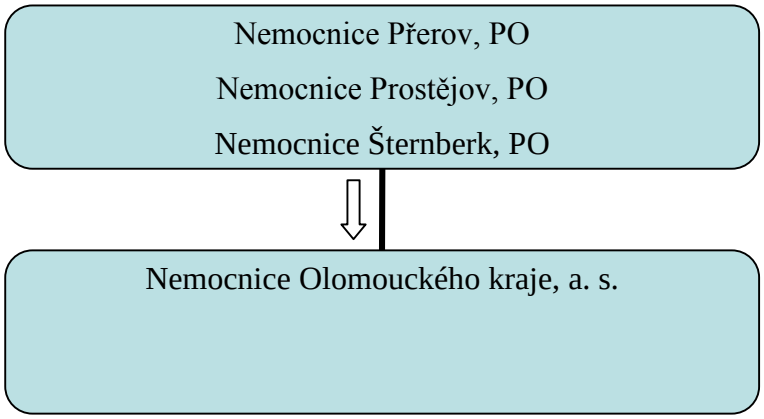
SWOT analýza			
Silné stránky (Strengths)	Body	Slabé stránky (Weaknesses)	Body
Možnost vytvoření vhodnějšího konkurenčního prostředí	2	Neefektivní využití k redukci fixních a variabilních nákladů	-3
Přímá odpovědnost vlastníkovi a jasné posouzení jednotlivých pracovníků	1	Obtížnější získávání financí	-2
		Vyloučení hromadných nákladů	-1
Příležitosti (Opportunities)		Hrozby (Threats)	
Jednodušší následný pronájem	1	Technologická zaostalost	-1
Méně obtížná další změna právní formy	1	Postoj zdravotních pojišťoven k jednotlivým nemocním	-2
Celkem	5	Celkem	-9
Výsledek = - 4			

Zdroj: vlastní zpracování

Tyto tři akciové společnosti by byly ve 100% vlastnictví Olomouckého kraje. Každá společnost by vedla svoji vlastní hospodářskou politiku a odpovídala by vlastníkovi společnosti. Toto řešení má své výhody, ale i nevýhody. Mezi velké plus patří možnost rychlého rozvoje, přesné hodnocení hospodaření jednotlivých nemocnic, možnost zaměstnání managerských specialistů pro jednotlivou oblast. Spíše ale převažují minusy jako je například menší možnost snížení fixních nákladů, menší pravděpodobnost hromadných nákupů a tedy snižování variabilních nákladů, obtížnější jednání s pojišťovnami a hrozí zastarávání technologií a nedostatečné množství potřebných financí. Ze SWOT analýzy vyplívá záporné hodnocení tohoto řešení. Zmíněná varianta nevyřeší žádný stávající problém, spíše přináší riziko schopnosti dostát svým závazkům. Jediné, co by se vyřešilo, je otázka platových tříd.

4.2.2 Jedné akciová společnost

V této možnosti by přešly zmíněné nemocnice v jednu samostatnou akciovou společnost, jak je uvedeno v následujícím schématu v obrázku č. 5.



Obrázek 5 - Jedna akciová společnost

Zdroj: Vlastní zpracování

Varianta jedné akciové společnosti se jeví jako výhodnější, jak můžeme posoudit ve SWOT analýze v tabulce č. 6.

Tabulka 6 - SWOT analýza

SWOT analýza pro jednu a. s.			
Silné stránky (Strengths)	Body	**Slabé stránky (Weaknesses)**	Body
Vysoká pravděpodobnost vzniku úspor	3	Potřeba zkušeného a kvalifikovaného managementu	-2
Vysoká ekonomická stabilita	2	Jednou přijaté rozhodnutí má dlouhodobý charakter	-2
Odstranění problémů s daňovou konsolidací	1		
Příležitosti (Opportunities)		**Hrozby (Threats)**	
Forma obchodní společnosti, která dokáže optimálně rozdělit finanční zdroje	1	Riziko politických zásahů do rozhodování	-1
Jednodušší snížení nadbytečné kapacity	1	Nadbytečná kapacita akutní lůžkové péče	-1
Lepší schopnost vyjednávání se zdravotními pojišťovnami	2	Riziko vzniku monopolu	-3
Tok peněz, která dostačuje k modernizaci a inovacím	1		
Celkem	**11**	**Celkem**	**- 9**
Výsledek = 2			

Zdroj: vlastní zpracování

Tento nový obchodní subjekt by byl opět ve 100% vlastnictví Olomouckého kraje (vlastnil by 100% neobchodovatelných akcií) a měl svoji vlastní obchodní politiku. Statutární orgány by byly odpovědné za chod a řízení společnosti, a za stav poskytované zdravotní péče, v případě neefektivního a neekonomického hospodaření se zodpovídají majiteli.

V tomto případě převyšují klady nad zápory. SWOT analýza ukazuje, že výhodou je ekonomická stabilita, vyšší vyjednávací schopnost a možnost snížení fixních nákladů, ale má vysoké požadavky na management. Jedna velká společnost umožňuje lepší alokaci zdrojů, snižování nadbytečných kapacit, dokáže lépe provést strukturální změnu a má lepší schopnost vyjednávat s pojišťovnami. Ovšem rizikem je možná politizace rozhodování v počátcích. Toto řešení má však nejvyšší nároky na důkladnou přípravu, jelikož co se jednou přijme a špatně zavede do provozu, tak se špatně odstraňuje nebo mění a stojí to velké množství peněz a zvyšují se náklady.

Jako nejvhodnější se projevila **jedna** akciová společnost. Olomoucký kraj má zkušenosti se sloučením do jedné velké společnosti, a to u Zdravotnických záchranných služeb Olomouckého kraje a se vznikem Krajské správy silnic Olomouckého kraje. Spojením jednotlivých organizací v jednu vzniká velmi silný subjekt, který může využít svůj velký potenciál, a který se stává pro své okolí významným konkurentem. Toto řešení také nabízí možnost nejvyšší efektivity hospodaření a vysoké úspory, ať už v léčebné péči či v hospodaření.

V případě a. s. lze využít výhod:

- správa majetku je plně pod kontrolou,
- vyhlídka zvýšení majetku,
- pevně daná právní úprava pro činnost a daně,
- předpoklady ke splnění veřejného zájmu,
- otevřené dveře potenciálnímu partnerovi z oblasti Evropské Unie,
- dobré podmínky pro dohody s farmaceutickými, technologickými a stavebními firmami,
- potřebná osobní zodpovědnost s jasně daným motivačním systémem pro management,
- nižší náklady a lepší využití financí.

Dalším důvodem pro vznik jedné akciové společnosti je podrobnější vymezení v Obchodním zákoníku než společnost s ručením omezeným.

Aby se tato společnost mohla uplatnit na trhu, je nutné, aby se oddělil management od vlastníka společnosti, řádná právní příprava, odstranění politického vlivu na rozhodování. Dále je důležité, aby byl vybrán kvalitní management, který zajistí finanční stabilitu a rozvoj.

Podstatou řešení problémů, které vznikají v Olomouckém kraji při poskytování zdravotních služeb, jsou:

- centralizace řízení ústavní péče,
- lepší konkurenceschopnost k okolním nemocnicím a vyšší kvalita poskytovaných služeb se zvyšováním produktivity,
- dohled samosprávních orgánů Olomouckého kraje při manažerském řízení.

Tyto požadavky lze vyřešit jednou obchodní společností, jejíž akcionářem bude Olomoucký kraj, který se bude podílet na jejím řízení. Tato společnost bude poskytovat ústavní péči a bude zodpovídat za všechna práva a povinnosti, které vycházejí z pracovně-právních a obchodních vztahů, za které vyplývaly z příspěvkových organizací.

4.3 Řešení transformace

Nyní se budeme zabývat postupným přetransformováním nemocnic ve Šternberku, Prostějově a Přerově z příspěvkových organizací na jednu akciovou společnost.

4.3.1 Vznik a.s.

Transformace zdravotnických zařízení zřizovaných Olomouckým krajem, které poskytují akutní lůžkovou péči, tedy nemocnic ve Šternberku, Přerově a Prostějově, začala dne 24.6.2005, kdy zastupitelstvo Olomouckého kraje rozhodlo o založení Nemocnice Olomouckého kraje a. s. (dále NOK a. s.) Schválení transformace bylo velice těsné.

V Živnostenském zákoně není uvedena zdravotní péče pro získání živnostenského oprávnění, proto pro dosud neexistující společnost bylo při žádosti o zapsání akciové společnosti Nemocnice Olomouckého kraje na obchodním soudě požádáno, aby do předmětu podnikání byla uvedena živnost volná.

Dne 2. listopadu 2005 byla založena společnost Nemocnice Olomouckého kraje a. s. s původním předmětem podnikání realitní činnost, ale byla zde blokační ustanovení Zákona 245/2006 Sb. o Veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů (dále Zákon 245/2006 Sb.) a nebylo ihned možné, aby akciová společnost započala svoji činnost v oboru zdravotnictví. V říjnu 2006 bylo toto ustanovení zrušeno Ústavním soudem, který rozhodl, že kraje mohou nakládat se svým vlastním majetkem volně a tak mohl pokračovat převod společnosti na Nemocnice Olomouckého kraje a. s.

Koncem roku 2006 došlo ke sloučení nemocnic ve Šternberku, Přerově a Prostějově do jedné organizace - Nemocnice Olomouckého kraje a. s. Olomoucký kraj se stal majitelem movitého a nemovitého majetku nemocnic. Tento majetek měly nemocnice jako příspěvkové organizace od Olomouckého kraje v pronájmu. Při provedené transformaci byl vložen movitý majetek nemocnic do akciové společnosti Nemocnice Olomouckého kraje a. s. a nemovitý majetek zůstal v majetku kraje.

