Technická univerzita v Liberci

Hospodářská fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

1998

Robert Tichý

Technická univerzita v Liberci

Hospodářská fakulta

Obor: **Podniková ekonomika**

Financování nemocnic

(Financing of the hospitals)

BP PE KPE 98079

Robert Tichý

Vedoucí práce: Doc. Ing. Jaroslav Jágr (Katedra podnikové ekonomiky)
Konzultant: Ing. Tomáš Sláma (Městská nemocnice v Turnově)

Počet stran: 61
Počet příloh: 6

27. května 1998

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Hospodářská fakulta

Katedra podnikové ekonomiky Školní rok: 1997/98

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

pro **Roberta Tichého**

obor č. 6268 - 7 Podniková ekonomika

Vedoucí katedry Vám ve smyslu zákona číslo 172/1990 Sb. o vysokých školách určuje tuto bakalářskou práci

Název tématu: **Financování nemocnic**

Zásady pro vypracování:

Ve své bakalářské práci se zaměřte na :

- literární průzkum se zaměřením na problematiku financování provozu nemocničních zařízení v České republice i zahraničí ,
- na příkladu konkrétní nemocnice analýzu současného stavu financování ,
- návrhy na zlepšení dosavadního způsobu financování nemocnic v ČR ,
- vyhodnocení navrhovaných alternativ..

KPE/PE
6.5.,8.7.98

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Univerzitní knihovna
Voroněžská 1329, Liberec 1
PSČ 461 17

1146/98 Hb (N)

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury pod vedením vedoucího práce a konzultanta.

Prohlášení k využívání výsledků bakalářské práce

Jsem si vědom toho, že bakalářská práce je majetkem školy a že bez souhlasu děkana fakulty s ní nesmím disponovat (např. publikovat). Beru na vědomí, že po pěti letech si mohu bakalářskou práci vyžádat v Univerzitní knihovně TU v Liberci, kde je uložena, a tím výše uvedená omezení vůči mé osobě končí.

V Liberci dne 27. května 1998 Vlastnoruční podpis

Obsah:

strana

Seznam použitých zkratek....8
1. Úvod....9
1.1. Kontexty reformy zdravotní péče....9
1.2. Stav v České republice v letech 1989 - 1996....11
2. Vybrané otázky financování zdravotnictví....14
2.1. Návrhy řešení....15
2.1.1. Ambulantní taxa....15
2.1.2. Hospitalizační taxa....17
2.2. Závěr....18
3. Ekonomika zdravotnických zařízení....19
3.1. Klasifikace nákladů....19
3.1.1. Hospodářská činnost zdravotnických zařízení....21
3.1.2. Analýza, kontrola a korekce nákladů....22
3.1.3. Hodnocení nákladů....23
4. Privatizace....24
4.1. Privatizace činnosti....25
4.2. Privatizace majetku....27
4.2.1. Kategorizace zdravotnických zařízení....28
4.2.1.1. Privatizace nemocnic....30
4.2.1.1.1. Privatizační projekty....31
5. Systém zdravotního pojištění....32
6. Systémy zdravotní péče ve vyspělých zemích....34
7. Konkrétní tři fungující modely....36
7.1. Dolaďování nebo zásadní změna?....36
8. Mackův model = Švýcarský model....38
8.1. Výňatky ze švýcarského zákona....39
9. Analýza výsledků financování nemocnice....41
9.1. Stručná charakteristika nemocnice....41
9.1.1. Profil hospitalizovaných pacientů....43
9.2. Investiční činnost....43
9.3. Závěr....50
10. Transformace mnou popisované nemocnice, ano nebo ne?....52

11. Závěr.....54

Seznam literatury.....58

Seznam příloh.....61

Seznam použitých zkratek:

a.j. - a jiné
ambul. zař. - ambulantní zařízení
a pod. - a podobně
AS - převod na akciovou společnost
atp. - a tak podobně
BP - bezplatný převod
DKP - drobný krátkodobý předmět
dopr. zdr. služba - dopravní zdravotní služba
DPH - daň z přidané hodnoty
gyn./por. odd. - gynekologicko porodní oddělení
kat. - kategorie
KÚNZ - Krajský ústav národního zdraví
MN - městská nemocnice
MZ - ministerstvo zdravotnictví
např. -například
NVŘ - neveřejné výběrové řízení
NZ - nemocniční zařízení
NZP - nižší zdravotní perzonál
OAM - oddělení akutní medicíny
obr. č. - obrázek číslo
OLÚ - odborné léčebné ústavy
OP VZP - okresní pobočka Všeobecné zdravotní pojišťovny
os. - osoby
os. náklady - osobní náklady
ost. náklady - ostatní náklady
OÚNZ - Okresní ústav národního zdraví
PF - privatizační fond
PP - přímý prodej
PZP - pomocný zdravotní personál
PZT - pomocná zdravotní technika
Q - kvartál
Sfr - švýcarský frank
SR - státní rozpočet
s.r.o. - společnost s ručením omezeným
SZM - spotřební zdravotní perzonál
SZP - střední zdravotnický perzonál
tab. č. - tabulka číslo
THP - technicko-hospodářský personál
t.j. - to jest
tzn. - to znamená
VD - veřejná dražba
VS - veřejná soutěž
VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna
ZP - zdravotní pojišťovna
ZZ - zdravotnické zařízení

1. ÚVOD

Zdravotní politika je v posledních dvaceti letech v Evropě i jinde ve světě sužována rostoucími náklady na zdravotní péči. Stárnutí populace spolu s vyšším výskytem chronických onemocnění a invalidity, zvyšující se dostupnost nových léčebných postupů a technologií spolu se zvyšujícími se nároky a očekáváními veřejnosti neustále zvyšují tlak na zdravotní i sociální výdaje.

Tento zvětšující se prostor mezi morálním imperativem na přetrvávající solidaritu na straně jedné a fiskálním imperativem na nutnou kontrolu výdajů je hlavní hybnou silou všech reformních snah ve světě.

Společnou myšlenkou všech těchto snah je transformovat zdravotní politiku tak, aby financování zdravotních služeb bylo co nejefektivnější při zachování co nevětší rovnosti přístupu k jejich konzumaci.

1.1. Kontexty reformy zdravotní péče

Hlavními determinanty zdravotní péče jsou dva tlaky, přicházející z vnějšku zdravotního sektoru - společné základní hodnoty a makroekonomická realita[1].

Zdravotní služby, tak jako ostatní humánní služby, jsou zrcadlem hluboce zakořeněných sociálních a kulturních expektací občanů jako celku. Z tohoto důvodu je v Evropě velmi obtížné nahlížet na jakékoliv zdravotní služby jako na zboží, které je možno prodávat a kupovat na volném trhu.

Stejně silným faktorem, ovlivňujícím zdravotnictví, je struktura a stav národní ekonomiky, která zákonitě podléhá schopnosti té které země uspět v globalizujícím se konkurenčním prostředí.

Mimo tyto vnější faktory existuje množství specifických zdravotních a zdravotnických faktorů, které také přispívají k nutnosti zásadních strukturálních změn.

Kardiovaskulární choroby jsou stále nejčastější příčinou smrti v Evropě. Jsou příčinou poloviny všech úmrtí a třetiny trvalých invalidit. Druhou nejčastější příčinou úmrtí jsou zhoubné nádory, způsobující 20% všech úmrtí. Vnější příčiny, jako jsou nehody, vraždy a sebevraždy jsou třetí nejvyšší příčinou úmrtí a mají též velký vliv na sociální postavení rodin a produktivitu. Je nutné se také zmínit o nových chorobách jako je infekce HIV a znovuobjevení takových chorob jako je tuberkulóza či záškrt.

Stárnutí populace má také rozhodující vliv na zdravotní potřeby populace, neboť přibývá chronických chorob a invalidit.

Množství těchto faktorů se kombinuje a vytváří zvětšující se tlak na výdaje ve zdravotnictví, ať už jde o stárnutí populace se zvyšujícím se počtem chronických nemocí a invalidit, rychlost technického pokroku přinášející nové diagnostické techniky a léky, tlak lékařů na co nejrychlejší zavádění nejnovějších lékařských poznatků do praxe či zvětšující se očekávání a požadavky pacientů, potencované navíc rychlým šířením informací o nových možnostech.

K tomu všemu je nutno též připomenout průkazné poznání o neefektivní péči na mikroúrovni - neexistenci koordinace mezi poskytovateli zdravotní péče, nedostatek popudů pro efektivní služby, nedostatek správných informací o nákladech a kvalitě služeb, nedostatečné rozdělování kapitálových zdrojů či nekvalitní management na všech úrovních. Na druhé straně roste zájem o informace, týkající se kvality zdravotní péče a také pacienti již nadále nebudou chtít být pasívními členy v systému zdravotní péče[2].

Ze všech těchto faktorů vyplývají dva důsledky: první je nutnost uvědomění si, že ačkoliv zdravotní péče má mít za následek zlepšení zdravotního stavu, ve skutečnosti má na zdravotní stav jen omezený vliv. Celkový zdravotní stav je ovlivňován převážně faktory životního stylu a chování, socioekonomickým stavem a stavem životního prostředí, zrovna tak jako zaměstnáním a společenským postavením. Druhým důsledkem je nutnost zaměřit zdravotní služby tímto směrem a to přesunutím prostředků a kurativy do prevence a z druhotné a terciální péče do péče primární.

1.2. Stav v České republice v r. 1989 -1996

Růst podílu hrubého domácího produktu plynoucího do zdravotnictví nebyl v létech 1989 -1996 přiměřený ekonomickým možnostem České republiky a rostl nepřiměřeně rychle k těmto možnostem - viz. tab. č.1.

tab. č.1

Rok	běžbé ceny v mld Kč	stálé ceny 1984 v mld Kč	index	podíl zdravotnictví v %
1989	524,5	509,9	100	5,02
1990	567,3	503,7	98,8	5,3
1991	716,6	432,1	84,7	5,33
1992	791,6	404,5	78,9	5,51
1993	910,6	400,7	78,6	7,61
1994	1037,5	411,2	80,6	7,82
1995	1212	431,1	84,5	7,62

Z důvodů dále uvedených se však navíc k těmto omezeným ekonomickým možnostem nepřiměřeně rychle zvyšoval frekvenční a hlavně kvalitativní rozsah zdravotní péče - viz. tab. č.2.

tab. č.2

Rok	1990	1995	Index 95/90 v %
Počet ošetření:			
u praktických lékařů	52,500.879	53,150.668	101.2
u gynekologů	7,748.885	9,516.317	122.8
u stomatologů	22,061.592	22,715.731	103.0
u odborných lékařů	34,461.287	43,495.607	126.2
Počet:			
CT tomografů	22	69	313.0
mammografů	39	87	223.0
sonografů	414	1125	272.0
biochem. analyzátorů	283	540	190.0
laserů	67	515	768.0
Počet:			
radiodiaagnos. vyšetření	9,401.575	11,228.480	119.4
hematol. vyšetření	10,957.569	20,799.184	189.8
dialýz	159	392.849	247.0
kardiochirurg. operací a transplantací	1.657	4.000	241.0

Ruku v roce se zrychleným tokem nových technologií, léčebných metod a léků ovšem zdaleka nedržela krok produktivita práce zdravotnických zařízení a zefektivňování jejich sítě- - viz. tab. č.3.

tab. č.3

Rok	1993	1995	Index 95/93 v %
počet lůžek	82.061	74.510	90.7
průměrná ošetřovací doba ve dbech	0,011.2	000,10.2	91.1
počet hospitalizovaných	1,934.402	2,136.796	110.4
počet lékařů na 100 lůžek	0,010.99	0,011.72	106.6
počet STP na 100 lůžek	0,038.71	0,042.11	108.8
délka pracovní neschopnosti	0,018.4	0,024.4	133.0
průměrné procento práce neschopných	0,004.8	0,006.15	127.0

Tímto otevíráním se nůžek mezi ekonomickými možnostmi a trvale rostoucí spotřebou a kvalitou zdravotnických služeb a stagnující či snižující se produktivitou práce zdravotnických subjektů, postupně narostlo dlouhodobé zadlužení zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotní péče na cca 2,7 mld. Kč a na zhruba stejnou sumu narostlo zadlužení poskytovatelů zdravotní péče vůči dodavatelům[3].

K problémům financování zdravotnictví je nutno též přičíst pohledávky pojišťoven vůči plátcům zdravotního pojištění ve výši cca 4 mld. Kč.

Důvody, které vedly k této disproporci mezi ekonomickými možnostmi a skutečnou spotřebou byly následující (bez hierarchizace):

- absence jasně stanovené a politicky prosazované koncepce zdravotnictví
- pozůstatky minulého systému v mentalitě a chování lidí
- úniky do nemoci při transformaci ekonomiky (nezaměstnanost, obavy ze ztráty zaměstnání a pod.)
- nedostatečná osvěta zdravotnické i laické veřejnosti s důrazem na prevenci a zodpovědnost každého za své zdraví
- nedostatečné legislativní i exekutivní instrumentarium k efektivnímu řízení zdravotnictví

- v solidaritě zdravých s nemocnými (a bohatších s chudšími) zůstal prvek solidarity odpovědných s neodpovědnými

- snížení rozsahu a kvality zdravotnických informací

- dvojkolejnost řízení (samospráva X státní správa)

- nedostatečně regulovaný vznik zdravotních pojišťoven s nedostatečně regulovanou nabídkou smluvních vztahů, nekomplexností pojišťovacích mechanismů spolu s nezkušeností pojišťovací sféry

- dlouhodobý nejasný vývoj vlastnických vztahů ve zdravotnictví (zvláště u lůžkových zařízení), mající za následek nezodpovědné chování: duplicitu činností, konflikty zájmů, nekvalitní řízení, nekvalitní investiční činnost a pod.

- nezkušenost a nekvalifikovanost managementů nemocnic

- na ekonomické poměry státu nedostatečně regulovaný

  - trh s léky a zdravotní technikou spolu s tlakem farmaceutické a jiné dodavatelské loby
  - příliv nových léčebných metod způsobený otevřením se světu a snahou vyrovnat se co nejdříve sousedním vyspělým státům

- na ekonomické možnosti státu nedostatečně regulované a nesystémové investice do zdravotnictví

- neexistence standardů a doporučených postupů

- chybějící propojení nemocenského a zdravotního pojištění

- nedostatečná úprava pracovně - právních vztahů umožňující duplicitu některých zdravotních činností a konflikty zájmů (dealeři léků a zdravotní techniky mezi praktikujícími lékaři)

- nedostatečná metodická, kontrolní a revizní činnost státu vůči zdravotním pojišťovnám

- nedostatečná metodická, kontrolní a revizní činnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotní péče a vůči plátcům zdravotního pojištění

- nedostatečná revizní činnost vůči pacientům a další a další nedostatky.

V textu mé práce, a to konkrétně v kapitole „Analýza výsledků financování nemocnice", se nezaměřím na analýzu těchto nedostatků ani na jejich další výčet, ale budu se věnovat konkrétní tíživé ekonomické situaci určité existující nemocnice a zaměřím se na analýzu jejích autentických výsledků hospodaření, neboť toto je předmětem mé práce.

2. VYBRANÉ OTÁZKY FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ[4]

Současný systém financování zdravotní péče v ČR v sobě skrývá řadu negativních jevů, mimo jiné:

- vede k inflaci bodu,
- nezvyšuje zodpovědnost za vlastní zdraví,
- nevede ke zvyšování kvality zdravotní péče,
- vede ke „stresovým" situacím v řadě zdravotnických zařízení.

Co způsobuje existenci negativních prvků? Odborníci se shodují v tom, že za jednu z hlavních příčin je nutno považovat financování za výkon. Financování za výkon znamená, že zdravotnické zařízení získává finanční prostředky za uskutečněné výkony. Stálou veličinou je bodové ohodnocení výkonu. Veličinou, která se mění je hodnota bodu. Hodnota bodu je tedy:

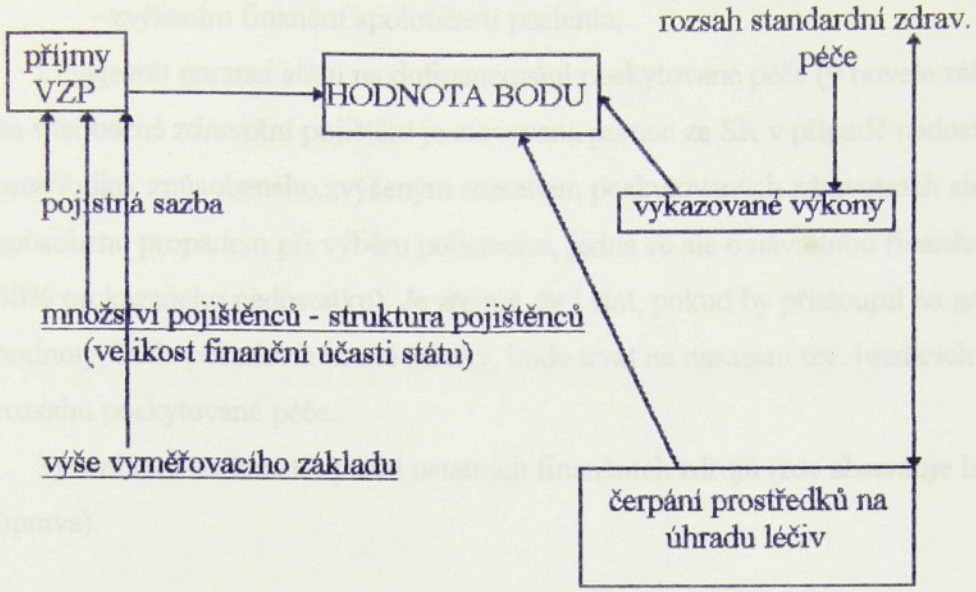
$$HB = \frac{PF - \Sigma k}{\Sigma B}$$

PF = množství peněz vybraných na základě pojištění

k = peníze (korunová úhrada) vyplácené jednotlivým zdravotnickým zařízením bez závislosti na množství výkonu

B = bodové ohodnocení výkonů v jednotlivých zdrav. zařízeních

Bodová ohodnocení (někdy používán termín bodová hodnota) je nepojmenovaná jednotka, která vyjadřuje relativní vztahy mezi výkony. Ekonomickým problémem je stanovení hodnoty bodu. Cena bodu závisí na řadě faktorů (viz. schéma).



2.1. Návrhy řešení

Z uvedeného schématu vyplývají jasné vazby a je možno učinit následující závěry : pokud chceme zvýšit hodnotu bodu je třeba na:

- výdajové straně:
  - snížit rozsah zdravotní péče,
  - omezit vykazované výkony,
  - snížit množství prostředků vynakládaných na léčiva,
- příjmové straně:
  - zvýšit pojistnou sazbu,
  - zvýšit vyměřovací základ,
  - zvýšit finanční účast státu.

Pro potřeby zdravotníků je žádoucí znalost tzv. minimální hodnoty bodu. Pokud zůstaneme u systému financování za výkon pak k tomu, aby mohla býti ze strany VZP garantována minimální hodnota bodu, je zapotřebí:

1) omezit extenzi objemu zdravotní péče - uzavíráním objemových smluv mezi VZP a zdravotními zařízeními (to by předpokládalo dohodu mezi VZP a profesními komorami o limitaci rozsahu a objemu výkonů, podmínkou je jednoznačně definovaný obsah každého výkonu):

- kontrolními mechanismy,

- zvýšením finanční spoluúčasti pacienta,

2) vyjasnit garanci státu na dofinancování poskytované péče (v novele zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění je stanovena pomoc ze SR v případě nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotních služeb nebo způsobeno propadem při výběru pojistného, jedná se ale o návratnou finanční pomoc ve výši 50% prokázaného nedostatku). Je zřejmé, že i stát, pokud by přistoupil na garanci minimální hodnoty, bude požadovat určité záruky, bude trvat na nasazení tzv. brzdících mechanismů rozsahu poskytované péče,

3) rozšíření možnosti využití ostatních finančních zdrojů (zde absentuje legislativní úprava).

Ať zkoumáme problém financování našeho systému z různých pohledů, dojdeme vždy k závěrům:

- pokud nebudeme měnit dosavadní způsob financování je třeba:
  - omezit rozsah standardní zdravotní péče,
  - zvýšit finanční spoluúčast pacientů,
- pokud budeme „mírně" reformovat způsob financování, můžeme využít kombinovaných plateb tj. plateb paušálních.

Otázka omezování standardní zdravotní péče nepřísluší ekonomům. Tento problém by měli řešit zdravotníci (ve spolupráci s ekonomy). Ekonomové by měli navrhovat možnosti zvýšení finanční spoluúčasti. Určité řešení představuje zavedení:

- ambulantní taxy,
- hospitalizační taxy.

Z výzkumů prováděných v zahraničí je možno dojít k závěru, že zavedení těchto tax má za následek (v určitém časovém období) snížení výdajů na zdravotnictví.

2.1.1. Ambulantní taxa

Ambulantní taxa znamená zavedení peněžního poplatku za návštěvu u lékaře (pro její potřeby jsou lékaři rozděleni do několika kategorií, kde každá kategorie má jinou velikost ambulantní taxy. Zdravotnické zařízení má bez existence ambulantní taxy zajištěno následující množství finančních prostředků:

$$F = k + \Sigma B \times HB$$

$$\text{kde } HB = \frac{PF - \Sigma k}{\Sigma B}$$

Při zavedení ambulantní taxy by příjem zdravotnických zařízení byl:

$$F = k + \Sigma B \times \frac{PF - \Sigma k}{\Sigma B} + Ta$$

Pokud by současně se zavedením ambulantí taxy bylo sníženo pojistné, pak by množství finančních prostředků proudících do zdravotnického zařízení bylo následující:

$$F = k + \Sigma B \times \frac{PF - \Sigma k - X}{\Sigma B}$$

Ta = příjem z ambulantní taxy ve středisku

X = částka, představující snížení pojistného

I když zavedení taxy přinese efekt v podobě snížení výdaj na zdravotnictví, přesto by bylo vhodné, aby platilo: Ta > X.

2.1.2. Hospitalizační taxa

Zcela analogicky se postupuje i při hospitalizační taxe (hospitalizační taxa znamená platbu za pobyt v nemocnici, jedná se o platbu za každý den, přičemž bývá omezena horní hranice doby pobytu). V případě jejího zavedení by příjem zdravotnického zařízení činil:

$$F = k + \Sigma B \times HB + Th$$

Th = příjem z hospitalizační taxy

Th = PP x h

h = hospitalizační taxa

PP = počet pacientů.

Pokud by se spolu se zavedením hospitalizační taxy přistoupilo k omezení výběru pojistného, mělo by platit: Th > X.

Problematika zavádění paušální platby je poněkud komplikovanější a předpokládá určení okruhu výkonů, kterých by se týkaly. Spočívá na systému platby za druhově a objemově určené spektrum výkonů v ambulantní péči nebo v péči lůžkové. Měla by motivovat k péči, která by směřovala k rychlejšímu a lepšímu vyléčení. Při zavedení paušální platby (pro lůžkovou péči) by pak příjmy zdravotnického zařízení byly:

$$F = k + \Sigma B \times HB + \Sigma B \times HB''$$

kde HB'' = hodnota „paušálního" bodu

ΣB = počet paušálních bodů v daném zařízení

2.2. Závěr

Oblast zdravotnictví je oblastí nesmírně citlivou. Jakékoli větší zásahy typu - zvýšení finanční účasti pacienta nebo omezení standardní zdravotní péče, se zcela určitě setkají s nepříznivým ohlasem u veřejnosti. Určitá řešení by kromě uváděných ambulantní a hospitalizační taxy a zavedení paušální platby za vybranou část výkonů mohlo představovat:

- zvýšení pojistných sazeb u rizikových skupin obyvatelstva (kde riziko je vyvoláno vědomou činností občana - kouření, alkoholismus aj.)
- nebo odvodem části spotřební daně z cigaret, alkoholu přímo do SR.

3. EKONOMIKA ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Z hlediska stupně poskytnutí zdravotní péče rozčleňujeme zdravotnická zařízení na zařízení poskytující[2]:

a) primární zdravotní péči,

b) sekundární zdravotní péči,

c) následnou zdravotní péči .

Toto členění je důležité z hlediska financování výkonů zdravotnické péče a tedy i výkonů zdravotnických zařízení. Zatím co zdravotnická zařízení primární zdravotnické péče budou pravděpodobně financována systémem per capita, financování zdravotnických zařízení poskytujících sekundární a následnou zdravotní péči systémově není stanoveno. Není do dnešní doby jasné, jestli platby za výkon budou vycházet z hodnocení jednotlivých konkrétních výkonů (vyšetření, aplikace injekce, předpis receptu, operační zákrok atd.), anebo se bude brát za základ globální výkon na určitou diagnostickou skupinu, který bude ohodnocený (analogicky se systémem DRG[1] používaným v USA). Ať už bude přijatý ten nebo onen způsob hodnocení výkonů zdravotnického zařízení , je nutné vycházet z toho, že při plnění svého hlavního cíle dochází ve zdravotnických zařízeních k výkonům na které jsou spotřebovávané lidské, materiální a finanční zdroje. I když je při absenci objektivizované výkonové základny velmi problematické hodnocení výkonů zdravotnického zařízení, uvedu alespoň základní přístupy k vnitřnímu hodnocení výkonnosti. Tomu musí předcházet podrobná klasifikace nákladů zdravotnických zařízení.

3.1. Klasifikace nákladů

Náklady zdravotnických zařízení vznikající v procesu poskytování zdravotnické péče je možno rozdělit takto[4]:

1. Náklady investiční výstavby
2. Náklady na provoz zdravotnických zařízení.

---

[1] DRG - „diagnosticky příbuzné skupiny" (diagnosis - related - groups). Tato metoda byla vyvinuta výzkumníky z Yaleovy univerzity v r. 1970. Bylo identifikováno 83 velkých skupin diagnóz, které byly dále rozděleny podle chirurgických procedur a pacientova věku. Podle tohoto sytému obdrží nemocnice fixní platbu, stanovenou podle předem jasných pravidel, založenou především na diagnózách pacientů, bez ohledu na skutečně dosažené náklady.

Náklady investiční výstavby se strukturují na :

- náklady na stavební práce,
- náklady na nákup strojů, přístrojů a zařízení,
- náklady na projektovou dokumentaci,
- náklady na sdruženou investiční výstavbu.

Náklady na provoz nemocničních zařízení se rozdělují na:

a) věcné,

b) mzdové.

a) Věcné náklady je možné podrobně strukturovat takto:

- náklady na údržbu a opravy,
- náklady na paliva a energii,
- náklady na léky a speciální zdravotnický materiál,
- náklady na potraviny,
- náklady na všeobecný materiál,
- náklady na nákup DKP,
- náklady na prádlo, pracovní oděvy a obuv,
- náklady na knihy, časopisy a učební pomůcky,
- náklady na práce nevýrobní povahy a služby,
- náklady na služby spojů,
- náklady na pojistné, pokuty a penále,
- náklady na cestovné pacientům a zaměstnancům,
- náklady na studium zaměstnanců.

b) Mzdové náklady se člení na:

- náklady na platby zaměstnancům.
- náklady na odměny.

Vývoj nákladů nemocnic byl v období let 1996 - 1997 velmi příznivý u nákladových položek léčiva, krev, potraviny kde celkové náklady byly v r.1997 nižší než v r.1996 - viz. tab. č.4,5. Nejvyšší růst zaznamenávají služby (11%) a ostatní náklady (6,7%) - viz. tab. č.6 [5][2].

[2] stránka internetu - http://www.uzis.cz/

tab. č.4 - rok 1996 v mil. Kč[5]

Nemocnice	Léčiva	SZM	Krev	Potraviny	Energie	Služby	Os.nákl.	Ost.nákl.
přímo řízené	3005	3449	795	371	903	1824	7791	23183
ostatní státní	1550	2311	307	548	834	1551	8533	19660
obecní a místní	328	440	58	133	203	395	2137	4430
soukromé a církevní	209	316	42	75	95	421	1161	2769
celkem	5092	6516	1202	1127	2035	4190	19622	50041

tab. č.5 - rok 1997 v mil. Kč[5]

Nemocnice	Léčiva	SZM	Krev	Potraviny	Energie	Služby	Os.nákl.	Ost.nákl.
přímo řízené	2956	3739	750	380	915	1983	8318	5577
ostatní státní	1513	2297	326	501	834	1735	8656	3950
obecní a městské	318	455	61	123	205	425	2172	764
soukromé a církevní	223	335	44	87	122	509	1447	651
celkem	5010	4826	1181	1092	2075	4652	20593	10943

tab. č.6 - rok 1997/1996 v %[5]

Nemocnice	Léčiva	SZM	Krev	Potraviny	Energie	Služby	Os.nákl.	Ost.nákl.
přímo řízené	98,4	108,4	94,3	102,6	101,3	108,8	106,8	110,5
ostatní státní	97,6	99,4	106,4	91,4	100	111,8	102,4	9,81
obecní a místní	97	103,4	104,9	92,9	101	107,7	101,6	103,9
soukromé a církevní	106,7	106,3	106	115,6	127,8	120,9	124,6	144,8
celkem	98,4	104,8	98,3	96,9	102	111	104,9	106,7

3.1.1. Hospodářská činnost ZZ

Všechny uvedené náklady jsou hrazené ze státního rozpočtu. Zdravotnická zařízení měla a mají sice možnost tzv. vedlejší hospodářské činnosti a tím zabezpečovat svůj rozvoj, ale tato možnost je využívána minimálně. Příčiny spočívají v tom, že:

- tato činnost si vyžaduje manažerský přístup a řídící pracovníci nejsou na tento přístup dostatečně připraveni,
- vzniká obava, že příspěvek ze státního rozpočtu bude zdravotnickému zařízení krácený o jeho příjmy dosáhnuté z vedlejší hospodářské činnosti,
- pro vedlejší hospodářskou činnost nejsou vytvořené ani psychologické podmínky především u zdravotnického personálu.

3.1.2. Analýza, kontrola a korekce nákladů

Uvedl jsem už, že ke vzniku nákladů dochází v procese poskytování zdravotnické péče. Nyní vznikají otázky, do jaké míry je management zdravotnických zařízení schopen tyto náklady analyzovat, kontrolovat a korigovat jejich vývoj ve vztahu k hlavnímu cíli konkrétního zdravotnického zařízení. Odpověď na tyto otázky není jednoduchá a má svou optimistickou i pesimistickou dimenzi.

Při optimistickém pohledu je možno odpovědět na všechny tři otázky pozitivně, při pesimistickém je odpověď ve všech třech případech záporná. Realita praktického managementu je někde uprostřed. Odpověď praktického manažera potom může znít takto:

- náklady zdravotnických zařízení se dají analyzovat ve vztahu k základnímu cíli zdravotnického zařízení na jeho úrovni. Analýza na úrovni vnitřních organizačních složek je problematická, protože zatím nejsou aplikované metody sledování hodnotových toků vevnitř zdravotnického zařízení, i když v tomto směru byly udělány určité pokusy (zavedení nákladových středisek),
- náklady zdravotnického zařízení se dají kontrolovat na úrovni zdravotnického zařízení (zde plní významnou funkci rozpočet), méně už na úrovni vnitřních organizačních složek, protože zde absentují včasné a kvalitní informace o vývoji nákladů z hlediska jejich členění a přiřazení k jednotlivým výkonům zdravotní péče,
- pokud jde o odpověď na třetí otázku, ta je analogická k prvním dvěma odpovědím - vývoj nákladů zdravotnického zařízení je v současnosti možné korigovat jen globálně na úrovni zdravotnického zařízení, přičemž i tyto korekce nemusejí být efektivní vzhledem na neexistenci vnitřních stimulů, autonomně působících na snižování nákladů ve vztahu k výkonu zdravotnického zařízení.

V rozporu s těmito negativními skutečnostmi se musí management zdravotnických zařízení pokoušet o analýzu nákladů ve vztahu k výkonům, o vzetí nákladů pod kontrolu (v tab. vývoj celkových nákladů nemocnic).

tab. č.7 v mil.Kč[5]

Rok	1996	1997	Index 97/98 v %
Náklady celkem	46592	52372	112,4
Výnosy celkem	43686	51419	117,7

tab. č.8 v mil.[5]

Rok	1996	1997	Index 97/98 v %
Tržby od ZP za hospitalizaci	22062	26452	119,9
Tržby od ZP za ambulantní činnost	12142	14686	121
Celkem	34205	41138	120
Hospodářský výsledek	-2906	-953	32,8

Z tabulek č.7 a 8 je zřejmý rychlejší nárůst výnosů nežli nákladů v období let 1996 - 1997. Dále pak zvyšující se tržby od ZP (celkový nárůst o 20%) a snižující se ztráta (pokles o 32,8%)[5].