4.3.2 Pronájem společnosti Nemocnic Olomouckého kraje a. s.

Při rozhodování jak řídit vzniklou společnost se orgány Olomouckého kraje a společnosti rozhodly, že provozování a činnost těchto nemocnic pronajmou, včetně movitého a nemovitého majetku samostatnému silnému subjektu. Jako jeden z důvodů, proč je pro kraj výhodnější společnost pronajmout jako celek vhodnému partnerovi je i to, že každá akciová společnost, pokud chce být životaschopná, musí být vedena vysoce kvalifikovaným managementem. V ČR potřební manažeři existují, ale jejich vyhledávání je velmi drahé a náročné.

Dále všechny výše uvedené výhody transformace nemocnic na obchodní společnost zůstávají výhodami, včetně stability v otázkách hospodaření, pokud je zajištěna kontinuita i přístup majitele k otázce transformace nemocnic na obchodní společnost. Proto se hledala cesta, jak při změně politického názoru ve společnosti zabránit škodám, které by mohli vzniknout při politické změně ve vedení kraje. Proto byla přijata varianta pronájmu činnosti těchto nemocnic spojená s pronájmem vzniklého podniku na horizont 20 let. Tato rozvaha se ukázala jako správná ihned po krajských volbách v roce 2008, kdy vítězná Česká strana sociálně demokratická (ČSSD) zahájila proces reinkarnace současného zdravotnictví s přeměnou vzniklých akciových společností na Veřejné neziskové ústavní zdravotnické zařízení (VNUZZ) podle zákona 245/2006 Sb., což v případě transformovaných nemocnic Olomouckého kraje není možné. Nelze vyloučit, že VNUZZ jsou lepší formou fungování nemocnic, ale jak by bylo možné tvrdit, že jde o nejlepší formu organizace, když není žádné srovnání s jinými formami?

Příslušné orgány kraje a společnosti se rozhodly, že k eliminaci výše uvedených rizik je nezbytné zajistit silný a kvalifikovaný subjekt, který bude muset zabezpečit bezproblémové poskytování zdravotní péče občanům Olomouckého kraje, při zachování rozsahu a všech oborů, které dosud nemocnice poskytují.

Následně své, přímo řízené nemocnice, včetně jejich činnosti pronajme silnému subjektu, který za pronajatý movitý a nemovitý majetek bude platit pronajímateli nájemné, které bude zpětně reinvestováno do majetku nemocnic.

Prvním krokem, který se stal po rozhodnutí o dlouhodobém pronájmu, bylo navýšení základního kapitálu. Jinak by byla pronajímána prakticky prázdná společnost se základním kapitálem 4 mil. Kč. Zapsáním vkladu byl pověřen RNDr. I. Kosatík, tehdejší hejtman Olomouckého kraje.

Zastupitelstvo Olomouckého kraje dne 13. 12. 2006 schválilo zapsání a zvýšení základního kapitálu Nemocnic Olomouckého kraje, a. s. z původních 4 mil. Kč na 404 mil. Kč tedy o 400 mil Kč, na které byl odhadnut movitý majetek nemocnic. Podmínkou, aby mohl být základní kapitál zapsán, bylo naplnění požadavku § 41 zákona č. 245/2006 Sb. Tento požadavek se řešil nabídkou převodu majetku do státního vlastnictví, která byla podána Úřadu pro zastupování státu ve věcech majetkových. Úřad však neměl o nabídku zájem.

Dále bylo potřeba přijmout opatření zabývající se státními dotacemi vedenými v registru Informační systém programového financování (dále ISPROFIN). Otázka týkající se dotací byla řešena uzavřením dohod mezi Ministerstvem zdravotnictví, Olomouckým krajem a jednotlivými příspěvkovými organizacemi. V těchto dohodách je uvedeno, že osoba, která bude nakládat s majetkem, na jehož pořízení či obnovu byly použity dotace, musí s majetkem nakládat pouze s původním zaměřením účelu po dobu 10 let. Pokud by se tak nestalo, Nemocnici Olomouckého kraje a. s., popřípadě nájemci společnosti vznikne nejen sankce ve výši poskytnuté dotace, ale s navýšením o 100% penále. Tento závazek má trvání na dobu 10 let od poskytnuté státní finanční podpory.

V březnu 2007 proběhla jednání s městy Šternberk, Prostějov a Přerov ohledně průběhu transformace a možnosti pronájmu těchto nemocnic. Dne 29. 3. 2007 byla vyhlášena Evropská mezinárodní veřejná soutěž o pronájem Nemocnic Olomouckého kraje a. s. a to v deníku Financial times, dále na stránkách Evropské unie v Bruselu a samozřejmě i v Českém tisku.O tuto soutěž projevilo zájem 12 zájemců z České republiky a ze zahraničí, a informovalo se na její podmínky. Písemný návrh podal pouze jeden uchazeč, pro ostatní byly podmínky příliš náročné.

Olomoucký kraj je jediným vlastníkem NOK a. s., a tak rada Olomouckého kraje ve funkci valné hromady akciové společnosti ustanovila komisi pro posouzení této nabídky.

Rozhodovalo se o návrhu pronájmu, který byl předložen společností SMN a. s. (holding společnosti AGEL, která je zároveň jediným jejím akcionářem). Tento návrh byl odevzdán 17.5.2007.

Komise byla ustanovena ve složení RNDr. I. Kosatík, Ing. L. Kavřík, MUDr. E. Sohlich, doc. MUDr. Václav Rýznar, CSc., MBA, ing. F. Kubíček a Ing. K. Tsolov. Komise spolupracovala se společností PricewaterhouseCoopers Česká republika, s. r. o., jež se zabývá investičním poradenstvím, která vypracovala hodnocení požadavků a nabídky a potvrdila, že společnost Středomoravská nemocniční a. s. splnila podmínky veřejné obchodní soutěže

a je vhodným pronájemcem. Komise rozhodla, že nabídka splňuje všechny podmínky, které byly určeny.

Společnost SMN a. s. bude mít již zmiňované nemocnice v pronájmu od 1. července 2007. Bude je spravovat a bude vyplácet nájemné ve výši 52 mil. Kč ročně za nájem movitého majetku (převážně jde o přístrojové vybavení nemocnic) a Olomoucký kraj obdrží na nájmu cca 25mil. Kč za pronajatý nemovitý majetek. Tyto částky budou dle dohody reinvestovány do rozvoje společnosti. Pronájem byl ustanoven na 20 let, přičemž nájemce se zavázal k dalším investovaným 100mil. Kč během doby pronájmu. Reinvestice do majetku nemocnic jsou nezbytné, protože pokud by kraj do nemocnic neinvestoval, pak by za 20 let neměl v nemocnicích prakticky žádný majetek.

Veškeré peníze z pronájmu zůstanou ve zdravotnictví, proto je velice pravděpodobné zvýšení kvality poskytovaných služeb. Jak řekl nynější ředitel společnosti SMN a. s. ing. T. Uvízl[9]: *„Máme skvělé odborníky mezi lékaři i sestrami a dáme jim náležitý prostor k práci i dalšímu vzdělávání. Plánujeme také spolupráci s externími špičkovými pracovišti jiných zdravotnických zařízení. Kromě investic do lidských zdrojů plánujeme i masivní investice do vybavení nemocnic a do přístrojové techniky. Do roku 2013 počítáme s výdaji v celkové výši až 436 milionů korun.“*

Stejně tak bylo slíbeno zaměstnancům zvýšení platů. Olomoucký kraj měl pro podmínku pronájmu nemocnic průměrnou mzdu mezi 20 500 až 21 500 korun, přičemž nájemce nabídl o 2000Kč více. Ve smlouvě je také zakotven maximální počet propuštěných zaměstnanců a to méně jak 5% během prvních 3 let pronájmu.

[9] Ing. Tomáš Uvízl - ředitel Středomoravské nemocniční a.s.

Od 1. 1. 2009 bylo sídlo SMN a. s. přestěhováno do areálu nemocnice v Prostějově, kde bylo vytvořeno nové ředitelství a generálním manažerem byl jmenován ing. Tomáš Uvízl, který byl od poloviny roku 2007 ředitelem SMN a. s. a výkonným managerem Nemocnic Olomouckého kraje a. s. Přemístěním sídla organizace do areálu nemocnice v Prostějově a jmenováním jednoho generálního ředitele, došlo k redukci zaměstnanců v managementu SMN a. s. o 11 osob a úspoře mnoha milionů Kč ve mzdách.

Pacienti NOK a. s. mohou od února 2009 využít možnosti vrácení regulačního poplatku a to formou daru od Olomouckého kraje, z čehož pro neznalého kritika vyplynula nesmyslnost zavádění těchto poplatků, i když jejich zavedení mělo mít kladný vliv na hospodaření zdravotnictví. Nešlo jen o poplatky 30, 60 a 90 Kč, kterých by se vybralo přibližně za 2,250 miliardy za návštěvu praktického lékaře a specialisty a přibližně 960 mil. Kč za pobyt v nemocnicích, ale s agregací dalších úkonů a doplatků za léky, by byla celková úspora nákladů v zdravotním systému cca 12 miliard Kč / rok. Bohužel většina lidí tento krok vlády odsoudila, což se projevilo i v podzimních volbách a proto po výměně politického vedení krajů, zdravotnická zařízení zřizovaná kraji od regulačních poplatků ustupuje. Toto krátkozraké, ale o to více politické rozhodnutí připraví zdravotnictví o značné finanční částky, které budou v systému bohužel chybět a po opětovné finanční krizi ve zdravotnictví, kterou lze očekávat na přelomu let 2009 / 2010 bude muset vláda, resp. Ministerstvo financí opět ztráty profinancovat z veřejných prostředků, a to s největší pravděpodobností zvýšením daní.

Se změnou krajské vlády došlo i ke změně ve vedení společnosti Nemocnice Olomouckého kraje a. s. Původní vedení bylo nahrazeno novým, s odůvodněním odlišných názorů na vedení společnosti. Je třeba si ale uvědomit, že žádné změny ve vedení (správní nebo dozorčí rada) společnosti NOK a. s. nemá naprosto žádný vliv na chod nebo hospodaření pronajatých nemocnic v Přerově, Prostějově nebo ve Šternberku. Činnost společnosti NOK a. s. má za funkci, podle smlouvy mezi Olomouckým krajem a SMN a. s. pouze výběr nájmu za věci movité a nemovité s následnou reinvesticí těchto nájmů do nemovitého a movitého majetku Olomouckého kraje, který je pronajat SMN a. s. Dále sledování dodržování dohodnutých parametrů kvality poskytované zdravotní péče. Smlouva mezi výše uvedenými subjekty minimalizuje možnost zásahů politiků do chodu těchto nemocnic.

Transformace nemocnic v Olomouckém kraji a jejich pronájem byl mimořádně silně kritizován zastupiteli z řad opozice, kteří upozorňovali na možnost tunelování a rozkradení nemocnic a podali několik trestních oznámení na neznámého pachatele. Všechna trestní oznámení však policie i soudy zamítly jako nedůvodné. Transformaci nemocnic v Olomouckém kraji projednával také Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, zda kraj při pronájmu svých nemocnic postupoval správně a dle zákonů. Nakonec Úřad pro ochranu hospodářské soutěže vydal usnesení, že kraj zákon neporušil.

Velmi kritická byla také upozornění opozičních poslanců na možnost, že by mohlo dojít ke snížení dostupnosti a kvalitě zdravotní péče. Proto jednou z podmínek pronájmu nemocnic bylo smluvně zajištěné sledování přibližně 25 ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče **(viz příloha č.:2)**.

Po roce a půl fungování nemocnic pod hlavičkou NOK a. s. a SMN a. s. se ukazuje, že se ani kvalita ani rozsah služeb nezhoršil, naopak jsou zřejmé indicie k vyšší kvalitě poskytovaných zdravotnických služeb. SMN a. s. bez problémů hradí své finanční závazky, migrace zaměstnanců je prakticky stejná, nebo i procentuálně nižší, než před transformací a podle sdělení odborů těchto nemocnic jsou mzdové podmínky lepší, než před transformací.

5 Výsledek transformace

V této kapitole zhodnotíme transformaci nemocnic v Olomouckém kraji. Na vyhodnocení, zda byla transformace jednoznačně správné řešení je zatím příliš brzy, ale už nyní vidíme kladné výsledky.

5.1 Hospodaření nemocnic

Pro srovnání stavu hospodaření před a po převodu na akciovou společnost byly vybrány následující ukazatele: počet lůžek, počet hospitalizovaných, využití lůžek na den, náklady na jeden ošetřovací den, průměrná ošetřovací doba, počet obsazených lůžek na jednoho lékaře a jednu sestru.

Trend:

1. snižování počtu akutních lůžek,
2. zkracování délky pobytu v nemocnici,
3. přesun poskytování zdravotní péče do ambulancí.

Po převodu nemocnic soukromému subjektu není možné získat data o hospodaření

Počet lůžek

= Celková kapacita lůžek nemocnice.

Počet hospitalizovaných

= Celkový počet osob, které byli v nemocnici hospitalizováni a ošetřováni.

Využití lůžek ve dnech (maximální lůžkové kapacity)

Je to průměrný počet dnů v roce, kdy je lůžko obsazeno. Je dáno vzorcem:

$$= \frac{ošetřovací\ dny}{průměrný\ počet\ lůžek}$$

Náklady na jeden ošetřovací den

Je to podíl využívající data z ročního statistického výkazu o hospodaření zdravotnických zařízení a je dán vzorcem:

$$= \frac{L * \{1 + (D + J + N)/(L + A)\}}{T}$$

kde:

L = náklady na lůžkovou zdravotní péči,

D = náklady na zdravotní dopravu,

J = náklady na jinou zdravotní péči,

N = náklady na nezdravotní výkony,

A = náklady na ambulantní péči,

T = počet ošetřovacích dnů.

Průměrná ošetřovací doba

Je to průměrná doba hospitalizace jednoho pacienta. Je dána vzorcem:

$$= \frac{celková\ \ ošetřovací\ doba\ všech\ pacientů}{počet\ hospitalizovaných}$$

Průměrná obsazená lůžka na jednoho lékaře

Ukazuje kolik obsazených lůžek, připadá na jednoho lékaře. Vzorec je následující:

$$= \frac{počet\ obsazených\ lůžek}{počet\ lékařů}$$

Průměrná obsazená lůžka na jednu sestru

Ukazuje kolik obsazených lůžek, připadá na jednu sestru se vzorcem:

$$= \frac{počet\ obsazených\ lůžek}{počet\ sester}$$

Nyní budou následovat tabulky č. 7, 8, 9, kde jsou uvedeny údaje z jednotlivých nemocnic za období 2004 – 2007 a jejich zhodnocení.

Tabulka 7 - vybrané ukazatele pro nemocnici v Přerově

Přerov							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	-	-	-	-	-	-	-
2005	351	16 471	4,9	1,6	244,5	5,3	3 663
2006	315	16 156	4,8	1,6	262,2	5,1	3 020
2007	315	16 140	4,6	1,5	260,9	5,1	3 553

Zdroj: ÚZIS

Údaje za rok 2004 nejsou bohužel známé. Z tabulky je zřejmé, že mezi roky 2005 a 2006 došlo ke snížení stavu lůžek a to o 36 lůžek (11,4 %). Počet hospitalizovaných byl v letech 2005 až 2007 přibližně stejný. Tento údaj ukazuje na zlepšenou efektivitu ve využití lůžkového fondu nemocnice. Náklady na 1 ošetřovací den se v roce 2006 snížily oproti roku 2005 o 643 Kč, tato částka představuje snížení nákladů o 21 % a také se zkrátila v tomto období průměrná doba léčení. V roce 2007 se náklady zvýšily o 533 Kč, jak tabulka č. 7 ukazuje, v letech 2006 byly nejnižší náklady, i když bylo využití lůžkového fondu významně vyšší a jeden lékař měl na starosti méně lůžek.

Tabulka 8 - vybrané ukazatele pro nemocnici v Prostějově

Prostějov							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	469	17 601	6,6	1,6	309,8	8,3	2 589
2005	469	17 919	6,3	1,5	307,8	8,1	2 564
2006	469	17 428	5,9	1,5	292,1	7,9	2 866
2007	469	18 291	6,1	1,5	263,8	7,5	2 796

Zdroj: ÚZIS

Tabulka nám ukazuje, že se v Prostějově počet lůžek v letech 2005 – 2007 nezměnil, stejně tak i stabilní zůstal počet lůžek na jednu sestru v letech 2005 až 2007, kdy se v roku 2004 nepatrně snížil. Od roku 2004 se do roku 2007 snížilo využití lůžek na den, protože se snížila průměrná ošetřovací doba, což je novým trendem ve zdravotnictví.

V nemocnici je rezerva v počtu lůžek, ale lze předpokládat, že vedení SMN a. s. bude nadbytečnou lůžkovou kapacitu řešit.

Tabulka 9 - vybrané ukazatele pro nemocnici ve Šternberku

Šternberk							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	250	10 870	4,4	1,5	290,8	6,7	2 614
2005	250	11 008	4,0	1,5	291,8	6,6	2 832
2006	250	10 343	4,1	1,4	275,3	6,7	3 018
2007	250	9 959	3,9	1,4	278,0	7,0	3 954

Zdroj: ÚZIS

V nemocnici Šternberk zůstává stejný počet lůžek, i když počet hospitalizovaných pacientů od roku 2004 do roku 2007 klesl o 9 %, taktéž klesl počet lůžek na jednoho lékaře od roku 2004 o 0,5 lůžka, představující 12,8 % a využití lůžek na den o 11,2 dne. V roce 2007 se zvýšila průměrná ošetřovací doba o 0,3 dne, oproti všeobecnému trendu snižování této doby. O nezanedbatelnou částku se zvýšily náklady na 1 ošetřovací den a to o 33,8 %.

Aritmetický průměr a variační rozpětí

Pro další porovnání jsme zvolili aritmetický průměr a variační rozpětí nákladů za rok 2006 a 2007. Pro výpočet aritmetického průměru bylo použito vzorce:

$$AP = \frac{1}{n * (x_1 + x_2 + x_3 + \ldots + x_n)}$$

Kde:

AP = aritmetický průměr,

n = počet členů,

$x_1, x_2, x_3, \ldots, x_n$ = hodnoty veličiny x.

Pro výpočet variačního rozpětí byl využit vzorec:

$$\mathbf{R = x_{max} - x_{min}}$$

Kde:

R = variační rozpětí

x_{max} = maximální hodnota

x_{min} = minimální hodnota

Pro rok 2006 jsou v nemocnici v Přerově, Prostějově a Šternberku statistické ukazatele:

AP = (3020 + 2866 + 3018) / 3 = 2968

R = 3020 – 2866 = 154

Díky tomuto výpočtu vidíme, že náklady za rok 2006 jsou téměř stejné ve všech třech nemocnicích.