3.1.3 Hodnocení nákladů

Když neexistuje systém skutečného hodnocení výkonů zdravotnického zařízení (takový, jaký je běžně používaný v západoevropských zemích nebo v USA), není možné použít takovéto způsoby hodnocení nákladů ve vztahu k výkonům jako jsou např.:

- cost-effectiveness analysis,
- cost-utility analysis,
- cost-benefit analysis.

Pro vlastní potřeby rozhodujících procesů potom management zdravotnických zařízení sahá k hodnocení nákladů ve vztahu k takovým výkonům jako jsou např:

- počet vyšetřených a ošetřených pacientů,
- počet nemocničních lůžek,
- procentuální využití nemocničních lůžek,
- průměrná ošetřovací doba,
- průměrná obložnost nemocničních lůžek ve dnech a pod.

Jsou to více méně všechno kvantitativní ukazatele, prostřednictvím kterých můžeme sledovat kvantitativní vazbu nákladů a výkonů.

Uvedené kvantitativní ukazatele je třeba kombinovat s dostupnými kvalitativními ukazateli, mezi které můžeme zahrnout např.“

- strukturu vyšetřených a ošetřených pacientů podle diagnostického spektra,
- strukturu vyšetřených a ošetřených pacientů podle věku,
- strukturu výkonů léčebné péče (aktivní a pasivní výkony).

Tyto kvalitativní ukazatelé mají významný vliv na strukturu a velikost nákladů. Pacienti s těžšími diagnózami na sebe váží větší potřebu léků a tím náklady na léky, starší pacienti na sebe váží větší ošetřovatelskou péči a tím i větší mzdové náklady, podobně je to i s aktivními léčebnými výkony.

Dodnes nabyla zdravotnická zařízení nucena zaobírat se analýzou nákladů ve vztahu k výkonům. Systém zdravotního pojištění přinese požadavek objektivní vazby nákladů na výkony, která se pozitivně projeví na zvýšení výkonnosti zdravotnických zařízení a kvality jimi poskytovaných služeb. Prostřednictvím tohoto požadavku vstoupí také do zdravotnictví ekonomie.

4. PRIVATIZACE

Centralistický model zdravotní péče, který byl v naší zemi praktikován do roku 1989 měl vedle řady negativních rysů i své pozitivní prvky. Byla vybudována hustá síť ZZ, vykazováno vysoké procento dětí očkovaných proti infekčním nemocem, poskytována uspokojivá péče o matku a dítě, atp. Systém sám o sobě však nestimuloval zvyšování kvality zdravotní péče. Nevhodná alokace investičních prostředků způsobila neefektivní a nerovnoměrné vybavování ZZ nákladnou technikou, vedla k výstavbě nadbytečně rozměrných zařízení a pod. V oblasti péče o pacienta byla preferována lůžková péče. Sledovaly se jen kvantitativní ukazatele (obložnost, počet ošetřených,...). To vedlo spolu s nedostatkem sociálních lůžek k prodloužení doby hospitalizace výrazně nad evropský průměr, k poklesu motivace zdravotnických pracovníků především v oblasti primární péče, k poklesu kvality zdravotní péče obecně a ke zhoršení etické úrovně zdravotnictví[6].

Hlavní vinu nesl systém centrálně plánované ekonomiky uplatňovaný v celé společnosti, fungující na principu státního vlastnictví jako převažující formy vlastnictví. O státním majetku rozhodovalo nemnoho vyvolených. Převládající část obyvatelstva byla z výkonů vlastnických práv vyloučena. V systému vše patří všem nebyl vyvíjen tlak na úsporu nákladů a zvyšování efektivnosti.

Smyslem vstupu státu a obce, tedy občanské složky, do zdravotnictví je garance všeobecné dostupnosti zdravotnické péče. Principiálně lze k míře vstupu a míře centralizace zdravotní správy přistupovat tak, aby systém obsahoval tolik soukromé iniciativy a decentralizace, kolik je možné, tolik veřejných dotací a centralizace, kolik je bezpodmínečně nutné.

Otázka tedy nezní zda privatizovat nebo ne, avšak vyvstává ekonomický a politický problém:

- co privatizovat, tedy ve vymezení soukromého sektoru,
- jak rychle, tzn. v časovém rozvržení jednotlivých kroků,
- jakou metodou.

Sice poněkud opožděně oproti jiným oblastem hospodářství, ale přece vstoupila privatizace i do zdravotnictví. Díky vyjímečnosti sektoru hned v dvojí podobě[7]:

1. Privatizace činnosti tj. privatizace poskytování zdravotní péče, jejímž cílem je odstranění státního monopolu ve zdravotnických službách,
2. Privatizace majetku ZZ.

Výsledkem je získání oprávnění pro poskytování zdravotnických služeb a vlastnictví ZZ jiným, nestátním subjektem. Dosavadní úprava vyhrazovala toto právo pouze státu.

4.1. Privatizace činnosti

Těžištěm pluralitního zdravotnictví jsou ZZ provozovaná soukromými osobami, jejich sdruženími, nadacemi, humanitárními organizacemi, církvemi a obcemi. Zejména ambulantní a lékařská péče stojí téměř stoprocentně na soukromých praxích a lékárnách, kde každý ambulantně pracující lékař plně odpovídá nejen za svého pacienta, ale i za svůj ekonomický příjem[6].

Obdržení oprávnění praktikovat soukromou praxi je podmíněno dodržením určitých mechanismů, které zabezpečují následné odborné a kvalitní poskytování služeb ze strany provozovatele nestátního ZZ. V praxi to znamená splnit podmínky pro zisk licence a koncese. Až dosud byl jejich jediným nositelem stát a lékař mohl poskytovat svoje služby pouze jako zaměstnanec státu. Zákonem č.160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních ZZ došlo ke zrušení jeho monopolu a zároveň ke stanovení závazných kritérií pro provozování nestátních ZZ. Podle nich se může stát provozovatelem jakákoli fyzická nebo právnická osoba na základě zákonného oprávnění. Toto ustanovení vyvolalo velkou nelibost a širokou diskusi ze strany stavovských lékařských komor i lékařů samotných, neboť nevylučuje možnost vystavení povolení i ambulantnímu laikovi.

Samozřejmě je nejvhodnější alternativa, provozuje-li lékař-proesionál svoji ordinaci sám. Avšak v případě větších ZZ už tato skutečnost přestává být pravidlem. Je tedy na zákoně, aby jasně definoval pravidlo zajištění stejně kvalitních služeb i pro případ, že pozorovatelem bude neodborník a to přes licence a koncese.

Licence lékařům a lékárníkům zatím udělují příslušné profesní organizace - česká lékařská komora, česká stomatologická komora a česká lékárnická komora. Tedy samosprávné, nepolitické, stavovské organizace zřízené zejména za účelem zaručení odbornosti.. Dbají nebo spíše měly by dbát na to, aby členové vykonávali své povolání v souladu s etikou a způsobem stanoveným zákony a řády komor. Poskytnutí licence je vázáno na splnění podmínek „licenčního řádu".

V případě neodborníka, pro něhož je členství v profesní organizaci nedostižné, plyne ze zákona povinnost ustavit odborného zástupce, člena lékařské komory. Na tohoto lékaře je potom vystavena licence a jeho prostřednictvím kontrolován stupeň odbornosti poskytované péče.

Koncese je vystavována orgánem státní správy (okresním úřadem, MZ) pro poskytování konkrétních služeb v konkrétních podmínkách. K udělení dojde na základě žádosti o registraci, která musí obsahovat zákonné náležitosti.

Kromě základních personálních údajů je lékař povinen uvést druh a rozsah poskytované péče, místo provozování nestátního ZZ včetně dokladu vlastnického či nájemného vztahu, den zahájení provozu, osvědčení stavovské komory, výpis z rejstříku trestů a v neposlední

řadě i kladný posudek orgánu hygienické služby.

Koncese je přidělena rozhodnutím o registraci v případě bezvadného předložení výše uvedených dokladů. Jejím vydáním je proces privatizace činnosti prakticky ukončen.

4.2. Privatizace majetku

Prvotní představa vycházela z předpokladu, že ve zdravotnictví proběhne jakási „malá privatizace", která se bude týkat menších ZZ a lékáren. Větší zařízení se převede do majetků obcí, které je budou pronajímat lékařům a jejich sdružením. Od této podoby bylo upuštěno a státní majetek ve zdravotnictví byl zařazen do okruhu velké privatizace. Tato forma nabízí mnohem širší spektrum nalezení budoucích vlastníků, kteří jsou přímo spojeni s poskytováním zdravotních služeb. Pro dynamický život oblasti zdravotnictví je vlastnická pluralita mnohem zdravější, než pouhé nahrazení monopolu státu monopolem obcí[6].

Podíl obcí v cílové vlastnické struktuře však musí mít svůj význam. Jednak obec vystupuje v roli zřizovatele městských nemocnic, ale i jako vlastník budov soukromých ordinací, které bude pronajímat lékařům. Zde pak obce využívají příležitosti a prokazují svůj zájem na péči o zdraví dotací nájemného, popř. jinými ekonomickými výhodami. Při současné svízelné finanční situaci obcí se tato alternativa velmi špatně prosazuje. Navíc tvrdá realita ukazuje, že funkce a rozsah povinností obcí při poskytování zdravotní péče není legislativně dořešen.

Vznikla síť nemocnic, kterým byl přiznán statut městské nemocnice, jejíž povinností je v příslušném spádovém území přijímat každého zájemce o ošetření, pokud to dovoluje vybavení nemocnice, tak aby základní zdravotnické služby byly občanům dostupné v určitém regionu. Na potřebě této sítě se dohadovaly kompetentní orgány, tj. obce a MZ.

Obdobně se vytvořila síť nemocnic poskytujících specializované služby, jimž je rovněž příslušen atribut veřejné nemocnice.

Napojení veřejných nemocnic na financování z veřejných prostředků, zejména v oblasti

investic a drahé přístrojové techniky má za následek určité závazné normy v oblasti správy a hospodaření, především ve struktuře a rozhodování správních rad nemocnic o zásadních otázkách koncepce a hospodaření nemocnice. To znamená zastoupení státu ve správní radě nejčastěji zástupcem okresního úřadu.

Ambulantní péče byla privatizována v maximálním rozsahu. Současnost ukazuje, že privatizace ambulantních zařízení se prakticky blíží ke konci, avšak v otázce lůžkových zařízení je nedořešená řada problémů. Odkládat je však nelze, neboť rodící se pluralitní systém zdravotnictví potřebuje mít jasně vymezenou majetkovou základnu.

4.2.1. Kategorizace zdravotnických zařízení

Podle původních představ se zdravotnická zařízení dělila na malá, střední a velká s tím, že první dvě budou zcela privatizována a poslední prakticky ne. Navržená varianta v sobě skrývá hrozbu případné nedostupnosti lékařské péče v určitých oblastech, podle velikostí a sítě zdravotnických zařízení. Zmíněné nebezpečí dopadlo na odpovědné pracovníky s takovou intenzitou, že výsledkem následujících jednání byla změna postoje k privatizaci zdravotnických zařízení. Již ne podle velikostí, ale podle kategorie daného objektu.

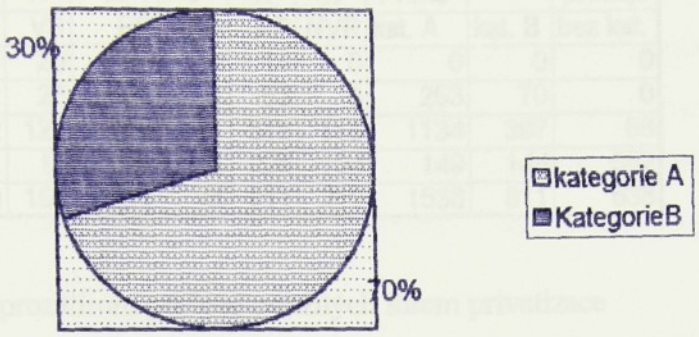
Vláda vydala usnesení č.137 o opatření k dalšímu postupu privatizace zdravotnických zařízení, jehož cílem bylo zařazení jednotlivých zařízení do 3 kategorií[7]:

A) ZZ volně privatizovatelná (v současné době 70%),

B) ZZ vázaně privatizovatelná a nezařazená do privatizace (v současné době 30%),

C) ZZ neprivatizovatelná a nezařazená do privatizace (graf č.1 - kategorizace privatizovatelných ZZ)

graf č.1 - kategorizace privatizovatelných ZZ



Kategorie „A“: jedná se o taková zdravotnická zařízení, u nichž je nezbytné smluvně zajistit strukturu a rozsah poskytované zdravotní péče, a která nemají v dané oblasti monopolní postavení v poskytování zdravotní péče,

Kategorie „B“: jedná se o zdravotnická zařízení, u nichž je nezbytné smluvně zajistit struktura a obsah poskytované péče, protože mají v určité oblasti monopolní postavení,

Kategorie „C“: zdravotnická zařízení této kategorie se dělí na:

a) trvale neprivatizovatelná z důvodu výkonu státní správy a kontroly v odvětví zdravotnictví (např. Státní zdravotní ústav, Státní ústav pro kontrolu léčiv, antidopingová laboratoř, hygienická služba),

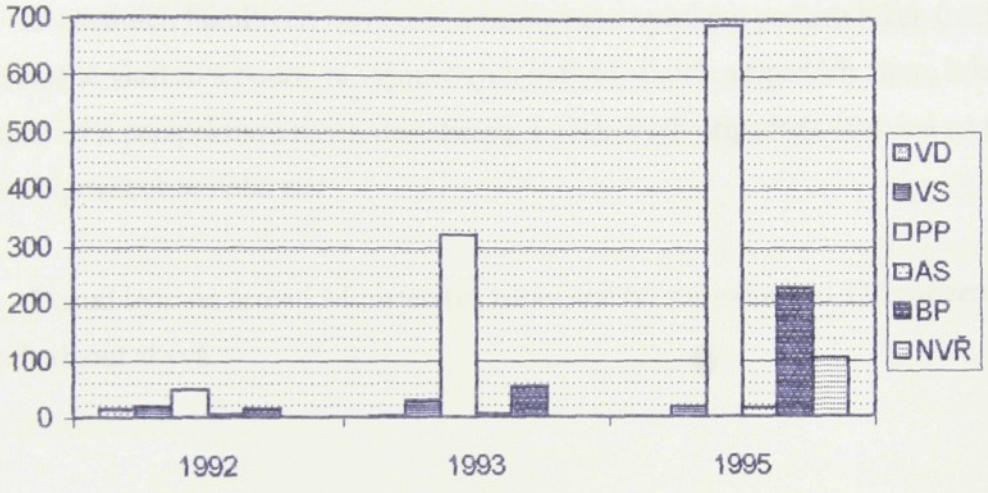
b) v současné etapě neprivatizovatelná z důvodů žádoucí účasti státu na jejich funkci (např. zdravotnická zařízení s ojedinělou, výjimečnou činností nebo ta, která plní vědeckovýzkumné úkoly spojené s léčením),

c) nezařazená do současně probíhající privatizace. Sem patří zejména fakultní nemocnice a některé nemocnice fakultního typu (vč. některých největších nemocnic a poliklinik), odborné léčebné ústavy s celorepublikovou působností (jako např. Rehabilitační ústav Kladruby) a některé léčebny dlouhodobě nemocných (tab. č.9 ukazuje přehled postupu projednávání a schvalování privatizačních projektů, graf č.2 znázorňuje prozatímní přehled použitých forem privatizace a tab. č.10 přímé prodeje podle druhu zařízení do roku 1995).

tab. č.9

		N	Á	V	R	H	Přímé		prodeje
Rok	VD	VS	PP	AS	BP	NVŘ	kat. A	kat. B	bez kat.
1992	14	20	49	4	14	0	0	0	0
1993	2	28	621	5	53	0	253	70	0
1994	2	127	1916	11	518	115	1134	397	86
1995	1	17	691	15	226	104	149	144	552
Celkem	19	192	2977	45	811	219	1536	811	638

graf č.2 - prozatímní přehled použitých forem privatizace



tab. č.10 - přímé prodeje podle druhu zařízení do roku 1995

Nemocnice		OLÚ		Ambul. zař.		Lékárny	
počet	tis. Kč	počet	tis. Kč	počet	tis. Kč	počet	tis. Kč
27	1107186	7	46196	2028	3260457	624	1250681

4.2.1.1. Privatizace nemocnic

Často je slyšet otázku, zda je vůbec správné převádět lůžková zařízení do privátního vlastnictví. V argumentaci se vyskytuje poukaz na situaci v západní Evropě. Tam je mnohdy vlastníkem lůžkových zařízení obec, církev, stát nebo veřejnoprávní subjekt. Ryze privátní organizace vlastní v různých státech kolem 20 - 40% lůžkového fondu nemocnic, např. ve Francii 35%, v SRN 18%, v Itálii 34%, ve Španělsku 33%[6,7].