Ukazatele pro rok 2007 jsou následující:

AP = (3555 + 2796 + 3954) / 3 = 3435

R = 3954 – 2796 = 1158

Tento výpočet ukazuje, že se náklady v jednotlivých nemocnicích od roku 2007 změnily. Již nejsou téměř vyrovnané. Variační rozpětí se zvýšilo 7,5 krát. Došlo k tomu tím, že byli přijati noví lékaři, zvýšila se dotační a investiční činnost a rozšířila se činnost biochemické laboratoře, která provádí vyšetření vzorků pro celý holding, ale hlavně Olomoucký kraj finančně vyrovnal skrývaný deficit hospodaření, který byl ukryt v účetnictví nemocnice několik let a pravděpodobně i další nepořádky ve finančním výkaznictví nemocnice.

5.2 Kvalita poskytování služeb

V této subkapitole jsou zpracovány vybrané ukazatele kvality poskytovaných služeb v jednotlivých nemocnicích, jak uvádí tabulka č. 10.

Tabulka 10 - Srovnání vybraných ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče v letech 2005 - 2007

Nemocnice Přerov			
Rok	**2005**	**2006**	**2007**
Obrat na lůžku	38,8	41,6	45,3
Nové dekubity[10] na 1000 lůžkodnů	1,2	0,8	1,29
Úrazy vzniklé pády na 1000 lůžkodnů	0,46	0,17	0,7
Perinatální úmrtnost v % na 1000 porodů	0,31	0,29	0
Nemocnice Prostějov			
Rok	**2005**	**2006**	**2007**
Obrat na lůžku	39	37,8	34,32
Nové dekubity na 1000 lůžkodnů	3,6	3,5	7,4
Úrazy vzniklé pády na 1000 lůžkodnů	0,53	0,52	0,53
Perinatální úmrtnost v % na 1000 porodů	0,32	0,52	0,08
Nemocnice Šternberk			
Rok	**2005**	**2006**	**2007**
Obrat na lůžku	48,6	44,1	42,58
Nové dekubity na 1000 lůžkodnů	1,68	1,61	1,32
Úrazy vzniklé pády na 1000 lůžkodnů	0,35	0,34	0,6
Perinatální úmrtnost v % na 1000 porodů	0,12	0,1	0,343

Zdroj: ÚZIS

Tyto údaje nám ukazují, že se v průběhu několika posledních let kvalita poskytované péče prakticky nezměnila. V nemocnici v Přerově se zvýšil obrat na lůžku o 14,3 %, oproti nemocnici v Prostějově, kde se obrat na lůžku snížil o 13,6 %, podobně se snížil tento obrat i v nemocnici ve Šternberku a to o 14,1 %. Kvalitu péče můžeme posuzovat i podle proleženin, které se až na nemocnici ve Šternberku zvýšili, to nezní pro nemocnice příznivě, ale tato zvýšení nejsou nikterak závažná. Úrazy vzniklé pádem jsou ve všech případech nižší jak jedna promile. Perinatální úmrtnost se v nemocnici v Přerově dokonce snížila až na nulu.

5.3 Stav nemocnic

V těchto nemocnicích během transformačních změn nedošlo k žádnému omezení týkající se rozsahu poskytování zdravotní péče a jejich kvality.

Od konce roku 2006, kdy nemocnice ve Šternberku, Prostějově a Přerově fungují jako jedna akciová společnost, nedošlo ani ke kolapsu, ani k vytunelování nemocnic. Nemocnice plní zdravotní péči plně ve všech směrech, dokonce i ve vyšší kvalitě než v letech uplynulých.

[10] Dekubitus = proleženina

Když v roce 2004 převzal Olomoucký kraj nemocnice v Prostějově, Přerově a ve Šternberku, převzal je i s dluhy ve výši přes 260 mil. Kč (při obratu nemocnic 1,2 miliardy Kč). Změnou řízení nemocnic a zvýšení odpovědnosti managementu nemocnic se snížil dluh nemocnic v roce 2007 na 27 mil Kč. Olomoucký kraj dotoval provoz nemocnic každý rok částkou 80 - 100 mil. Kč.

Nemocnice jsou nyní ekonomicky stabilní. Jsou soběstačné a již nevyžadují finanční dotace, na kterých byly dříve závislý. Společnost Severomoravská nemocniční, a. s. uhradila Olomouckému kraji za pronájem NOK a. s. ke dni 31. 12. 2007 částku 12 448 002 Kč za nemovitou část. Za nájem movité části bylo zaplaceno za pronájem 25 783 330 Kč ve prospěch NOK a. s. K datu 5. 2. 2008 bylo celkem investováno do vybavení nemocnic za 9 651 417 Kč.

5.4 Plán střednědobého rozvoje na období 2009 – 2013

- Zvýšení tržeb od zdravotních pojišťoven ve výši 5%. V roce 2009 se v nemocnici V Prostějově pořídí CT, takže se převážně zvýší ortopedické zákroky a očekává se zvýšení tržeb o 6 %.
- Pokud budeme uvažovat úroveň inflace pro rok 2009 ve výši 2,5 procenta, bude meziroční nárůst tržeb za zboží a to zejména za zboží v lékárnách, může se očekávat zvýšení tržeb o 5,5 % s obchodní marží ve výši 20 %.
- S mírou inflace 2,5 % se může očekávat pro rok 2009 růst nákladů na spotřebu materiálu, energie a služeb o 1 %.
- Dále se využije investic v hodnotě 436 mil. Kč, z toho odpovídá 225 mil. Kč reinvestice za nájem podniku, 126 mil. Kč za nájem nemovitosti a investice ve výši 85 mil. Kč z provozních zdrojů.

Je patrné, že společnost SMN a. s. plánuje vysoké investice do rozvoje. Tato společnost chystá rozšíření zdravotní péče a vystavění center s nadregionálním působením.

6 Komparace

V této kapitole jsou srovnány výsledky transformace v Olomouckém kraji s vybranými kraji. Jsou zde zhodnocovány mzdy a hospodaření nemocnic.

6.1 Stav transformace v ostatních krajích

Původní plán transformace nemocnic pro celou Českou republiku bylo převedení všech nemocnic držených v rukou kraje na obchodní společnosti (viz Tab. Č. 9). V některých krajích se tato vize uskutečnila a má velmi dobré výsledky, např. - v Jihočeském kraji, jinde se zdá forma akciové společnosti nebo společnosti s ručením omezeným neúčinná, málo efektivní a přináší spíše další dluhy (např. Karlovarský a Pardubický kraj). Je otázkou, zda za to může lidský faktor, tedy vedení nemocnic nebo právní forma organizace. Nejpravděpodobnějším vysvětlením je to, že chyby byly v celkovém přístupu vedení některých krajů k uvedené problematice. V první řadě šlo o naprostou nezkušenost politického vedení kraje, kde politici předpokládali, že pouhé překlopení příspěvkové organizace na obchodní společnost vyřeší všechny problémy. Žádný politik nechce a možná ani neumí pracovat systematicky. Navíc je popisovaná transformace časově i pracovně značně náročná a musí být řízená zkušenými odborníky z mnoha oborů. Změna právní formy organizace vyžaduje změnu organizace a řízení celé takové organizace a jen málokterý ředitel a vedoucí pracovník, který je celý život zvyklý na submisivní roli vůči zřizovali, se adaptuje na zcela nové podmínky. Takový vedoucí pracovník je najednou konfrontován se skutečností, že musí sám rozhodovat a zároveň za svá rozhodnutí nést i odpovědnost.

V kraji Vysočina po počáteční euforii s převodem příspěvkových organizací na akciové společnosti, své rozhodnutí přehodnotili s odůvodněním, že by přišli o možnost čerpat ze strukturálních fondů Evropské unie. Z rozboru výsledků hospodaření jednotlivých nemocnic kraje Vysočina však spíše vyplývá, že vnitřní dluhy jejich nemocnic dosahují částek mnoha set milionů Kč. Takové finance kraj v žádném případě nemá a při převodu nemocnic na a. s. by musel stávající příspěvkové organizace oddlužit a to by bylo nad finanční možnosti kraje.

Po krajských volbách v roce 2008 se do vedení všech krajů dostali politici s levicovým smýšlením (ČSSD a KSČM), kteří veškerou snahu o transformaci nemocnic v České republice po celou dobu kritizovali a pokud to šlo, tak se snažili transformaci nemocnic na obchodní společnosti blokovat.

Vítězstvím v krajských volbách se nová vedení většiny krajů rozhodla, že změní právní formu svých nemocnic na tzv. VNUZZ podle zákona 245/2006 Sb., jejichž hospodaření bude opět málo průhledné, ale tato skutečnost má všeobecnou podporu všech subjektů, kteří dosahují vysoké míry zisku z participace na procesu poskytování zdravotní péče. Výhodou pro VNUZZ bude hlavně to, že jejich ekonomika bude opět propojena s krajským rozpočtem a při jejich bankrotu, přejdou do majetku státu, a tedy budou opět svázány se státním rozpočtem, přes Ministerstvo zdravotnictví. Bude menší odpovědnost vedoucích pracovníků těchto zařízení a hlavně budou se moci tato místa obsazovat podle stranického klíče. Jde naprosto zřejmě a jednoznačně o cestu vrácení majetku i nemocnic pod státní kuratelu.

Počáteční návrh transformace nemocnic v ČR je poněkud odlišný než skutečnost. Původní plány a stávající stav nemocnic je uveden v následující tabulce č. 11.

Tabulka 11 - Stav transformace nemocnic v jednotlivých krajích v roce 2005 a v r. 2008

SUMÁŘ ZA KRAJE				
Kraj	Nemocnic celkem	Právní forma k datu 29. 7. 2005	Právní forma k datu leden 2008	Akcie, podíl kraje
Středočeský	12	1 a. s. 2004, 4 a. s. 2005, ostatní prodej či pronájem	1 a. s. 2004, 4 a. s. 2005, ostatní prodal	100%
Jihočeský	7	1 a. s. od 1.1.2004, v jednání holding se 7 v roce 2006	1 a. s. od 1.1.2004, holding v roce 2007	100%
Plzeňský	6	4 a. s. + 2 s. r. o. 1.1.2004	4 a. s. + 2 s. r. o. 1.1.2004	100%
Karlovarský	3	3 s. r. o. od 1.1.2004	3 s. r. o. od 1.1.2004-od r. 2007 1 a. s.	100%
Ústecký	5	1 a. s. od 1. 1. 2004, příprava 4 a. s. v roce 2006	1 a. s. od 1. 1. 2004, 4 a. s. v roce 2007	100%
Liberecký	2	Příprava 2 a. s. od 1.9.2005	2 a. s. od 1.9.2007	100%
Královéhradecký	6	5 a. s - od 1.1. 2004-holding	5 a. s - od 1.1. 2004-holding	100%
Pardubický	5	úvaha 5 a. s. - v roce 2006	5 a. s. – v roce 2007	100%
Vysočina	5	úvaha o změně právní formy asi v roce 2006	úvaha o změně právní formy asi v roce 2006-nechávají p. o.	100%
Moravskoslezský	9	Příprava 9 a. s. do konce r. 2005	příprava 9 a. s. r. 2007 zatím p. o.	100%
Olomoucký	3	Příprava 3 a. s. do konce r. 2005	Všechny nemocnice v 1 a. s.,v 2.pol.2007 a pronájem SMN	100%
Zlínský	4	úvaha 4 a. s. asi v roce 2006	4 a. s. v roce 2007	100%
Jihomoravský	9	úvaha 9 a. s. asi v roce 2006	9 a. s. v roce 2007 zatím p. o.	100%
CELKEM	76			

Zdroj: www.mzcr.cz

V Jihomoravském a v Moravskoslezském kraji fungují stále nemocnice jako příspěvkové organizace, i když oba kraje původně plánovaly přeměnu 9 nemocnic na akciové společnosti. Moravskoslezský kraj sice transformaci započal, ale nedokončil – založil společnosti s právní formou a. s., ale doposud do nich nebyla převedena činnost nemocnic. Vysočina prošla nakonec neúspěšným pokusem o transformaci u 5 zdravotnických zařízení v roce 2005, ale v prosinci roku 2007 zastupitelé rozhodli o návratu k formě příspěvkový organizací, jako hlavní důvod bylo uvedeno nevýhodné čerpání dotací pro obchodní společnost a velké finanční ztráty jejich nemocnic (dle nepotvrzených zpráv přes 600 mil. Kč.)

Tyto ztráty i vyšší však nemocnice vykazují i v roce 2008. Dalším důvodem bylo i to, že obchodní soud zapsal jako akciové společnosti pouze Havlíčkobrodskou a Pelhřimovskou nemocnici, které ale nezahájily svoji činnost. Zbývající tři akciové společnosti - novoměstskou, jihlavskou a třebíčskou - brněnský soud zaregistrovat zamítl. V Královehradeckém kraji vznikl holding, ve kterém jsou jednotlivé a. s. Vznikla společnost Zdravotní holding a. s., díky které se v nemocnicích stabilizovalo hospodaření směrem k efektivnímu hospodaření. Holding má plně pod kontrolou kraj.

Karlovarský kraj nejdříve své nemocnice převedl k datu 1. 1. 2004 na společnosti s ručením omezeným, poté z těchto s. r. o. vznikaly jednotlivé a. s. až nakonec v roce 2007 vznikla z těchto samostatných a. s. jedna velká akciová společnost, která byla následně svěřena k řízení soukromé společnosti Česká zdravotní. Toto rozhodnutí nebylo příliš šťastné a při řešení neutěšené situace v ekonomice nemocnic Karlovarského kraje vznikaly konflikty s personálem nemocnic, kterému se zdály některé kroky České národní příliš tvrdé a také vznikaly další velké dluhy. Kraj se rozhodl převzít řízení nemocnic do svých rukou. Koncem roku 2008 byla vykazovaná ztráta nemocnic Karlovarského kraje ve výši 170 mil. Kč.

Středočeský kraj zvolil pro svých 5 velkých nemocnic formu a. s. (první vznikla v roce 2004, zbylé 4 v roce 2005), ostatní menší subjekty prodal do soukromého vlastnictví.

V Ústeckém kraji funguje jedna společnost s názvem Krajská zdravotní, pod kterou spadá všech 5 nemocnic vlastněných krajem. Po krajských volbách v listopadu 2008 se vedení kraje vydalo znovu cestou, která byla od roku 1989 opakovaně jako slepá ulička. V únoru 2009 nové vedení kraje odvolalo všechny ředitele nemocnic.

Plzeňský kraj byl prvním krajem, kterému se podařilo převést své nemocnice na akciové společnosti nebo společnosti s ručením omezeným. První byly transformovány již 1. 1. 2004. Nemocnicím se úspěšně daří snižovat ztráty.

Jihočeský kraj zahájil transformaci nemocnic na a. s. v roce 2004. V roce 2007 v kraji vznikl jeden holding, který sdružuje všechny nemocnice kraje s rozhodující úlohou Krajské nemocnice v Českých Budějovicích. Vznikla společnost Jihočeská nemocnice a. s. Majitelem holdingu je Jihočeský kraj. Nemocnice Jihočeského kraje všechny pracují s mimořádnými ekonomickými výsledky a s vysokou kvalitou péče. Tohoto stavu se dosáhlo tím, že se v úsilí transformace se spojili všechny subjekty, které měly ve své gesci zdravotnictví a sice: politici, krajský úřad a vedení nemocnic.

Liberecký kraj má své nemocnice s formou a. s. a během posledních tří let se nemocnicích podařilo vypořádat se svými dluhy a dokonce vytvořit i zisk. Získané peníze umožnily větší investice, které zdravotním zařízením prospěly.

Transformace prospěla i Zlínskému kraji, kde se stabilizovala finanční situace, pouze s výjimkou nemocnice v Kroměříži, kde jsou stále problémy s velkými dluhy z minulosti a špatnými manažerskými rozhodnutími. Například pronájem nemocniční lékárny, který generuje roční ztrátu 14 - 16 mil. Kč. Situace se však postupně řeší.

Pardubický kraj rovněž přeměnil svoje nemocnice na akciové společnosti, ale nemocnice i přes oddlužení 300 mil. Kč při transformaci na akciové společnosti vykazují stále negativní hospodářské výsledky, protože nezměnily organizaci a řízení těchto nemocnic. Podrobný rozbor situace a hospodaření v Pardubickém kraji viz níže.

Olomoucký kraj vlastní 3 nemocnice, které převedl do jedné akciové společnosti, kde 100% vlastníkem je Olomoucký kraj. Činnost nemocnic pronajal na 20 let jinému subjektu – Středomoravské nemocniční a. s. Z pronájmu nemocnic získává nájem.

6.2 Hospodaření nemocnic ve vybraných krajích

Nyní se budeme zabývat hospodařením nemocnic v Olomouckém, Pardubickém, Moravskoslezském kraji a na Vysočině. Vždy je uvedena tabulka s údaji jednotlivého kraje a její zhodnocení.

Tabulka 12 - Hospodaření nemocnic v Olomouckém kraji v letech 2004 - 2007

Olomoucký kraj							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	3 667	133 819	4,8	1,5	268,6	7,3	3 601
2005	3 637	132 733	4,5	1,4	263,2	7,2	3 817
2006	3 594	128 423	4,2	1,3	251,5	7,1	4 183
2007	3 547	130 522	4,2	1,3	255,7	7,0	4 621

Zdroj: ÚZIS

Z předcházejících údajů v tabulce č. 12 plyne, že mezi roky 2004 - 2007 v Olomouckém kraji došlo ke snížení počtu lůžek na jeden úvazek lékařů a sester na den. Tato změna byla u lékařů 14,3 % a u sester 15,4 %, tato změna je zajisté zapříčiněna změnou počtu lůžek a to o 3,3 %. Olomoucký kraj má trend snižování průměrné ošetřovací doby, jako v celém zdravotnictví, což se hodnotí velmi kladně.

Naopak náklady na jeden ošetřovací den vzrostly o 1 020 Kč, toto zvýšení o 22 % není malé, ale je částečně dáno zvyšováním cen vstupů, energií a mírou inflace. V tomto kraji se snížil počet hospitalizovaných o více než 3 tisíce pacientů (cca 2,5%), a s tím souvisí i snížení počtu využitých lůžek na jeden den o 5 %. K poklesu hospitalizovaných došlo s největší pravděpodobností zvýšenou migrací v okresech Jeseník a Šumperk z důvodů většího pracovního uplatnění mimo Olomoucký kraj.