Záměrem MZ bylo ponechat v majetku státu jen klíčová specializovaná pracoviště s vysokým počtem lůžek, která hrají nenahraditelnou roli v poskytování zdravotní péče pro

rozsáhlou spádovou oblast. Nemělo dojít k privatizaci ani jednoho typu odstátnění fakultních nemocnic v Praze 1, v Motole, na Vinohradech, v Plzni, Hradci Králové, Ústí nad Labem, Ostravě, Olomouci, Brně-Bohunicích a nemocnice v Českých Budějovicích[8]. Rovněž nebyla odstátněna superspecializovaná zařízení jako Institut klinické a experimentální medicíny v Praze, Masarykův onkologický ústav, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie v Brně, Masarykův onkologický ústav. Totéž se týkalo velkých psychiatrických léčeben a rehabilitačních ústavů.

U ostatních fakultních nemocnic a nemocnic s vysokým počtem lůžek (nad 800)má dojít ke změně vlastníka pouze ve výjimečných individuálních případech , tam, kde se najde rozumný a perspektivní návrh deetatizace. I v takových případech však má na majetku participovat obec nebo stát.

Dosud bylo na úrovni Ministerstva zdravotnictví rozhodnuto o 126 zařízeních , o 10 ještě rozhodnout zbývá.

4.2.1.1.1. Privatizační projekty

Privatizace nemocnic je v současnosti problém velmi aktuální a ožehavý. Například to, že od podání privatizačních projektů na podzim 1992 došlo k zásadním ekonomickým změnám, jak je zavedení nového daňového systému a přechod na financování zdravotními pojišťovnami.

Na mnohé nemocnice existují špatné projekty, žádné projekty nebo bezúplatné převody na obec. Nabídka nevyvolala žádnou poptávku, což je situace, se kterou se musejí odpovědní pracovníci na ministerstvu nějak vyrovnat. MZ se snažilo najít nějaký model, který by mu umožnil transformaci přece jen dokončit. V současnosti se však nezdá, že je to možné, a přešlapáváním na místě se pouze prodlužuje existenční nejistota nemocnic a lidí, kteří v nich pracují. Ostatně další osud velkých nemocnic (tj. monopolní okresní nemocnice a výše) se staly předmětem konfliktu mezi MZ a Ministerstvem privatizace. Ministr J. Skalický se postavil proti privatizaci těchto zařízení. Svoje stanovisko zdůvodňuje tím, že v nevyjasněných ekonomických a legislativních podmínkách v tuto chvíli neexistuje řešení.

5. SYSTÉM ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ[9-14]

Pojišťovací systém ve zdravotnictví se skládá jednak ze všeobecného zdravotního pojištění, jednak z komerčního pojištění škály individuálních a skupinových rizik.

1. Všeobecné zdravotní pojištění je ze zákona povinné a skládá se z části hrazené zaměstnavateli a části hrazené občany v závislosti na výši příjmů a z části, kterou do zákonem určené maximální částky určuje zdravotní pojišťovna klienta na základě jeho skupinových a individuálních rizik. Tato výše bude ovlivněna jak rizikovými faktory, které nejsou zahrnuty do kalkulace rizika centrálního fondu, tedy faktory, závisejícími na životním stylu pojištěnce (a tedy ovlivnitelnými), tak efektivitou činnosti zdravotních pojišťoven při nasmlouvávání kvalitní a efektivní léčby u poskytovatelů zdravotní péče[15]. Tab. č.11 a 12 ukazují strukturu tržeb a výdajů ZP. Z tab. č.11 je patrný celkový vzestup tržeb až o 12,6%. Nejvyšší vzestup je zaznamenán u osob bez zdaněných příjmů - až o 51,5%. Z tab. č.12 je opět zřejmý celkový vzrůst - až o 8,8%. Zajímavý je ale pokles u ambulantní péče, PZT vydaných na poukaz a u dopravní zdravotní služby.

2. Maximální výše a poměry částí povinného zdravotního pojištění jsou dány zákonem[15].

3. Zdravotní pojišťovny musí tedy mít možnost svobodně nastavovat výši pojištění skupinových rizik a nabízet různé balíky služeb za různé výše pojistného, t. zn. vytvářet volitelnost pojistných plánů v rámci veřejného pojištění. Toto nastavování výše pojistného vyžaduje samozřejmě neustálé dolaďování pojišťovacích rizik vyvažujícími mechanismy[15].

4. Vlastní náklady pojišťovny by měli platit klienti ve zvláštní položce pojistného[15].

5. Zvláště nákladné výkony hradí zvláštní fond všeobecného zdravotního pojištění, jehož správcem je správa zdravotního pojištění, která provádí úhrady z tohoto fondu zdravotním pojišťovnám. Variantně do tohoto fondu může přispívat i státní rozpočet nebo může být naplňován ze státního rozpočtu zcela[15].

6. Nutností se jeví co nejrychlejší spojení zdravotního a nemocenského pojištění spravované správou zdravotního a nemocenského pojištění.

7. Uvažuje se o otevření, pro pojišťovny, regulované možnosti vlastnit zdravotnická zařízení či lékárny, aby měly vlastní informace o nákladech a efektivitě, které by mohly uplatnit při kontraktacích zdravotních služeb.

8. Uvažuje se o budoucím zrušení plateb pojistného zaměstnavateli a převedení veškerých plateb na zaměstnance.

9. Zdravotní pojišťovny je záhodno zřídit jako veřejnoprávní samosprávné instituce s kontrolní a neregulační úlohou státu prostřednictvím správy zdravotního pojištění a členů správních a dozorčích orgánů.

10. Komerční pojištění se vyvíjí ve zcela otevřeném konkurenčním prostředí a občané se mohou nechat pojistit na celou škálu individuálních a skupinových rizik i na využívání různých nadstandardních služeb v poloprivátních a privátních zařízeních.

tab. č.11 - struktura tržeb ZP z pojistného v mil. Kč[5]

Rok	1997	1996	podíl v r. 1997 v %	podíl v r. 1996 v %	index 97/96 v %
osoby v pracovním nebo obdobném poměru	69527	61915	93,2	93,4	112,3
os. samostatně činné	4513	4009	6	6	112,6
os. bez zdň. příjmů	619	409	0,8	0,6	151,5
tržby celkem	74659	66333	100	100	112,6

tab. č.12 - struktura výdajů ZP v mil.[5]

Rok	1997	1996	podíl v r. 1997 v %	podíl v r. 1996	index 97/96 v %
Ambulantní péče	17313	20117	18,8	23,8	86
ústavní péče	42569	34341	46,2	40,6	123,9
stom. péče	6287	5685	6,8	6,7	110,6
léky na recepty	20329	18981	22,1	22,4	107,8
PZT vydané na poukaz	1532	1659	1,7	1,9	92,3
lázeňská péče	2545	2523	2,7	3	100
léčení v zahraničí	115	46	0,1	0,1	250
dopr. zdr. služba	1069	1159	1,2	1,4	92,2
ost.	359	104	0,4	0,1	379,8
výdaje celkem	92154	84615	100	100	108,8

V souvislosti s vyhlášením nového Seznamu výkonů s bodovými hodnotami od 1.7.1997 a v souladu se zákonem o veř zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů došlo od 3.čtvrtletí 1997 k významným změnám ve způsobu financování ZZ z prostředků veřejných ZP. Tyto změny do jisté míry ovlivňují srovnatelnost označených položek. Ze srovnání obou let lze zaznamenat tyto významné pohyby:

- snížení podílu výdajů na léky vydané na recepty a PZT vydané na poukazy,
- snížení podílu výdajů na lázeňskou péči a dopravní zdr. službu,
- zvýšení podílu výdajů na stom. péči a na ostatní nespecifikované účely.

6. SYSTÉMY ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYSPĚLÝCH ZEMÍCH[16-23]

V podstatě existují tři základní systémy zdravotní péče ve vyspělých zemích, které se vytvořily ve vazbě na historické podmínky a tradice, na politický systém a s ním související sociální politiku.

1. Systémy, v nichž stát hradí rozhodující podíl výdajů na zdravotní péči ze státního rozpočtu. Tyto systémy jsou inspirovány Beveridge-reportem z r. 1942. Jde o zvláštní státní fond - fond péče o zdraví, který je tvořen jako fond solidarity prostřednictvím systému zdanění. Zdravotní péče je zajišťována pro všechno obyvatelstvo. Takový systém platí například ve Spojeném království a Itálii - viz. příloha č.1 a.

2. Systémy, ve kterých jsou výdaje na zdravotní péči ve větší či menší míře hrazeny z povinného nemocenského pojištění. tyto systémy jsou inspirovány prvními německými zákony Bismarckovými z r.1883 - viz. příloha č.1 b. Přispěvky na pojištění platí zaměstnanec, zaměstnavatel i stát. Tento systém je například zaveden v SRN, Rakousku a zemích Beneluxu.

3. Systémy, které jsou založeny převážně na soukromých zařízeních, na komerční zásadě prodeje a koupě zdravotnických služeb a na relativně značném podílu obyvatelstva na přímé finanční úhradě poskytnutých zdravotnických služeb. Tyto systémy by bylo možno nazvat smluvní. V současné době je tento systém zaveden například v USA. Existují i zajímavé kombinace systémů zdravotní péče. Například ve Francii je uplatněn Bismarckovský systém

ve financování ambulantní péče a Beveridgův systém ve veřejných nemocnicích[23].

Přes rozdíly v organizačních formách poskytování zdravotní péče a ve formách financování zdravotní péče, jsou pro systémy zdravotní péče ve vyspělých zemích charakteristické následující znaky:

- vysoká dostupnost základní (primární) zdravotní péče,
- rozdíly v dostupnosti ve vyšších nástavbových formách péče, způsobené v nemalé míře platební schopnosti občanů,
- menší či větší účast občanů na přímých platbách za poskytnutou péči,
- významný podíl soukromé praxe na poskytování péče,
- rychlé zavádění nových diagnostických a léčebných metod do praxe.

Přestože podle převládající formy financování zdravotní péče lze jednotlivé země zařadit do některého z výše uvedených systémů zdravotní péče, mechanismus řízení a financování zdravotní péče v jednotlivých zemích uplatňujících stejný systém (stejné principy) se v detailech pochopitelně liší. Ukazuje se, že žádný systém není dokonalý. Existuje pouze systém lepší nebo horší. Uvedené způsoby financování mají svá positiva, ale i řadu negativ. Zdá se proto nesmírně iluzorní představa, že"... z každého systému vezmeme pouze ty prvky, které jsou kladné..."

Stát se tedy aktivně účastní procesu financování zdravotnictví. Otázkou je, jak tedy určit správný poměr mezi účastí státu a mezi účastí jednotlivců. Jaké jsou možnosti:

- stát profinancovává veškeré zdrav. potřeby,
- stát financuje část,
- stát nefinancuje nic.

První uvedená možnost vzhledem k minulému vývoji u nás nepřipadá do úvahy. Poslední uváděná varianta není také průchozí vzhledem k existenci určitých veřejných statků v oblasti zdravotnictví, na kterých má stát mimořádný zájem, ale které by jednotlivě odmítal financovat. Budeme tedy uvažovat v rovině druhé možnosti a ptát se, jaké jsou zde možnosti:

- zdravotnictví financuje SR + jednotlivci,
- zdravotnictví financuje SR + místní rozpočty + jednotlivci.

V rámci každé uváděné možnosti existuje pak řada variant v závislosti na vzájemném poměru mezi uváděnými veličinami. Při tendenci zvyšovat samostatnost místních rozpočtů přijmeme tedy tu variantu, která počítá s jejich účastí. Na otázku, co má kdo financovat, nám pomůže dát odpověď znalost o prostorové působnosti jednotlivých služeb v oblasti zdravotnictví. Existují určité veřejné statky, které mají celostátní působnost, a které jsou finančně značně náročné. Jedná se např. o speciální zdravotnické programy jako onkologické, kardiovaskulární atp. + preventivní služby, očkování, osvětová činnost ve zdravotnictví aj. Tyto služby musí financovat stát, účast pojišťoven je nízká, stejně jako účast místních rozpočtů. Vedle toho existují služby s omezenou prostorovou působností, které je vhodné financovat při účasti místních rozpočtů.

7. KONKRÉTNÍ TŘI FUNGUJÍCÍ MODELY

V jiných zdrojích se často uvádějí ne systémy, které se stát od státu liší, ale konkrétní fungující modely.

Po několika letech fungování systému, založeného na povinném a solidárním zdravotním pojištění a na tzv. výkonovém odměňování, můžeme vidět, že tento systém není dobrý. Pacient je možná spokojen, protože nabídka lékařské péče je značná a v rozhodující míře bezplatná. Méně spokojeni jsou zdravotníci, na které postupně doléhají systémové vady našeho zdravotního pojištění, i ekonomové a politikové, kteří jsou znepokojeni nadměrnou extenzí zdravotních výkonů a rostoucí náklady na zdravotnictví. Extenze zdravotních výkonů a nadbytek řady zdravotnických kapacit se stává v stále větší míře také bariérou růstu platů lékařů i ostatního zdravotnického personálu[24].

7.1. Dolaďování nebo zásadní změna?

Zdokonalovat stávající systém lze např. agregováním zdravotnických výkonů do větších skupin, zvyšováním finanční spoluúčasti pacientů (poplatky za návštěvy lékaře, za lůžka v nemocnici, za recepty), soustředěním výběru pojistného, či spojením zdravotního a nemocenského pojištění. Nedostatky stávajícího systému jsou však natolik závažné, že by bylo lepší přikročit k jeho skutečné reformě.

Podstatou jakékoliv reformy musí být mechanismus tlaku na úsporné chování poskytovatelů lékařské péče, protože jedině tak lze bránit nadměrné extenzi nabídky lékařské péče. Existují v zásadě tři modely z nichž si lze vybrat. Hovořím úmyslně o modelech, nikoli o systémech, protože jakkoli se můžeme při naší vlastní reformě zdravotnictví inspirovat skutečnými systémy, tak jak existují ve Švýcarsku, Velké Británii a v Singapůru nebylo by rozumné je plně kopírovat[24].

1) Švýcarský model[25][3][26,27]. Je založen na dvou základních podmínkách fungování: Za prvé je to existence několika velkých a silných zdravotních pojišťoven, které se chovají podle tržních principů a navzájem si konkurují. Za druhé je to propracovaný systém rozložení rizika. Výběr pojistného se uskutečňuje tak, že jeho část je vybírána centrálně a je následně přerozdělována mezi pojišťovny podle rizikovosti jejich pojištěnců. Druhou část pojistného si pojišťovny vybírají od svých pojištěnců samy, přičemž její výši mohou sami stanovit (tím si právě konkurují). Tento systém může být doplněn i finanční spoluúčastí pacienta (ve Švýcarsku 30%), což přináší tlak na úsporné chování poskytovatelů lékařské péče i ze strany pacientů.

2) Britský model. Předpokládá nahrazení výkonového systému kapitačními platbami. Praktičtí lékaři dostanou určitý finanční normativ - kapitační platbu- na každého pacienta, kterého mají v péči. Praktický lékař funguje pro pacienty zároveň jako jakýsi vrátný ke specialistům i tím, že za ně specialistovi platí - hradí jeho výkony z kapitační platby.

3) Singapurský model. Jeho podstatou je vydělení části vybraného pojistného na individuální zdravotní účty vedené zdravotní pojišťovnou. Každý pojištěnec by měl svůj zdravotní účet, na který by mu každoročně připlynul tok peněz a z něhož by si pak hradil část zdravotní péče.

Každý z těchto modelů by u nás mohl dobře fungovat (jsme-li schopni plnit podmínky jeho fungování). Asi se budeme muset vzdát naděje na nalezení jakési optimální mixáže z těchto modelů. Každý z nich má totiž svou vlastní logiku, která neodpovídá logice druhého modelu.