Tabulka 13 - Hospodaření nemocnic v Pardubickém kraji v letech 2004 - 2007

Pardubický kraj							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	2 702	88 758	6,2	1,6	266,9	8,2	2 927
2005	2 718	89 136	6,2	1,6	265,9	8,1	2 779
2006	2 698	88 237	6,2	1,6	268,7	8,3	2 779
2007	2 681	89 762	5,3	1,5	265,5	7,9	2 780

Zdroj: ÚZIS

Pardubický kraj vykazuje zvýšení nákladů na jeden ošetřovací den pouze o 147 Kč, které představují přibližně 5,3 %. V nemocnicích Pardubického kraje dochází sice ke snížení počtu lůžek, počtu lůžek na lékaře na den a sestru na den i průměrné ošetřovací doby. To jsou příznivé ukazatele, které mají probíhat ve všech oblastech zdravotnictví, ale počet lůžek v nemocnicích Pardubického kraje je stále zbytečně velký nebo nevhodně strukturovaný a tudíž je neefektivní.

Tabulka 14 - Hospodářské výsledky nemocnic v Pardubickém kraji (v mil. Kč)

Nemocnice	Hospodářský výsledek 2006	Kumulovaná ztráta
Nemocnice Pardubice	-38	-95
Nemocnice Chrudim	-18	-110
Nemocnice Svitavy	-7	-34
Nemocnice Litomyšl	-5	-56
Nemocnice Ústí nad Orlicí	-15	-79
Celkem	-84	-376

Zdroj: ÚZIS

Pardubický kraj si v roce 2007 vzal úvěr až 300 milionů korun na oddlužení svých pěti nemocnic a přerozdělil úvěr 300 milionů korun určený na oddlužení pěti nemocnic, které se v říjnu 2007 staly obchodními společnostmi a neměly si sebou nést staré dluhy.

Oddlužení bylo pro Krajskou nemocnici v Pardubicích 54 milionů korun, chrudimská nemocnice 93,5 milionu korun, orlickoústecké nemocnici obdržel 70,5 milionu Kč, nemocnice v Litomyšli 41,5 milionu Kč a svitavská nemocnice 28,5 mil. Kč.

Nemocnice Pardubického kraje měly i po oddlužení v roce 2008 nemalé finanční problémy se svým hospodařením a problémy samozřejmě přetrvávají i v roce 2009. Pardubický kraj sice provedl transformaci svých nemocnic, ale neprovedl restrukturalizaci, a proto musí vypomáhat dotacemi. Rovněž neprovedl výměnu managementu u zadlužených nemocnic. Došlo k výměně jen ředitele nemocnice v Pardubicích. Průměrné náklady na 1 ošetřovací den jsou pro provoz nemocnic nízké (60 % nákladů - příjmů od zdravotních pojišťoven v porovnání s Olomouckým nebo Moravskoslezským krajem) a svědčí o špatném přístupu vedení nemocnic v jednání se zdravotními pojišťovnami nebo o vykazovací nekázni nemocnic (což je pravděpodobnější), ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám. Tato data by měla být pro vedení kraje dosti alarmující a vedení kraje by mělo uvažovat o zrušení nebo prodeji jedné menší nemocnice v regionu.

Nemocnice Pardubického kraje se sice změnily z příspěvkových organizací na akciové společnosti, ale významná část starých dluhů nemocnicím zůstala. Kdy je nové zdravotnické firmy uhradí, nebylo při transformaci jasné. Částka 300 milionů na částečné oddlužení, která byla rozdělena mezi jednotlivé nemocnice tak, aby akciové společnosti vůbec mohly vzniknout. Touto částkou se dokrýval kapitál v jednotlivých nemocnicích tak, aby každá z nich byla kapitálově přiměřeně vybavená a mohla vůbec vzniknout. Na celkové vyčištění závazků by bylo potřeba půl miliardy korun. Staré závazky zatím zůstaly kvůli účetnictví a inventurám na původních příspěvkových organizacích, na nové firmy měly být převedeny do konce února roku 2008. Nemocnice dlužily z minulosti hlavně dodavatelům léčiv a zdravotnického materiálu, byly po lhůtě splatnosti i několik let.

Bývalé vedení kraje připravovalo rovněž projekt PPP (public private partnership), který měl Pardubické krajské nemocnici najít soukromého partnera, jenž by jí pomohl investovat potřebné stavby, modernizaci, úpravy a doplnil vybavení a zároveň by 30 let spravoval areál a zajišťoval pro zařízení nejrůznější nemedicínské služby.

Nové vedení kraje chce celý projekt přehodnotit a zároveň chce kvůli úsporám sloučit nemocnice ve Svitavách a v Litomyšli, které leží v jednom okrese. Vedení obou zdravotnických zařízení proti této myšlence nejsou. Naopak Chrudimská nemocnice, již dělí od Pardubické krajské nemocnice jen deset kilometrů, by měla nadále zůstat samostatná.

Tabulka 15 - Hospodaření nemocnic na Vysočině v letech 2004 - 2007

Vysočina							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	2 790	101 147	6,2	1,7	281,3	7,7	-
2005	2 866	107 634	6,1	1,7	280	7,5	-
2006	2 814	104 298	5,5	1,6	267,2	7,3	2 977
2007	2 812	106 775	5,4	1,6	267,5	7,0	3 166

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č. 15 ukazuje, že na Vysočině v letech 2004-2007 vzrostl počet pacientů o 5, 3%, údaje o nákladech za roky 2004 a 2005 nebyly zveřejněny, ale v období 2006 až 2007 vzrostly o 6 %. Počet lůžek se navýšil o 22 avšak počet míst na lékaře na den se zredukoval o 14,8% a na sestru o 6 %.

Tabulka 16 - Hospodaření nemocnic v Moravskoslezském kraji v letech 2004 - 2007

Moravskoslezský kraj							
Rok	Počet		Průměrná obsazená lůžka na 1 úvazek		Využití lůžek (dní z roku)	Průměrná ošetřovací doba (dny)	Náklady na 1 den ošetření (Kč)
	Lůžek	Hospitalizovaných	Lékaře/den	Sestry u lůžka/den			
2004	7 625	266 024	5,7	1,6	276,8	8,0	2 557
2005	7 456	263 634	5,6	1,6	278,0	7,9	3 148
2006	7 353	258 726	5,4	1,5	268,4	7,6	2 867
2007	7 215	254 655	5,1	1,4	261,8	7,4	3 676

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č. 16 uvádí, že v Moravskoslezském kraji byl počet lůžek snížen o 5,4 %, které představují 410 míst a taktéž ubylo hospitalizovaných pacientů o více jak 11 tisíc, to je pro představu 4,5 %. Vyskytuje se zde celorepublikový trend poklesu lůžek na lékaře a sestru za den a průměrná ošetřovací doba. Náklady na 1 den ošetření vzrostly o 30,3 %.

Náklady na ošetření se zvyšují ve všech krajích, nejméně však v Pardubickém a nejvíce Moravskoslezském kraji. Olomoucký kraj má sice nejvyšší náklady, ale míra růstu se pohybuje níže než v Moravskoslezském kraji. Olomoucký kraj má nejnižší počet lůžek na jeden úvazek lékařů a sester na den, tato skutečnost příznivě působí na kvalitu poskytovaných služeb, ale současně i na výši nákladů.

Aritmetický průměr a variační rozpětí

Pokud budeme posuzovat náklady za roky 2006 a 2007 pomocí aritmetického průměru a variačního rozpětí, dostaneme hodnoty pro rok 2006:

AP = (4183 + 2779 + 2977 + 2867) / 4 = 3201,5

R = 4183 – 2779 = 1404

Pro rok 2007:

AP = (4621 + 2780 + 3160 + 3676) / 4 = 3559,25

R = 4621 – 2780 = 1841

Jak vidíme, aritmetický průměr vzrostl o 357,75 Kč, což přičítáme k celkově se zvyšujícím cenám, stejně tak nastal nárůst variačního rozpětí díky většímu rozdílu nákladů mezi nemocnicemi v Olomouckém kraji a Pardubickém kraji.

6.3 Mzdy ve zdravotnictví ve vybraných krajích

Dalším měřítkem pro komparaci byla zvolena velikost mezd a jejich růst. Budeme rozlišovat mzdy dány zákonem o mzdách a mzdy dány zákonem o platu. Do kolonky lékaři dále patří i zubní lékaři a ke zdravotním sestrám řadíme i porodní asistentky.

Tabulka 17 - Mzdy ve zdravotnictví v Olomouckém kraji

Průměrná měsíční mzda ve zdravotnictví v Kč v Olomouckém kraji						
Rok	Dle platných předpisů o platu			Dle platných předpisů o mzdě		
	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry
2004	19 906	40 290	18 537	14 025	33 603	13 299
2005	20 601	41 723	19 145	15 186	36 539	14 216
2006	22 511	44 741	21 208	16 199	37 778	15 220
2007	24 274	48 040	22 962	18 888	40 093	18 251

Zdroj: ÚZIS

Na Olomoucku došlo u celkových platů ve zdravotnictví k průměrnému navýšení mezi lety 2004 – 2007 o 18 %, lékařům o 16,1 % a zdravotním sestrám o 19,3 %. U mezd to bylo celkově o 25,7 %, z toho se lékařům navýšil plat o 16,2 % a u sester o 27,1 %, jak ukazuje tabulka č.17.

Tabulka 18 - Mzdy ve zdravotnictví v Pardubickém kraji

Průměrná měsíční mzda ve zdravotnictví v Kč v Pardubickém kraji						
Rok	Dle platných předpisů o platu			Dle platných předpisů o mzdě		
	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry
2004	17 085	33 936	16 791	13 643	33 323	13 713
2005	17 895	35 472	17 490	14 637	32 657	14 365
2006	19 685	38 393	19 692	15 383	30 312	16 270
2007	20 096	34 553	21 119	18 282	32 143	19 158

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č.18 ukazuje, že v Pardubickém kraji byly navýšeny platy o 15 %, jak vidíme v tabulce č.18. Nejlépe byly ohodnoceny zdravotní sestry, kterým byl plat zvednut o 20,5 %. Celkové mzdy jsou vyšší o 25,4 %, zde dokonce došlo ke snížení mezd lékařů o 3,7% naopak sestrám se navýšila mzda o 28,4 %.

Tabulka 19 - Mzdy ve zdravotnictví na Vysočině

Průměrná měsíční mzda ve zdravotnictví v Kč na Vysočině						
Rok	Dle platných předpisů o platu			Dle platných předpisů o mzdě		
	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry
2004	17 519	34 709	16 693	13 637	26 148	12 311
2005	18 473	37 219	17 539	13 543	26 777	12 736
2006	20 289	39 881	19 732	14 419	29 356	14 123
2007	21 668	41 823	21 312	13 454	28 989	14 500

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č. 19 udává, že na Vysočině byl nárůst platů lékařů o 17 %, a u sester o 21,7 % a celkovým průměrným zvýšením o 19,1 %. Mzdy rostly menší rychlostí ba se i dokonce snížily. Celkový plat klesl o 1,4 %, i přes to, že mzda lékařů je vyšší o 9,8 % a u sester je na mzdách vypláceno o 15,1 % více. Průměrné platy lékařů i sester v kraji Vysočina je významně nižší než v ostatních, srovnávaných krajích.

Tabulka 20 - Mzdy ve zdravotnictví v Moravskoslezském kraji

Průměrná měsíční mzda ve zdravotnictví v Kč v Moravskoslezském kraji						
Rok	Dle platných předpisů o platu			Dle platných předpisů o mzdě		
	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry	Celkem	Lékaři	Zdravotní sestry
2004	17 675	37 205	17 263	15 944	39 670	14 284
2005	18 683	39 724	18 162	16 062	40 069	14 443
2006	20 818	43 355	20 817	17 758	43 555	15 677
2007	22 533	46 390	22 401	19 091	47 194	17 408

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č. 20 vyjadřuje platy v moravskoslezském kraji. Vidíme, že tento kraj má celkové platy ve zdravotnictví vyšší o 21,6 % a mzdy o 16,5 %. Lékaři jsou na tom lépe v případě platů o 19,8 % a v případě mezd o 16 %. Zatím co zdravotní sestry si přilepšily na platech 22,9 % a na mzdách 18 %.

Z předchozích tabulek je možné vyčíst, že Olomoucký kraj má relativně nejvyšší platy i mzdy, i když se zde průměrná mzda pohybuje v dolní části žebříčku průměrné měsíční mzdy v ČR. Naopak nejhůře na tom je Pardubický kraj a Vysočina. Dále také je zřejmé, že zvýšení platů je ve všech nemocnicích v rozmezí 15% - 23%. V některých případech dochází u mezd k mírnému snížení.

Závěrem je možné shrnout, že nemocnice v Olomouckém kraji jsou ve mzdové politice v porovnání s ostatními kraji na dobré úrovni a stávají se silným konkurentem pro nemocnice v okolních krajích. Samozřejmě v otázkách mezd je stále co zlepšovat.

7 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zanalyzovat vývoj a stav českého zdravotnictví vedoucí k transformaci nemocnic v Olomouckém kraji. Dalším krokem bylo popsat postup přeměny nemocnic ve Šternberku, Prostějově a v Přerově z příspěvkových organizací na akciovou společnost a komparace procesu transformace ve vybraných krajích.

České zdravotnictví mělo, má a stále bude mít nemalé finanční problémy. Pro stálý nedostatek financí ve zdravotnictví se od roku 1989 hledají cesty, jak zabránit nebo alespoň snížit finanční propady zdravotnických zařízení, která poskytují akutní lůžkovou péči.

Ztráty nemocnic jsou z velké míry způsobeny především nedokonalým systémem úhrad lékařské péče od zdravotních pojišťoven a zásahy státu do mzdové politiky zdravotnických zařízení. Nemocnice tak musí každoročně zvyšovat platy zdravotníkům, přestože na růst mezd nemají finanční prostředky. Jen v průběhu let 2005 až 2006 zdravotnická zařízení musela zvýšit mzdy v průměru o 17% bez kompenzace zvýšení plateb od zdravotních pojišťoven.

Po vzniku krajů v roce 2004 svěřil stát krajská zdravotnická zařízení do majetku krajských samospráv, ale s dluhem předávaných státních nemocnic ve výši několika miliard Kč. Krajské samosprávy nejdříve po dlouhém vyjednávání vymohly na vládě částečnou finanční kompenzaci dluhů nemocnic a vedení krajů pak začalo jimi zřizované nemocnice řídit. Ve většině případů dosáhly stavu, že se nemocnice začaly chovat racionálněji, než při řízení státem, a to z důvodu větší kontroly jejich hospodaření ze strany nového majitele. I přesto, že výsledky hospodaření krajských nemocnic se jako celek velmi zlepšily, stále musely být dotovány z krajských rozpočtů mnohamilionovými částkami. Proto se začala hledat cesta, jak provoz nemocnic zefektivnit, aby se masivní finanční podpora jejich provozu z rozpočtu krajů co nejvíce snížila.

Na přelomu let 2004 - 2005 se začala prosazovat myšlenka transformace nemocnic z příspěvkových organizací na obchodní společnosti. Jako hlavní důvod se udávaly jasně stanovené majetkoprávní, účetní a daňové otázky a právní úprava, což mělo pomoci k efektivnějšímu hospodaření. Dále měla změna právní formy umožnit uzavřít nové a výhodnější smlouvy se zdravotními pojišťovnami.

Všechny kraje zahájily přípravy na transformaci svých nemocnic na obchodní společnosti.

Jejich přístup k této složité problematice byl však velmi vlažný, opatrný a nedůsledný, a to s ohledem na příští krajské volby. Proces transformace byl zastaven v roce 2006, kdy byl přijat Zákon č. 245/2006 Sb., o Veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů. Uvedený zákon zakazoval přeměnu příspěvkových organizací na obchodní společnosti a umožňoval právní formu nemocnic výhradně jako Veřejné neziskové ústavní zdravotní zařízení (dále VNUZZ), s povinností vložit veškerý majetek do této neziskové organizace. Vedení krajů tento zákon odmítlo, jako zákon, který omezuje vlastníkovi nakládat volně se svým majetkem a označila jej jako nepřípustným a necitlivým vstupem státní moci do rozhodovacích práv krajů, s tím že de facto jde o druhé znárodňování. Vedení krajských samospráv podalo stížnost k Ústavnímu soudu, který inkrimované pasáže zákona označil za protiústavní a vedení krajů mohlo v záměru transformace pokračovat.

Než se mohl výsledek záměru transformace zdravotnických zařízení na obchodní společnosti vyhodnotit jako přínos nebo jako chybná varianta, došlo po volbách na podzim 2008 k převzetí moci v krajích levicovou vládou, která od záměru transformace zdravotnických zařízení zcela ustoupila a zahájila ve většině krajů cestu zrušení obchodních společností a jejich transformací na VNUZZ. Vzhledem k nedomyšlenému provedení transformace ve většině krajů na obchodní společnosti, má současné vedení většiny krajů na provedení tohoto záměru dostatečnou sílu i prostředky.

Výjimkou v prosazování myšlenky transformace nemocnic nebyl ani Olomoucký kraj, který se snažil řešit problémy s hospodařením pomocí přetransformování nemocnic z příspěvkových organizací na akciovou společnost. Byla zde zvolena varianta seskupení tří nemocnic do jedné akciové společnosti, a to nejen díky zkušenostem s obdobným řešením při vytváření Zdravotnických záchranných služeb Olomouckého kraje a. s., ale převážně z důvodu vytvoření silného subjektu, který umožní vyšší konkurenceschopnost a efektivnější hospodaření. Konkrétně se jedná o zdravotnická zařízení v Přerově, ve Šternberku a v Prostějově, ze kterých vznikla společnost Nemocnice Olomouckého kraje a. s. Jejich způsob řešení je ojedinělý v České republice, který zatím podle dosavadních výsledků vede ke stabilizaci finanční situace a pravděpodobně bude mít úspěch, i když se o úspěchu může hovořit až v horizontu následujících 5 let. Jejich způsob transformace spočíval v tom, že vedení kraje nejdříve systematickým způsobem dosáhlo stavu, kdy nemocnice hospodařily vyrovnaně. Přesto při transformaci příspěvkové organizace byla potřeba k celkovému oddlužení částka 27 mil. Kč. Následně Olomoucký kraj vložil movitý majetek do nově založené akciové společnosti Nemocnice Olomouckého kraje a. s. (dále NOK a. s.).

Dalším krokem bylo zrušení příspěvkových organizací. Poté NOK a. s. pronajala se souhlasem Zastupitelstva Olomouckého kraje movitý majetek a činnost uvedených nemocnic na 20 let Středomoravské nemocniční a. s. (dále SMN a. s.), která je dceřinou společností Agelu. Nemovitý majetek zůstal ve vlastnictví kraje, který tento majetek rovněž pronajal SMN a. s. Na pronájem právě této společnosti se objevily kladné i záporné ohlasy. Řešilo se, zda to nemocnicím prospěje a zda nebudou poškozeni pacienti. Pokud se ale podíváme na nemocnici v Šumperku, kterou vlastní Agel již od roku 2004, můžeme vidět, jak se z nemocnice s velmi špatnou ekonomickou situací stalo špičkové zařízení a pokud budou splněna všechna předsevzetí i v NOK a. s. předpokládáme solidní budoucnost i perspektivu těchto zařízení, o čem svědčí nejen dosahované hospodářské výsledky, ale i skutečnost, že v těchto nemocnicích dochází k systematickému zvyšování mezd, podle dohodnutých pravidel a migrace zaměstnanců nedosahuje výše sledovaných ukazatelů, které vykazovaly nemocnice v době příspěvkových organizací. Naopak objem poskytované zdravotní péče se zvyšuje a činnost nemocnic rozšiřuje o další obory. Kvalita poskytované zdravotní péče je posuzována podle přísnějších kritérií, odpovídající evropskému standardu.