[3] HOLMAN, R., Ekonom 9, 1997, s. 19

8. MACKůV MODEL = ŠVÝCARSKÝ MODEL

Myslím, že lze uvedené Mackovy návrhy shrnout do následujících bodů:

1) Potřeba založení fondového systému, do kterého lidé v produktivním věku přispívají. Dále je zapotřebí, aby peníze, které se ve zdravotnictví utratí, byly užity co nejefektivněji. Proto je nezbytné reformovat celý systém, a to tak, aby poměr nákladů a zisk byl co nejpříznivější, přičemž zisk je v tomto případě jednoznačně pouze zdraví občanů, nikoliv počet ošetření, počet nemocnic, počet přístrojů nebo příjem lékařů. Přičemž se pro fondový systém počítá s prostředky z privatizace [28][4].

2) Snížení hrazení stomatologické péče. Vychází z toho, že minimálně 80% onemocnění chrupu lze zamezit. Lidé by měli tedy platit zubní ošetření převážně přímými platbami. Zde jsou důležité preventivní programy [28].

3) Umožnění privátního připojištění. V rámci zdravotního pojištění by mělo fungovat základní a výběrové pojištění [28][5].

4) Účast pojištěnců na řízení pojišťoven[28]. („Např. šéf velké firmy má značný zájem na tom, aby jeho peníze nebyly utráceny zbůhdarma"[29][6].)

5) Zavedení spoluúčasti u některých druhů výkonů[28].

6) Omezit hrazení převozu vozidly záchranné služby pouze na „indikované" případy[28].

7) Standardizovat patnáct diagnóz, které v tomto státě spotřebují 70% financí ve zdravotnictví[28].

---

[4] POLÍVKA, M. - ŽAHOUR, J., Ekonom 10, 1997, s. 13
[5] stránka internetu - http://david.nadace.fdnbr.cz/dokument/reforma/macek3i.htm
[6] jako pozn. č.5

8) Subsidiarita zdravotní péče. (Na jejímž stupni stojí svépomoc, o stupeň výše pomoc bližních, a až na vrcholu specializovaná nemocniční péče)[28].

9) Rozlišení prodlužování života a prodlužování umírání[28][7].

Za další předpoklad, že se lidé budou o svoje zdraví daleko více starat sami. Počítá s tím, že by pacienti mohli měnit lékaře vždy k prvnímu lednu s tříměsíční výpovědní lhůtou[28].

8.1. Výňatky ze švýcarského zákona[30][8]

Navrhovaná opatření mně připadají, až na malé výjimky jako je subsidiarita zdravotní péče, jako oprávněná a prospěšná a na jejich podporu uvádím výňatky ze švýcarského zákona o zdravotním pojištění.

Hrazené výkony ze základního pojištění:

- Časově neomezený pobyt na všeobecném oddělení veřejné nemocnice příslušného kantonu
- Prohlídky, ošetření a péče lékařů, chiropraktiků, porodních asistentek a ostatního personálu oprávněného k provádění léčebných výkonů jako jsou fisioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, zdravotní sestry atd.
- Lékařem předepsané léky ze seznamu hrazených léčiv.
- Léčení v zahraničí, pokud nemůže být odpovídající péče poskytnuta ve Švýcarsku, nebo v případě nehody.
- Ošetření metodami doplňkové medicíny, pokud jsou tato prováděna lékařem nikoliv však přírodními léčiteli.

Částečně jsou hrazeny:

- Domácí ošetřovatelská služba
- Preventivní péče

[7] Macek uvádí příklad Francoise Mitterranda, který řekl:"Dost, teď už nemá smysl mě léčit, je jasné že jsem nevyléčitelně nemocný." Přitom jej francouzská medicína mohla jistě po mnoho měsíců udržovat při životě. Po tomto rozhodnutí za tři dny zemřel. Je třeba z takového přístupu udělat občanskou cnost.

[8] Švýcarský zákon o zdr. pojištění

- Převoz a dovoz nemocných v lékařsky nezbytných případech

- Prostředky a pomůcky k vyšetření a ošetření jako brýle, inhalační přístroje, fonometry apod.

Stomatologická péče:

Platby za stomatologickou péči nejsou ze základního pojištění hrazeny. Budou však hrazeny v případech závažného onemocnění zubů a dásní, pokud toto onemocnění neustupuje. Dále v případech kdy je nutné ošetření následků úrazu nebo těžkého základního onemocnění. Léčba onemocnění, které bylo způsobeno nedostatečnou péčí a zuby, hrazena nebude.

Umožnění privátního připojištění:

Privátní připojištění umožňuje nadstandardní péči a popřípadě zvýšení podílů u částečně hrazených výkonů jako je transport. Obecně jsou tři kategorie připojištění: Poloprivátní - dvoulůžkové pokoje, privátní - jednolůžkové pokoje a s hrazením léčebných pobytů v zahraničí. U poloprivátních a privátních je zajištěno nadstandardní vybavení pokojů jako TV, telefon, případně i fax atp. Kromě těchto běžných připojištění je možné připojištění hradící přírodní medicínu prováděnou lékařem nebo „licencovanými" léčiteli, pojištění na zubní péči u dětí do 6 let, invalidní pojištění, pojištění pro cesty do zahraničí a další.

Spoluúčast[31]:

- Pojištěnec se podílí na nákladech ambulantní i stacionární péči (hospitalizaci) poplatkem 150,- Sfr za kalendářní rok a spoluúčastí ve výši 10% z celkových nákladů po odečtení tohoto poplatku. Celková spoluúčast však může dosáhnout 600,-Sfr celkem.

- U dětí se základní poplatek neplatí a celková výše spoluúčasti za kal. rok je 300,-Sfr. U dvou dětí 600,-Sfr. U třech a více 750,-Sfr celkem.

- Na pobyt v nemocnici přispívá pacient 10,- Sfr za den.

- U hrazení výkonů výkonů spojených s mateřstvím není vyžadována žádná spoluúčast.

- U některých úkonů může Spolkový úřad vnitra zvýšit, či popřípadě snížit výši spoluúčasti.

- Pojištěnec má dále možnost uzavřít takovou smlouvu, která mu umožní zvýšit spoluúčast při snížení základní sazby pojistného a to až do výše 1500,-Sfr za základní roční

poplatek, při současném snížení poplatků o 40%.

- V případě, že pojištěnec v daném kalendářním roce lékaře nenavštíví vůbec, žádný základní poplatek na spoluúčast samozřejmě neplatí. A zde jsme u jádra věci. Částku 600,- Sfr si může dovolit prakticky každý, takže ani v případech složitých nákladných operací nehrozí, že by na ni někdo neměl. Na druhou stranu je to peníz nemalý a je již poměrně silnou motivací k tomu, aby hrazené lékařské péče nebylo zneužíváno, a aby se zdravotní návyky zlepšily. V případě, že má pojištěnec uzavřené samostatné úrazové pojištění, je spoluúčast v případě úrazu hrazena z tohoto pojištění.

Odvoz sanitkou:

Lékařsky nezbytný odvoz k nejbližšímu lékaři nebo do nejbližší nemocnice je hrazen z 50% a to do maximální výše 500,-Sfr za kalendářní rok. Tedy jen indikovaný odvoz a i ten je hrazen jen z poloviny. Hrazení lze zvýšit různými připojištěními. „Indikovanost" odvozu samozřejmě závisí na lékaři.

Tedy tento systém celkově klade větší díl zodpovědnosti na občana, což je, domnívám se, obecně prospěšné. Toto, je myslím také třeba vidět za Mackovými návrhy.

9. ANALÝZA VÝSLEDKů NEMOCNICE[32][9]

9.1. Stručná charakteristika nemocnice

Nemocnice byla dokončena v r. 1942. Její spádová oblast byla pečlivě vysledována a stanovena pro 50000 obyvatel. Od té doby nedošlo k podstatnějším změnám ve struktuře ani v rozsahu.

V těsné blízkosti nemocnice je umístěna zdravotnická škola, na které vyučuje řada lékařů nemocnice. Praktická výuka pak probíhá na odděleních nemocnice.

Městská nemocnice vznikla jako samostatná příspěvková organizace delimitací někdejšího OÚNZ Semily k 1.1.1992, když jejím zřizovatelem se stalo město na základě usnesení

[9] Numerické údaje čerpány z interních zdrojů MN. Jsou to výroční zprávy, rozvaha, výkaz zisků a ztrát, propagační materiál a jiné.

městského zastupitelstva.

Financování provozu zdravotnických zařízení a tudíž i nemocnice se děje prostřednictvím smlouvy s OP VZP Semily a ostatními pojišťovnami.

V roce 1992 byl zaveden nový systém odměňování pracovníků rozpočtových a některých dalších organizací na základě zákona 251/92 Sb. Změny plošně navýšily příjmy zdrav. pracovníků cca o 10%. Toto povinné navýšení odčerpalo značnou část disponibilních prostředků. Dnem 1.1.1993 vstoupila v platnost povinnost odvodů z mezd i pro tuto příspěvkovou organizaci.

Zdravotnické služby jsou nadále v Městské nemocnici poskytovány na 5 lůžkových odděleních s příslušnými odbornými ambulancemi a 4 odděleními komplementu. V roce 1993 byli přijati 6753 pacienti (+227 tj. + 3,4%). Průměrná ošetřovací doba činila 9,35 dne. V ambulancích bylo poskytnuto 150 652 ošetření. Počet porodů (548) poklesl na úroveň roku 1991.

V roce 1993 byly přijati 6753 pacienti. Průměrná ošetřovací doba činila 9,35 dne. V ambulancích bylo poskytnuto 150 652 ošetření. Počet porodů (548) poklesl na úroveň roku 1991.

V roce 1995 bylo přijato 6460 pacientů. Průměrná doba hospitalizace byla 8,93 dnů. Počet porodů (447) zůstal na úrovni r. 1994.

V roce 1996 bylo přijato 6481 pacientů. Průměrná doba hospitalizace činila 8,65 dnů. Počet porodů klesl na 350.

V roce 1997 bylo přijato 6538 pacientů. Průměrná doba hospitalizace činila 8,6 dnů. Počet porodů vzrostl na 391.

V letech 1993 - 1994 se snížila lůžková kapacita o 50 lůžek na tehdejších 200, což pro uvedenou oblast znamenalo 4 lůžka na 1000 obyvatel (tato cifra je v souladu se stávajícím standardem). Struktura lůžek byla následující: interna - 42, ošetřovatelská péče - 20,

chirurgie - 50, gyn./por. - 40, dětské - 40, OAM - 10. Základem nemocnice nadále zůstávalo poskytování celé síře zdravotnických služeb ve všech oborech v nemocnici zastoupených a další rozvoj:

- péče o patologické novorozence (poskytování služeb pro oblast okresů Jičín, Liberec, Jablonec, Trutnov, Ml. Boleslav),
- laparoskopické operace jak v oboru chirurgie, tak v oboru gynekologie,
- endoskopie pro všechny okresy,
- bioptická vyšetření i pro okres Jičín a částečně i pro okres Jablonec n./N.,
- laboratorní služby i pro ZZ z okolí.

9.1.1. Profil hospitalizovaných pacientů

V roce 1993 byl u hospitalizovaných pacientů obligatorně zaveden průzkum jejich spokojenosti s pobytem v nemocnici. Výsledky ukazují , že 39,8% pacientů je velmi spokojeno, 21,6 mírně spokojeno a 13,2 % je velmi spokojeno s výhradou ke stravě, 5,8% pacientů vyjádřilo nespokojenost[10]. Výsledky byly podnětem k zlepšení péče o pacienty.

9.2. Investiční činnost

V listopadu 93 byla ukončena rekonstrukce bývalé kotelny na nemocniční prádelnu celkovým nákladem cca 7 mil. Kč. Tato prádelna zajišťuje kromě praní pro nemocnici i praní pro další ZZ a nezdravotnické organizace.

V roce 1993 byly pořízeny přístroje v celkové hodnotě 2121527,-Kč (viz. příloha č.5). Z tohoto objemu bylo sponzory poskytnuto 20%.

V roce 1995 nemocnice vydala na investice celkem 45 mil Kč, z toho bylo hrazeno státem 36 mil Kč a městem 5 mil Kč. Velkou přístrojovou investicí byl mammograf za 4 mil Kč.

[10] Jde o skupinu lidí permanentně nespokojených i po vyřešení jejich připomínek. Část této skupiny jsou také někteří pacienti zvyklí na vyšší standard (turisté z vyspělejších zahraničních zemí).

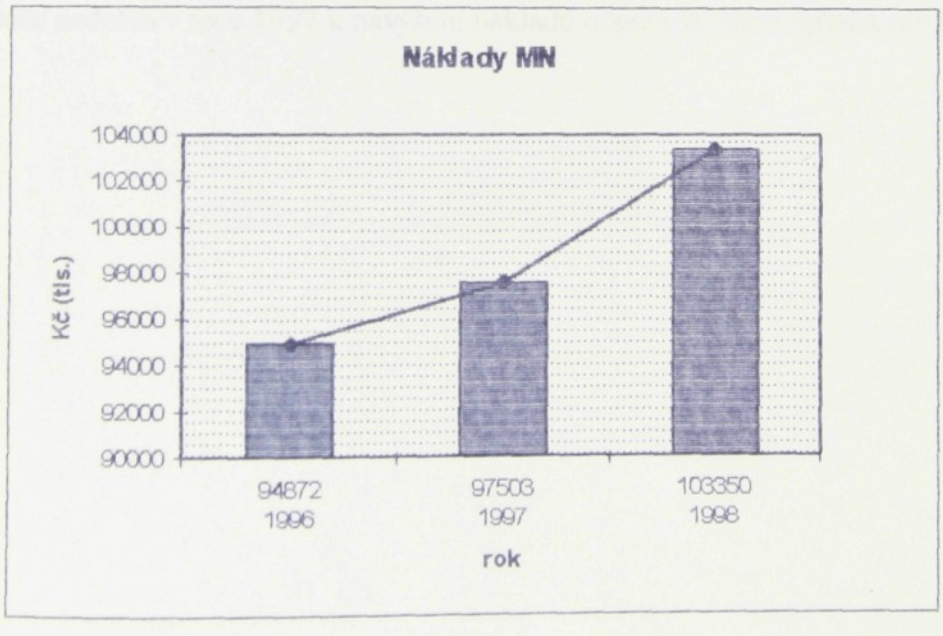
V roce 1996 byla vynaložena další přístrojová investice ve výši 2,572 mil Kč.

V roce 1997 činily hmotné investice 6171320,-Kč, nehmotné investice 288666,-Kč a stavební investice 547806Kč. Město uhradilo ztrátu ve výši 4163000,-Kč.

V porovnání s rokem 1996 stouply náklady téměř o 3% - viz. graf č.3 a příloha č.2. Nejvyšší podíl na zvýšení nákladů mají mzdové náklady (nárůst o 5,8%) - viz. grafy č.5 - 7 a příloha č.2. Tyto náklady představují 56% celkových nákladů. Další zvýšení nákladů např. u energie - viz. graf č.5 a 6 lze vysvětlit nárůstem DPH u energií z 5 na 22%. Vzrůst nákladů na 1,0335 mil. Kč v roce 1998 - viz. příloha č.4 je možno vysvětlit mimořádnou událostí (požárem na interním oddělení) a dále probíhající rekonstrukcí MN (přístavba patologie, opravy střech slobodárny a porodnice, výměna oken,...).