Srovnáme-li přístup vedení Pardubického a většiny dalších krajů, s cestou uskutečněnou v Olomouckém kraji, tak je zřejmé, že postup zvolený vedením těchto ostatních krajů nemohl vést k očekávanému cíli. Je zřejmé, že transformace v Olomouckém kraji proběhla efektivněji než v ostatních krajích. Některé kraje přeměnu na obchodní společnosti započaly, ale nedokončily nebo se opět vrátily k formě společnosti, která je spojena se státním rozpočtem.

Velmi závažným faktorem, který může s celou transformací zdravotnických zařízení významně zahýbat, je nástup celosvětové hospodářské recese a finanční krize, která se začala projevovat i v České republice od konce roku 2008. Snížení celkového DPH, zvyšování nezaměstnanosti a snižování kurzu České koruny k Euru a USD, bude mít za následek snížení výběru zdravotního pojistného. Kvalifikovaný odhad poklesu výběru pojistného je přibližně snížení do 20% (to odpovídá přibližně 25 miliardám Kč). Se snížením výběru pojistného budou i nižší příjmy zdravotních pojišťoven, a tedy opoždění plateb od zdravotních pojišťoven zdravotnickým zařízením.

U nemocnic, které budou ekonomicky svázány s rozpočtem státu nebo krajů, bude tato vzniklá druhotná platební neschopnost sanována ze státního rozpočtu. U akciových společností to bude pravděpodobně větší problém. Pak existence těchto zařízení bude mít poněkud nejistou budoucnost.

8 Zdroje

Literatura

1) DUBEN, R. *Veřejný sektor II. (některé oblasti působnosti)*, Praha : Oeconomica, 2003, 478 s., ISBN 80-245-0607-6

2) *Internetový portál Ministerstva zdravotnictví ČR* [online]. 2008 [cit. 2009-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mzcr.cz/>.

3) *Internetový portál Olomouckého kraje* [online]. 2009 [cit. 2009-02-20]. Dostupný z WWW: <http://www.kr-olomoucky.cz>.

4) *Internetový portál Transparency International - Česká republika* [online]. 2007 [cit. 2009-03-10]. Dostupný z WWW: <http://www.transparency.cz>.

5) PEKOVÁ, J., PILNÝ, J, LETMAR, M.. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*, Praha: ASPI, a. s., 2005, 556 s., ISBN: 80-7357-052-1

6) REKTOŘÍK, J. a KOL. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru.* 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, 264 s., ISBN 978-80-86929-29-3

7) RÝZNAR, V. *Financováni zdravotního sektoru v Olomouckem kraji* (materiály z přednášky v Bruselu 8. 10. 2008, Open days Olomouckého kraje)

8) MALÝ, I. *Problém alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: MU Brno, 1998, 114 s., ISBN: 80-210-2006-7

9) MALÝ, I., PAVLÍK, M. *K předpokladům úspěchu reformy. Zdravotnictví v České republice, Praha: Asoc. pro rozv. soc.* lék. a řízení péče. ISSN 1213-6050, 2005, vol. 2005, no. 4, pp. 174-177.

10) MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ, P. *České zdravotnictví vize a skutečnost - Složité peripetie od plánů k realizaci*, Praha: Karolinum, 2005, 250 s., ISBN 80-246-0944-4

11) *Měsíčník Olomouckého kraje* [online]. 2009 [cit. 2009-03-05]. Dostupný z WWW: <http://www.consultants.cz/olomouc/index-1.php>.

12) *Online zprávy Hospodářských novin* [online]. 2009 [cit. 2009-03-03]. Dostupný z WWW: <http://ihned.cz/>.

13) *Ústav zdravotnických informací a statistiky* [online]. 2007 [cit. 2009-02-10]. Dostupný z WWW: <http://www.transparency.cz>.

14) WAN, T. T. H. *Analýza a vyhodnocování systémů zdravotní péče*. Olomouc: VUP, 1998, 254 s., ISBN 8070678348

15) Zákon 245/2006 Sb. o Veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů

16) *Zpravodajský server ČTK* [online]. 2009 [cit. 2009-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.ceskenoviny.cz>.

9 Seznam zkratek

DRG	casemixový klasifikační systém (diagnosis related groups)
ISPROFIN	Informační systém programového financování
NOK a. s.	Nemocnice olomouckého kraje a. s.
PO.	příspěvková organizace
PPP	Partnerství veřejného a soukromého sektoru (public private partnership)
SMN a. s.	Středomoravská nemocniční a. s
TIC	Transparency International - Česká republika
ÚZIS	Ústav zdravotnických studií a statistiky
VNUZZ	Veřejná nezisková ústavní zdravotnické zařízení
WHO	Světová zdravotnická organizace

Přílohy

Příloha A - Hlavní problémová místa v systému financování zdravotnictví v ČR 58

Příloha B - Sledovaná zdravotnická kritéria SMN a. s.počet ambulantně ošetřených 59

Příloha A - Hlavní problémová místa v systému financování zdravotnictví v ČR

Podrobnější vymezení problému odhad ztrát za rok v korunách	
Léky a léková politika	3-5 miliard
Vliv farmaceutických firem na rozhodování lékařů za předepisování určitých léků výjezdy lékařů na zahraniční konference	není vyčísleno
Falešné recepty obtížné zachycení falešných receptů	380 milionů
Postupy v kategorizační komisi není možná soutěž mezi dodavateli léků	není vyčísleno
Zdravotnický materiál vliv farmaceutických firem na rozhodování lékařů za využívání konkrétního materiálu výjezdy lékařů na zahraniční konference	není vyčísleno
Investice přístrojová technika nerovnoměrné vybavení regionů	není vyčísleno
Stavební investice nerovnoměrná výstavba, nevyužití kapacit	není vyčísleno
Nemocnice nadbytečná lůžková péče nadprůměrné množství akutních nemocničních lůžek a příliš dlouhá ošetřovací doba	7 miliard
Korupce v ordinacích, neefektivní nastavení systému nemocenská systém podporuje vysokou nemocnost	2,4 miliardy
Operační výkony podplácení s cílem zvýhodnění při operaci	není vyčísleno
Diagnostika neefektivní využití drahé diagnostiky i v případě, kdy stačí levnější metoda	není vyčísleno
Předepisování léků a vysoká návštěvnost lékařů nadměrná návštěvnost ambulantních lékařů často spojená s předepisováním i volně prodejných léků	6 miliard
Nezohlednění nových léčebných postupů lázeňské poukazy zastaralý indikační seznam, který předepisuje lázně i v případě, kdy to nové léčebné postupy nevyžadují	450 milionů
Politická korupce a nekompetentnost netransparentní obsazování manažerských pozic řada vysokých postů obsazována bez otevřených výběrových řízení, výkony těchto manažerů přinášejí ekonomické ztráty	není vyčísleno
Schvalování sporné legislativy zákony nejsou provázané, jejich zavádění nese s sebou vysoké náklady	není vyčísleno
Veřejné zakázky nerespektování platné legislativy časté obcházení a porušování zákona o veřejných zakázkách	3,9 miliardy
Celkem systém veřejného zdravotního pojištění	20,13 miliardy
Ztráty systému nemocenského pojištění	7,5 miliardy
Celkem systém veřejného zdravotního pojištění a nemocenského pojištění	27,63 miliardy

Zdroj TIC

Odhady nejsou uvedeny v případě, že není k dispozici dostatečné množství dat nebo není vyvinuta použitelná metodika.

Příloha B - Sledovaná zdravotnická kritéria SMN a. s.počet ambulantně ošetřených

- počet hospitalizovaných
- % operovaných z hospitalizovaných
- počet operací (v členění podle diagnóz)
- využití lůžek (%)
- obrat na lůžku (počet hosp./počet lůžek)
- průměrná ošetřovací doba
- počet zemřelých
- počet zemřelých na 1 000 hospitalizovaných
- počet zemřelých na 1 000 operovaných
- průměrná ošetřovací doba zemřelých
- počet komplikací na 1 000 operovaných
- počet neplánovaně operovaných do 7 dní po operaci na 1 000 operací
- počet neplánovaných rehospitalizací do 7 dní na 1 000 hospitalizovaných
- počet nozokomiálních nákaz na 1 000 hospitalizovaných
- počet nově vzniklých dekubitů v zařízení na 1 000 lůžkodnů
- počet úrazů vzniklých pády ve zdravotnickém zařízení na 1 000 ošetřovacích dnů
- počet převzatých nemocných z jiného zdravotnického zařízení
- počet přeložených do jiného zařízení akutní péče na 1 000 hospitalizovaných
- počet předaných do jiného zařízení následné péče na 1 000 hospitalizovaných
- počet propuštěných do sociálního zařízení na 1 000 hospitalizovaných
- perinatální úmrtnost (‰)
- počet oprávněných a částečně oprávněných stížností

Zdroj: www.kr-olomoucky.cz