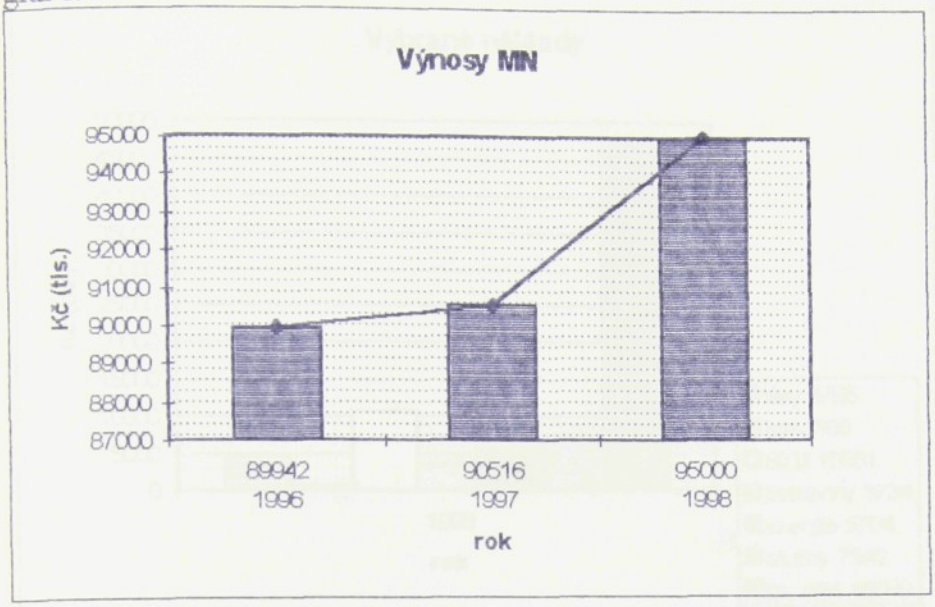
Oproti roku 1995 vzrostly náklady o 20% (léčiva, SZM a ost. náklady dle platných předpisů). Hospodaření MN se v roce 1997 odvíjelo od plánu projednaného na městském zastupitelství v březnu roku 1997. Uvedený plán počítal se ztrátou cca 6 mil. Kč.

graf č.3



Výnosy od ZP stouply o 17%, ostatní výnosy o 18% oproti roku 1995. V porovnání s rokem 1996 se výnosy zvýšily o 1% - viz graf č.4 a příloha č.3. Vyššího růstu výnosů se očekává pro II.Q roku 1998 - viz. příloha č.4. Na toto období je stanoveno navýšení výnosů od ZP o 4%, ostatní Q. jsou očekávány na přibližně stejné úrovni.

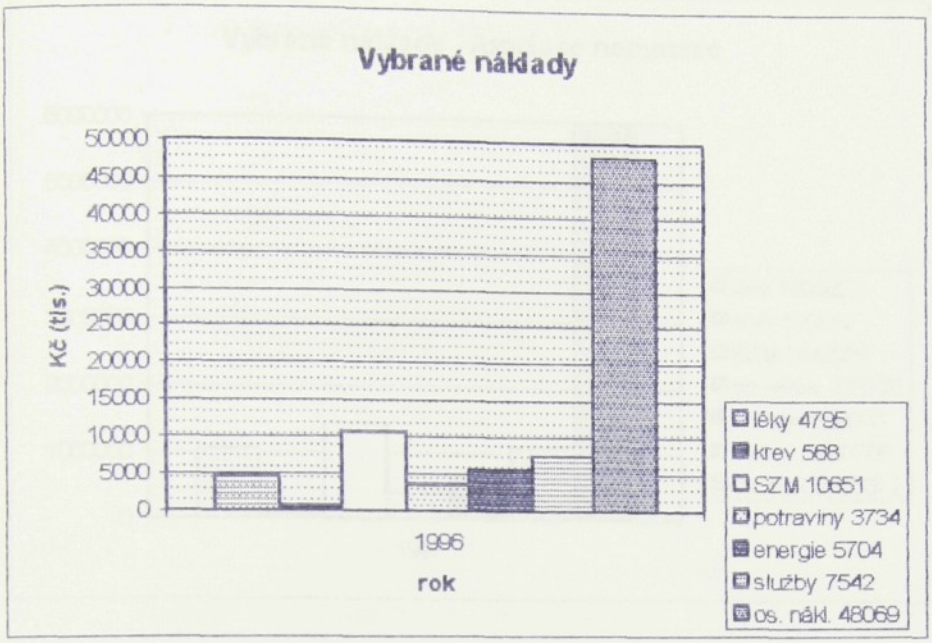
graf č.4



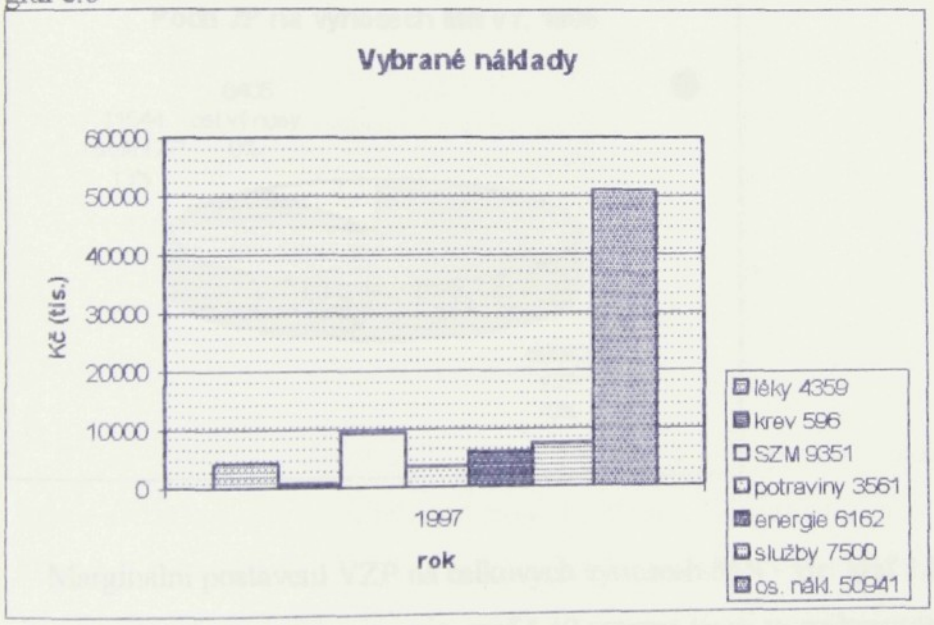
Nejvyšší navýšení nákladů mají osobní náklady - viz. grafy č.5 - 7 a příloha č.2. Oproti tomu jsem zaznamenal pokles nákladů na léky o 9% a SZM o 12%. Pokud porovnám výši nákladů MN viz. grafy č.5 a 6 s Asociací nemocnic[11] viz. graf č.7, mohu konstatovat, že jde o podobnou strukturu těchto nákladů. V obou případech zaujímají nejvyšší hladinu osobní náklady dále pak, sestupně, SZM, léky a služby. Vzhledem ke stejnému rozsahu a kvalitě péče nedošlo v roce 1997 k navýšení nákladů odpovídajícímu inflačnímu koeficientu.

[11] Hovořím o tzv. Malé asociaci nemocnic nebo-li o Asociaci českých a moravských nemocnic, která sdružuje nemocniční zařízení, jejichž kapacita nepřesahuje 500lůžek a jejichž zřizovatelem je obec, okres a pod. Tzv. Velkou asociaci zřizuje ministerstvo zdravotnictví a jejími členy jsou nemocnice s kapacitou převyšující 500 lůžek.

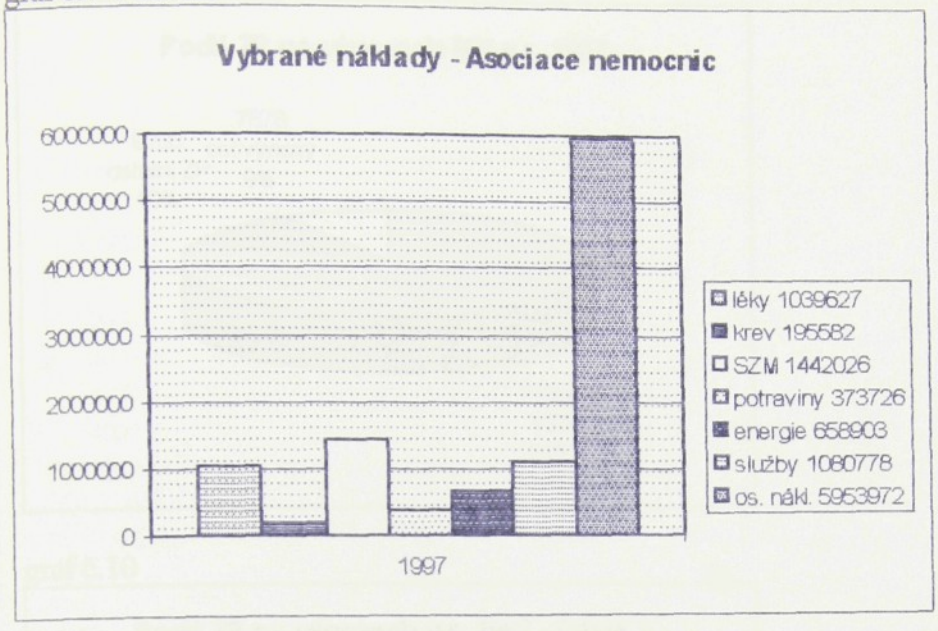
graf č.5



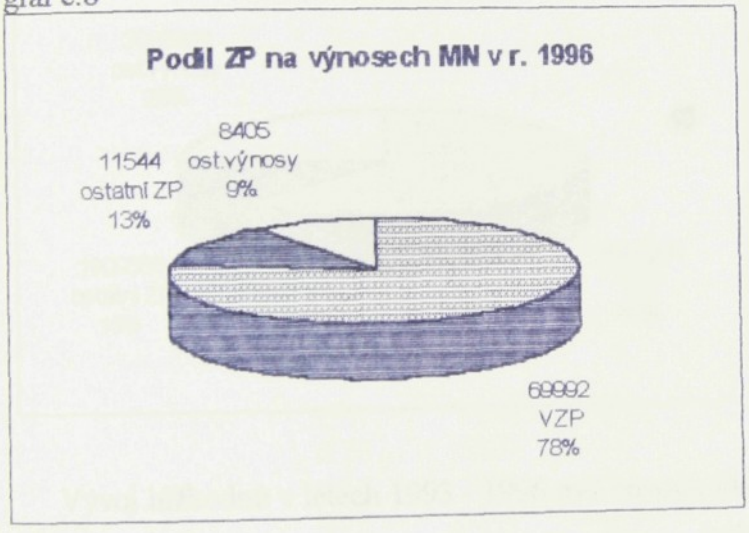
graf č.6



graf č.7 v tis. Kč[12]



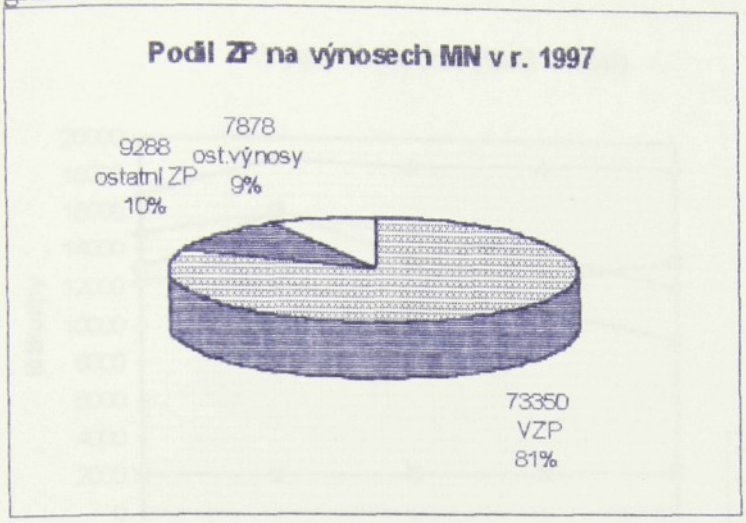
graf č.8



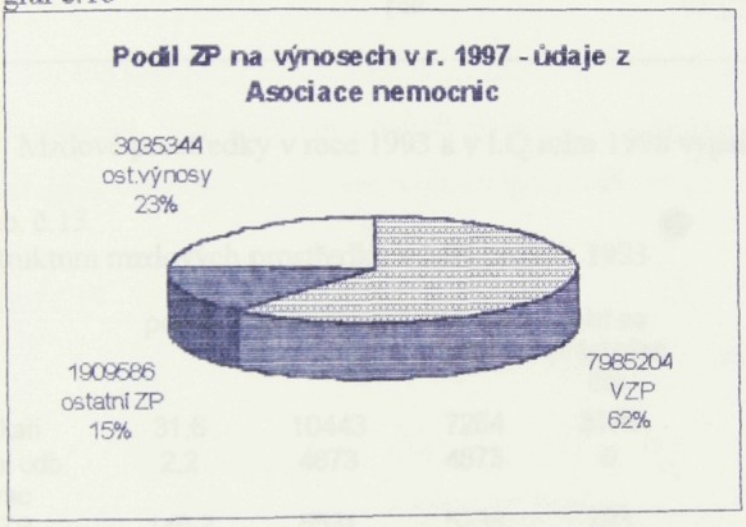
Marginální postavení VZP na celkových výnosech MN - viz. graf č.8 a 9 a podobná situace u Asociace nemocnic - viz. graf č.10 vyvrací teorii vícezdrojového financování.

[12] Záměrem nebylo uvést průměrné náklady na 1 nemocnici na tu kterou nákladovou položku, ale graficky postihnout strukturu nákladů.

graf č.9

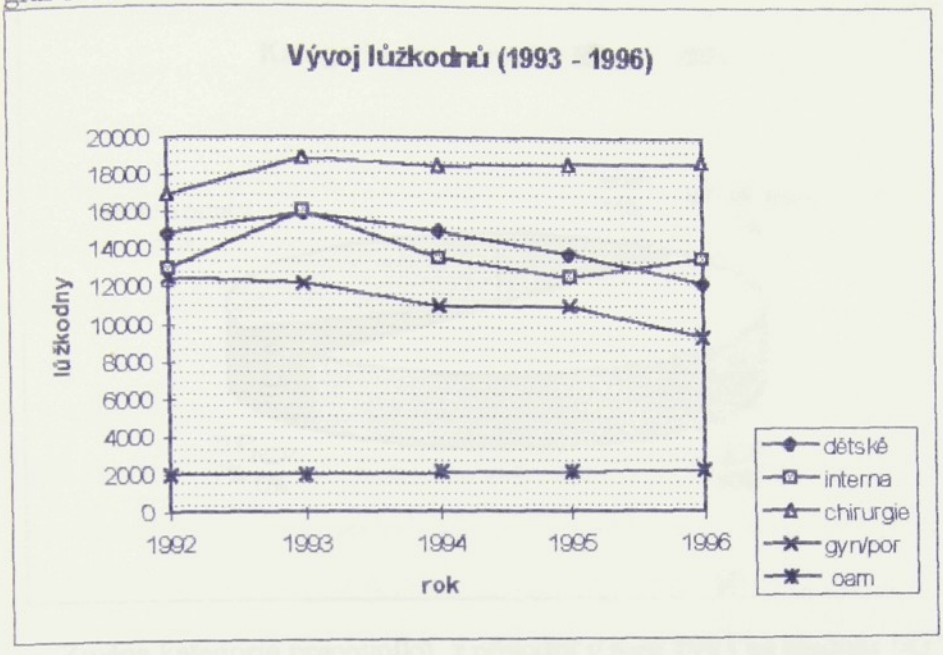


graf č.10



Vývoj lůžkodnů v letech 1993 - 1996 měl vesměs klesající tendenci - viz.graf č.11., což bylo v souladu s celorepublikovým trendem. V roce 1997 ovšem došlo ke značnému vzrůstu lůžkodnů - viz. příloha č.6. Tato tendence je tendencí celosvětovou.

graf č.11



Mzdové prostředky v roce 1993 a v I.Q roku 1998 vypadaly takto - viz tab. č.13 a 14

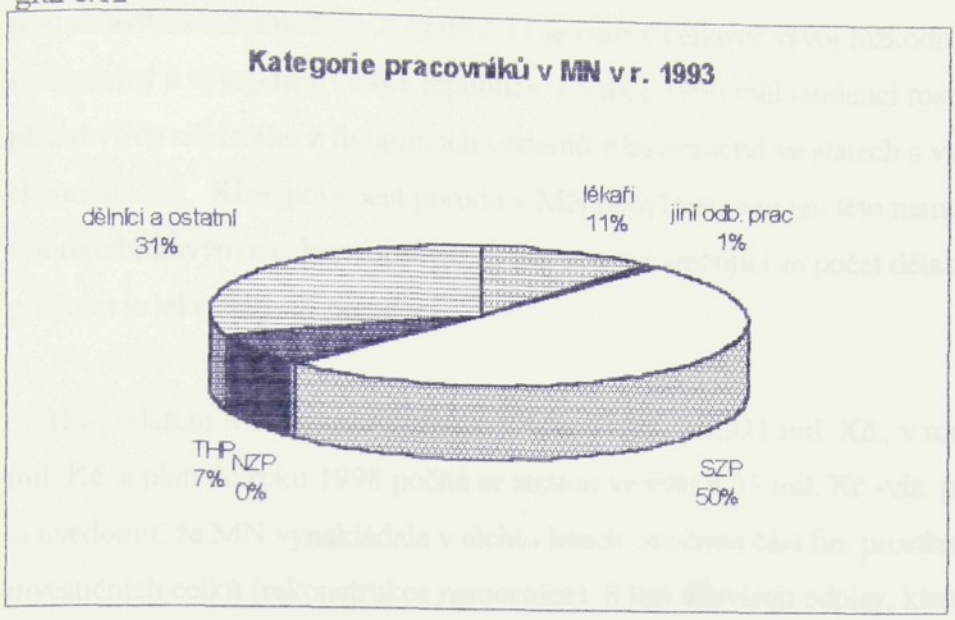
tab. č.13
Struktura mzdových prostředků v MN pro rok 1993

	počet	prům.mzda	zákl.plat s přípl.	plat za práci přes čas
lékaři	31,6	10443	7264	3179
jiní odb. prac	2,2	4873	4873	0
SZP	146,2	5531	5238	293
NZP	1	3629	3629	0
THP	19,3	4617	4592	24
dělníci a ostatní	89,8	4227	3646	581

tab. č.14
Struktura mzdových prostředků v MN pro rok I.Q roku 1998

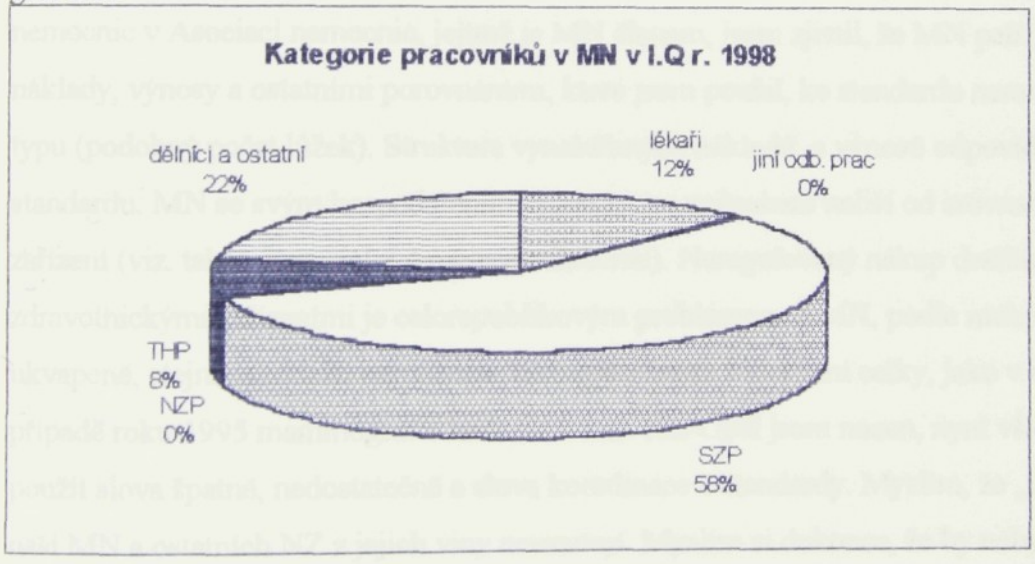
	počet	prům.mzda	zákl.plat s přípl.	plat za práci přes čas
lékaři	35	18069	15519	2550
jiní odb. prac	1	23853	21587	2266
SZP	162	8643	8482	161
NZP	1	5950	5950	0
THP	21,5	9139	9057	82
dělníci a ostatní	61,5	6396	5689	707

graf č.12



Změna kategorie pracovníků, z původní v roce 1993 na hladinu I.Q 1998, je celostátní skutečností. SZP zastupuje největší skupinu a její rostoucí procento (nárůst o 8%) má za následek snižování počtu pracovníků v kategorii „dělníci a ostatní".

graf č.13



9.3. Závěr

Výsledky v roce 1993 ukazují , že platby od pojišťoven pokryjí cca 90% veškerých příjmů. Z této částky je MN schopna uhradit, při zachování příslušných vývojových trendů, cca 85% nákladů. Nemocnice tedy musí získat ročně částku cca 15 mil. Kč z jiných zdrojů (dotace z města - rok 1995 5 mil Kč, kdy šlo o stavební dotaci a v roce 1996 dotace na nákup

přístrojů ve výši 3,573 mil Kč dále pak sponzorství, dary, ostatní příjmy z vl. činnosti, což jsou zanedbatelné položky). Z grafu č.11 je patrný celkový vývoj lůžkodnů (klesající) srovnatelný s vývojem v České republice. Po roce 1996 měl tendenci rostoucí, kterou lze přičíst vlivu některého z fungujících systémů zdravotnictví ve státech s vyspělými ekonomikami. Klesající počet porodů v MN nebyl trendem jen této nemocnice, ale celorepublikovým a celoevropským. S tím souvisí snižující se počet dětských ošetření, jehož příčinou je také stárnutí populace.

Hospodaření MN vykazuje ztrátu. V roce 1996 - 14,931 mil. Kč., v roce 1997 - 6,987 mil. Kč. a plán do roku 1998 počítá se ztrátou ve výši 8,35 mil. Kč -viz. příloha č.4. Je třeba si uvědomit, že MN vynakládala v těchto letech značnou část fin. prostředků do větších investičních celků (rekonstrukce nemocnice). S tím souvisejí odpisy, které v roce 1996 činily 6,798 mil. Kč., v roce 1997 8,796 mil. Kč. a plán pro rok 1998 vykazuje odpisy ve výši 9 mil. Kč - viz. příloha č.4. Ve všech třech letech odpisy tedy přesahují výši ztráty. Nemožnost plánování v našem zdravotnictví neumožňuje tvorbu rezerv.

Z analýzy hospodaření MN a z porovnání této nemocnice s průměrnými výsledky nemocnic v Asociaci nemocnic, jejímž je MN členem, jsem zjistil, že MN patří jak svými náklady, výnosy a ostatními porovnáními, které jsem použil, ke standardu nemocnic jejího typu (podobný počet lůžek). Struktura vynaložených nákladů a výnosů odpovídá opět standardu. MN se svým hospodařením významným způsobem neliší od srovnatelných zařízení (viz. také - materiál z Asociace nemocnic). Neregulovaný nákup dražších investic zdravotnickými zařízeními je celorepublikovým problémem. I MN, podle mého názoru ukvapeně, stejně jakodalší nemocnice zakoupila dražší investiční celky, jako v našem případě roku 1995 mammograf v hodnotě 4 mil. Kč. Opět jsem nucen, nyní však globálně, použít slova špatně, nedostatečně a slova koordinace a standardy. Myslím, že „chyby" naší MN a ostatních NZ z jejich viny neexistují. Myslím si dokonce, že by nebylo spravedlivé kritizovat NZ vůbec a slova bývalého ministra zdravotnictví PhDr. Jana Stráského - cituji "Přes obtížnou ekonomickou situaci, v níž se mnohá ZZ nacházejí, neprojevuje se u nich žádná výrazná snaha o zvýšení efektivnosti a o dosažení vyšší hospodárnosti... . Problémy s vysokými náklady se některá ZZ snaží řešit nikoliv jejich účelným snižováním, ale především snahou o zvýšení svých příjmů..." konec citátu - považuji za hrubě neadekvátní dané situaci a za výsměch všem ve zdravotnictví činných. Nemělo by být právě ministerstvo zdravotnictví tím „snaživcem" při zvyšování efektivnosti, účelném snižování nákladů a

obdobných krocích?

10. TRANSFORMACE MNOU POPISOVANÉ NEMOCNICE, ANO NEBO NE?

Na posledním veřejném zasedání městského zastupitelstva byla opět diskutována otázka transformace mnou popisované městské nemocnice na jiný typ právního subjektu. Konkrétní návrhy uvažují zejména o formě akciové společnosti nebo společnosti s ručením omezeným.

Zde se nabízí několik otázek. Co se změní a v čí prospěch? Jaké to bude mít pro naše občany výhody? Zlepší se péče poskytovaná v nemocnici? Bude to levnější nebo dražší?

Osobně se domnívám, že se vznikem s.r.o. nebo a.s. se stoprocentní účastí města by k žádným dramatickým změnám nedošlo. Aspoň ne hned. Dovolte ale několik informací a myšlenek. Podotýkám, že v současné době funguje nemocnice jako příspěvková organizace. Dnes je tento název poněkud zavádějící.

Příspěvkové organizace jsou reliktem z předrevoluční doby. Jakýsi hybrid mezi rozpočtovými a podnikatelskými subjekty. Jak je patrné z názvu, k zajištění své činnosti dostávali v minulosti příspěvkové organizace státem stanovený příspěvek na provoz. Rozdílení finančních příspěvků se realizovalo podle plánu. Jistota plánovaných státních subvencí do zdravotnických zařízení před několika lety pominula. Na provoz si nemocnice vydělává zejména platbami od zdravotních pojišťoven . Kolik a za jakých podmínek jsem uvedl výše. Rozhodně to ale nestačí na pokrytí investičních požadavků ani na stoprocentní pokrytí investičních nákladů . Chci zdůraznit, že na hrazenou léčbu nemocnice nevybírá žádné poplatky od pacientů, kteří jsou pojištěni u jejích smluvních pojišťoven. Prakticky jediný příspěvek na provoz je dotace na krytí ztrát. Tyto peníze neposkytuje stát, ale zřizovatel, tj. město. I když zmíněná dotace obsahuje pouze několik procent obratu nemocnice, je to v absolutním vyjádření nezanedbatelný obnos. Jsem si vědom, že porovnání se zahraničím je z mnoha důvodů obtížné. Dovolte mi však několik postřehů. Především platí, že v zemích s dlouhodobým a nepřerušeným vývojem demokracie není lidské zdraví předmětem podnikání. Zdravotnictví jako takové je financováno z prostředků veřejných na

zásadě principu solidarity. Privátní sféra tvoří obvykle jenom doplněk - jakýsi nadstandard. Zdravotnictví privátní, obecní či státní si příliš nekonkurují. Lékaři a pracovníci ve zdravotnictví vůbec jsou jak společensky, tak zejména finančně ohodnoceni tak, aby nemuseli pracovat pod ekonomickým tlakem . Na druhou stranu je nutno říci, že odborné pochybení znamená mnohdy konec profesionální dráhy. Jeden z principů fungování společnosti tkví v tom, že každý kdo poctivě a dobře pracuje, dostává odpovídající odměnu.

Cílem a snažením nemocnice nemůže být tvorba zisku, jak je tomu v hospodářské sféře. Obecně platí, že zdravotnictví zkonzumuje každý objem finančních prostředků do něj vložených. Bohužel je obtížné exaktně změřit efekt vynaložených prostředků. Zárukou, že nedochází k jejich plýtvání musí být zejména důsledná kontrola. Z výše uvedených podmínek plyne, že nemocnice nebude patrně za každých podmínek zisková. Jde ale o to aby případná ztráta byla únosná.

Vzhledem k současnému stavu financování zdravotnictví, je nezávislost nemocnice na určité formě dotací v nedohlednu. Opakuji, uvedené platí zejména pro investiční výstavbu. Není tajemstvím, že nemocnice nutně potřebuje generální rekonstrukci hlavní budovy. Částka na tuto rekonstrukci je v porovnání s nynější přístavbou ambulantního pavilonu několikanásobně vyšší. Rozhodně tedy daleko přesáhne možnosti města. Žádost na dotaci již leží na ministerstvu financí od roku 1995. Získání státní dotace je věc kromobyčejně obtížná. Pro s.r.o. nebo a.s., byť se stoprocentní účastí města, se mi zdá téměř nemožná. Na druhou stranu nutno dodat, že zmíněné formy provozování organizace jsou dnes legislativně daleko lépe dořešeny než příspěvková organizace. Tento fakt koresponduje s celkovou orientací naší společnosti na tržní hospodářství. Avšak zdravotnictví není vhodný trh a zdraví není zboží, které lze koupit. Je nutno zdůraznit, že pacient může jen velice obtížně posoudit, jak kvalitu poskytnuté zdravotní péče, tak její rozsah. Také rozlišení, zda je péče lepší nebo horší v tom či onom zdravotnickém zařízení je víceméně subjektivní a pro pacienta obtížné.

Možná určitou naději na utichnutí debat kolem právní formy městské nemocnice by skýtala novelizace v návaznosti na Zákon o obecně prospěšných organizacích. Novelizace, která by jednoznačně upravovala postavení, práva a povinnosti organizace, jejíž hlavní snahou není vydělávat peníze. Dle mého názoru naše společnost zdaleka nedosáhla úrovně právního vědomí, které by přijetí takového zákonu umožnilo. Dnes a denně jsme svědky prakticky beztrestných daňových úniků, tunelování nebo jiných podvodů. Těmto jevům je nutno učinit

přítrž. Až po přijetí příslušných zákonů se bude důsledně řešit sféra neziskových, obecně prospěšných institucí.

11. ZÁVĚR

Ačkoliv jsou rozhodnutí o zdraví obtížná, k alokaci zdrojů dojít musí. Ekonomická analýza může být užitečná pro systematičnost a logiku tvorby takových rozhodnutí, i když zdůrazňuji , že má analýza slouží jenom za jakýsi úvod do problematiky. Bližší rozbor vyžaduje i odborné medicínské informace, ke kterým sice mám přístup, které jsem ovšem nechtěl použít vzhledem k mým mizivým odborným znalostem.

Státní výdaje za zdravotnické služby, jejich ceny a veřejné výdaje na zdravotnictví, to vše v posledních letech rapidně vzrostlo.

Odvětví zdravotnictví je charakterizováno několika selháními trhu, jakými jsou[33][13]:

a) Neinformovaní spotřebitelé a obtížné posouzení adekvátnosti ZP,

b) Omezená konkurence v tom smyslu, že existují medicínské výkony, které jsou velmi specializované, takže pro pacienta - laika neznámé. Pacient se rozhoduje na základě doporučení odborníka,

c) Externality spojené s nakažlivými chorobami,

d) Chování nezaměřené na maximalizaci zisku, ale na vyrovnané hospodářství. Hledá se forma existování nemocnice, jako veřejně prospěšné organizace, která by nebyla apriori zainteresovaná na tom, aby vytvářela zisk.

Stát, zřizovatel, pojišťovna, zdravotnické zařízení a pacient, což jsou hlavní účastníci „nedorozumění" mají různé preference, z čehož plyne hlavní důvod neshod ve vztazích. Situace je taková, že stát:

a) nemá přehled - dochází k duplicitnímu vykazování výkonů. Vykonává se stále více péče než je možné ufinancovat. Nemocnice stále žije na dluh.

b) má omezené pravomoce dané ze zákona

Zřizovatel má zájem na

[13] Překlad knihy „Economics of the public sector", kap.11, s. 280

a) 100% fungování,

b)nízkých výdajích resp. nákladech z jeho strany.

Pojišťovna chce:

a) udržet pojištěnce,

b) ušetřit finanční prostředky.

Nemocnice chce:

a)chce dostát svým závazkům

b)poskytovat péči za podmínky zachování vyrovnaného hospodaření

Pacient chce za své peníze kvalitní léčbu.

Nedohoda z minulých let se začíná projevovat nyní a celým svým rozsahem se prokáže v následujícím období v případě, že se současný stav nezačne řešit.

Nejasné financování, jeden z pěti bodů principů manažerské práce, a z toho plynoucí nemožnost plánování zavádějí nemocniční zařízení do choulostivé situace boje o přežití v tom smyslu, že nemocnice nemají jasno, kolik peněz dostanou za zdravotní péči a kdy tyto prostředky budou moci použít. Jak jsem se dozvěděl, tento poslední bod závisí na individuální domluvě pojišťovny s vedením nemocnic resp. vedení nemocnice s pojišťovnami. Z nedostatečného nebo spíše žádného plánování resp. možnosti plánování plynou další anomálie jako např. nesmyslnost a nemožnost tvorby rezerv. Nemožnost proto, že peníze získané od pojišťovny za výkony pokryjí výdaje pouze na provoz a to ještě ne v celém rozsahu. Toto je důsledek snahy ministerstva, potažmo pojišťoven dozvědět se, kolik výkonů a za kolik bodů vyprodukovala nemocnická zařízení a na základě toho stanoví hodnotu bodu resp. výši platby za bod.

Peníze získané od pojišťovny nemohly pokrývat investiční celky z důvodů kalkulace původního „bodníku" z roku 1992. Ten vycházel z toho, že prostředky získané za jednotlivé body tečou právě jen na provoz. To odporuje teoriím o vícezdrojovém financování. Kromě majoritní platby od pojišťoven se jako jiné zdroje uvažovaly doplňující prostředky poskytovány sponzory, obcemi popř. státem.

Další problémem je absence standardů a jejich kontroly, bez nichž si investiční politiku nelze představit. Např. nákup dražších medicínských investic a plánování vzniku

zdravotnických zařízení nebo i oddělení by se mělo řídit dle jakýchsi zásad v koncenzu s nadregionální nebo alespoň regionální politikou. Avšak zřizování se dělo a děje živelně jen proto, že to které zařízení vydělávalo nebo jeho zřízení bylo politicky prioritní viz. výše a ne na základě skutečných potřeb lidí. Nejenom, že bylo a je možné, v současné době, pořídit taková zařízení jako jsou např. gama lampy, počítačové tomografy, RMI, mammografy aj. bez významné koordinace, jejichž využití v tom kterém místě zdaleka není 100% -ní, ale se stejnou krátkozrakostí a spontánností se stavěly a stavějí i celé nemocnice. Existence znalosti přirozeného spádu a migračního programu ve zdravotnictví zabraňuje budovat ve vyspělých zemích nemocniční zařízení mimo tyto oblasti. Ukázkovým příkladem je Francie. Existuje zde bezvadné plánování komisemi. Musejí být známy objektivní důvody k postavení jakéhokoliv zdravotnického zařízení. Potřeba a nutnost znalosti budoucího financování tohoto objektu je přirozená. Dalším příkladem kde se zdá být možné ušetřit jsou a mohu uvést předepisování některých vyšetřovacích metod neodbornými lékaři. Je nutné vydání směnic, na základě kterých určitá speciální vyšetření mohou předepisovat pouze odborníci znalí dané problematiky, jako jsou např. primáři, druhoatestovaní lékaři a pod.

Kontrola v minulosti zajišťovaná odborníky OÚNZ a KÚNZ nyní komorou a asociacemi je na prakticky nulové úrovni, protože se zabývají především finančními záležitostmi.

Další důvod a podle mě prapůvod disbalance ve zdravotnictví je to, že toto je navázáno velmi těsně na průmysl. Lobování funguje u nás stejně jako všude ve světě velmi dobře a jednotlivé firmy (především farmaceutické, pokud hovoříme o zdravotnictví) na úkor odborných záležitostí prosazují medicínsky těžko pochopitelná rozhodnutí. Jak se asi zachová některá farmaceutická firma při změně „bodníku" vyškrtnutím třeba nějaké biochemické metody, při které se užívá preparát té které firmy?

Podle mého by se k uzdravení zdravotnictví nemělo využívat megalomanských projektů tzv. všeléků, které mají spasit vše a každého, ale systematicky indikovat léčbu a jednotlivé medikamenty. Právě zdánlivé maličkosti jako jsou výše zmíněné nutnost doporučení odborných lékařů při stanovení finančně náročných lékařských zákroků, systém v pořizování medicínského vybavení aj. by mohly snížit o několik procent výdaje ze státního rozpočtu do zdravotnictví, což by v reálných cenách bylo nezanedbatelné a jistě zajímavé číslo, pokud budeme vycházet z rozpočtu zdravotnictví, který činí 106 mld. Kč.

Stále se zvyšující ztráta MN začíná být varovným signálem do budoucna, zvláště proto, že se všeobecně počítá se zapojením vícezdrojového financování do praxe. To by znamenalo nižší výnosy městských nemocnic od ZP. MN by z poklesu výnosů z nynějších 90% na nižší hranici nemohla hradit nynějších 85% nákladů. Tím se bude ztráta MN zvyšovat a komplikovat již tak tíživá finanční situace města, které má ze zákona povinnost ztrátu hradit. Zde se pak naskýtá otázka zda-li a do jaké doby je nemocnice ufinancovatelná. Znovu podotýkám, že toto není problém jen mnou popisované nemocnice, ale většiny nemocničních zařízení.

Doba není vhodná ke spekulativním změnám. S blížícími se volbami jsme svědky různých názorů a návrhů na řešení problémů ve všech oblastech našeho života. Myslím, že zdravotnictví i nadále zůstane v tomto směru dominantním resortem. V nedávné minulosti v něm došlo k řadě nesmyslných a zbytečných rozhodnutí. Jejich výsledkem bylo mnohdy jenom zkomplikování a podražení systému. Byla vyplýtvána spousta peněz. Doufám, že se již peníze vyhazovat nebudou. Všechno nasvědčuje tomu, že nám již žádné nezbyly.

Seznam literatury:

1) NOVÁKOVÁ, J., Ekonom 26, 1993, s. 24

2) TYPOLT, O., Ekonom 53, 1993, s. 26

3) STRÁSKÝ, J., Ekonom 7, 1996, s. 19

4) Studijní materiál VŠE v Praze pro kurz „Ekonomika zdravotnictví" od MZ

5) Internetová stránka - http://www.uzis.cz/

6) ČERVENKOVÁ, A., Ekonom 44, 1992, s. 26

7) TYPOLT, O., Ekonom 27, 1994, s. 22

8) /ga/, Ekonom 10, 1997, s. 9

9) TYKVOVÁ, T., Ekonom 15, 1997, s. 30

10) VOSTATEK, J., Ekonom 22, 1997, s. 65

11) SRNOVÁ, K., Ekonom 22, 1993, s. 27

12) KAŇA, M., Ekonom 27, 1997, s. 3

13) POLÍVKA, M. - ŽAHOUR, J., Ekonom 31, 1997, s. 23

14) NĚMEC, J., Zdravotnické noviny 47, 1996, s. 6

15) KOPŘIVOVÁ, J.: Nemocenské pojištění v období přechodu k tržní ekonomice v ČSFR. [Kandidátská disertace]. Praha 1991. - VŠE.

16) KOPŘIVOVÁ, J., Ekonom 22, 1992, s. 26

17) HNILICOVÁ, H. - JANEČKOVÁ, H., Ekonom 50, 1995, s. 21

18) FIALA, P., Ekonom 6, 1996, s. 20

19) ŠTAMBERA, D. - OPATŘIL, R., Ekonom 8, 1996, s. 18

20) NOVÁK, J., Ekonom 9, 1996, s. 19

21) ČERMÁK, L., Ekonom 21, 1996, s. 25

22) ČERMÁK, L., Ekonom 22, 1996, s. 22

23) REINERS, H.: Das Gesundheits-Reformgesetz - Ende der „Kostenexplosion" im Gesundheitswesen? In: Arbeit und Sozialpolitik 1, 1991.

24) POLÍVKA, M. - ŽAHOUR, J., Ekonom 2, 1997, s. 22

25) HOLMAN, R., Ekonom 9, 1997, s. 19

26) POLÍVKA, M. - ŽAHOUR, J., Ekonom 10, 1997, s. 13

27) BOŠKOVÁ, V., Zdravotnické noviny 44, 1996, s. 4

28) POLÍVKA, M. - ŽAHOUR, J., Ekonom 10, 1997, s. 11

29) Internetová stránka - http://david.nadace. fdnbr.cz/

30) Švýcarský zákon o zdravotním pojištění

31) BOŠKOVÁ, V. - SEGMUELLEROVÁ, E., Zdravotnické noviny 44, 1996, s. 16

32) Numerické údaje čerpány z interních zdrojů MN

33) Překlad knihy Economics of the public sector, kap. 11, s. 280

34) ŠÍP, E. - FUERSTOVÁ, J., Ekonom 19, 1992, s. 24

35) KRUŽÍK, L., Ekonom 22, 1992, s. 26

36) KLÁNOVÁ, E., Ekonom 40, 1992, s. 38

37) ČERVENKOVÁ, A., Ekonom 41, 1992, s. 25

38) KLÁNOVÁ, E., Ekonom 42, 1992, s. 45

39) FUERSTOVÁ, J., Ekonom 51, 1992, s. 27

40) HNILICOVÁ, H., Ekonom 45, 1993, s. 28

41) LUKAVSKÁ, L., Ekonom 10, 1994, s. 21

42) PASTERNAK, P. - FONTÁNOVÁ, Z., Ekonom 12, 1994, s. 22

43) /chl/, Ekonom 43, 1996, s. 27

44) KRČKOVÁ, B., Ekonom 9, 1997, s. 43

45) KLVAČOVÁ, E., Ekonom 15, 1997, s. 3

46) VOSTATEK, J., Ekonom 20, 1997, s. 65

47) VOSTATEK, J., Ekonom 23, 1997, s. 71

48) KAZDOVÁ, A., Ekonom 24, 1997, s. 47

49) POLÍVKA, M., Ekonom 33, 1997, s. 22

50) Věstník MZČR, 1995 - 1996

Legislativa:

Zákon č.20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu

Vyhláška č.61/1990 Sb., o hospodaření s léky a zdravotnickými potřebami

Zákon č.550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

Nařízení vlády č.216/1992 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

Vyhláška č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky

Vyhláška č. 427/1992 Sb., o hospodaření s léky a zdravotnickými potřebami

Vyhláška č. 467/1992 Sb., o zdravotní péči poskytované za úhradu

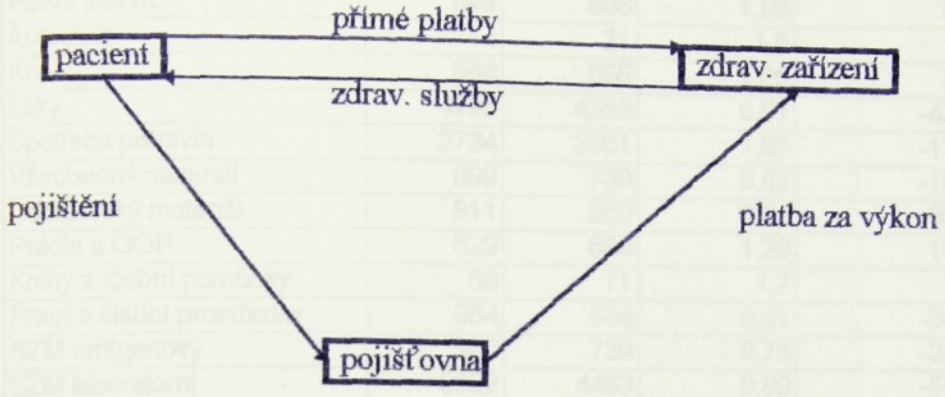
Nález Ústavního soudu ČR jménem ČR č. 206/1996 Sb.

Seznam příloh:

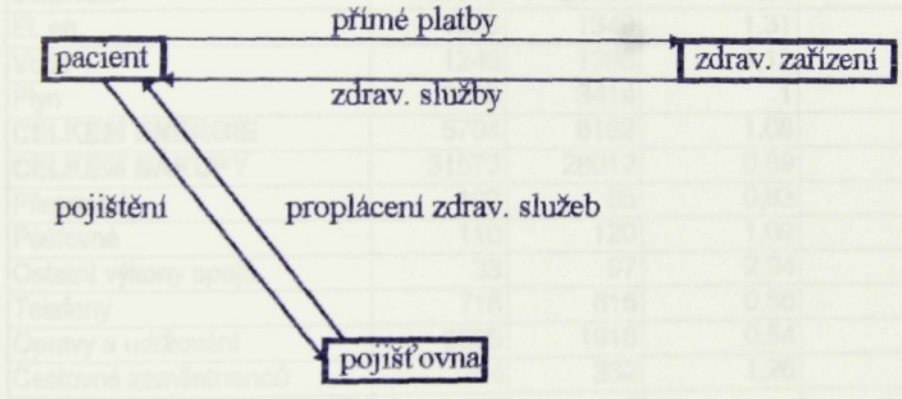
	počet listů	č.listu
Příloha č.1	1	1
Příloha č.2	2	2,3
Příloha č.3	2	4,5
Příloha č.4	1	6
Příloha č.5	1	7
Příloha č.6	1	8

Příloha č. 1

a)



b)



Příloha č.2

Náklady MN 1996, 1997 v tis. Kč

NÁZEV ÚČTU	1996	1997	INDEX 97/96	ROZDÍL 97-96
Paliva autom.	848	898	1,06	50
Autooleje	14	21	1,5	7
Krev	568	596	1,05	28
Léky	4795	4359	0,91	-436
Spotřeba potravin	3734	3561	1,95	-173
Všeobecný materiál	899	739	0,82	-160
Údržbářský materiál	911	560	0,61	-351
Prádlo a OOP	529	684	1,29	155
Knihy aučební pomůcky	59	71	1,2	12
Prací a čistící prostředky	954	586	0,61	-368
SZM rentgenový	980	739	0,75	-241
SZM laboratorní	5022	4463	0,89	-559
materiál - DKP	1821	425	0,23	-1396
SZM obvazový	961	933	0,97	-28
Všeobecný materiál	85	0	0	-85
SZM ostatní	3485	3156	0,91	-329
SZM nástroje	203	60	0,3	-143
CELKEM	25869	21850	0,84	-4019
El. en.	1033	1349	1,31	316
Voda	1248	1398	1,12	150
Plyn	3423	3414	1	-9
CELKEM ENERGIE	5704	6162	1,08	458
CELKEM NÁKUPY	31573	28012	0,89	-3561
Přepravné	103	85	0,83	-18
Poštovné	110	120	1,09	10
Ostatní výkony spojů	33	97	2,94	64
Telefony	718	616	0,86	-102
Opravy a udržování	3525	1916	0,54	-1609
Cestovné zaměstnanců	264	332	1,26	68
Stavba a ubyt. při exkurz.	0	1		1
Náklady na reprezentaci	22	15	0,68	-7
Ostatní služby	0	0		0
Nájemné	93	169	1,82	76
Leasing	1034	745	0,72	-289
Školení	29	71	2,45	42
Softwer	42	24	0,57	-18
Průzkumová projekce-inzerce	60	32	0,53	-28
Ostatní nevýrobní služby	1507	3279	2,18	1772
CELKEM	7542	7500	0,99	-42
Osobní náklady	161	259	1,61	98
Mzdové náklady	-112	-187	1,67	-75
On základní mzda	19090	20606	1,08	1516
On pohotovost	1843	2195	1,19	352
On odměny	1165	1462	1,25	297
On příplatky	9886	9090	0,92	-796
On náhrady	3102	3683	1,19	581
Sociální pojištění	9153	9666	1,06	513
Zdravotní pojištění	3080	3258	1,06	178
Zákonné soc. náklady	702	910	1,3	208
CELKEM	48069	50941	1,06	2872

Daň silniční	21	14	0,67	-7
Daň z nemovitostí	3	3	1	0
CELKEM	24	16	0,67	-8
Smluvní pokuty a penále	6	10	1,67	4
Ostatní pokuty a penále	1	0	0	-1
Odpis nedobytné pohl.	40	0	0	-40
Kursovní ztráty	79	0	0	-79
Manka a škody	2	2	1	0
Jiné ostatní náklady	0	-3		-3
Ostatní finanční náklady	140	22	0,16	-118
Pojistné	313	359	1,15	46
Mimoř. nákl.	20	0	0	-20
Poplatky u banky	16	15	0,94	-1
Ostatní výplaty FO	249	369	1,48	120
CELKEM	866	773	0,89	-93
Odpisy A a HIM	5605	8742	1,56	3137
Odpisy DHM, DKP	1112	0	0	-1112
Zůstatková cena prodaného	0	55		55
Prodaný materiál	82	1465	17,87	1383
CELKEM	6798	10261	1,51	3463
CELKEM NÁKLADY	94873	97504	1,03	2631

Příloha č.3

Výnosy MN 1996, 1997 v tis. Kč

Tržba za výkony ZP	386	0	0	-386
Tržba za výkony VZP	69992	73350	1,05	3358
Vojenská ZP	1669	1354	0,81	-315
Hornická ZP	170	0	0	-170
Železniční ZP	2000	253	0,13	-1714
Garant ZP	704	-13	-0,02	-717
Moravská ZP	8	0	0	-8
Hutnická ZP	14	3	0,21	-11
Oborová ZP zaměstnanců	861	948	1,1	87
Škoda ZP	1879	2088	1,11	209
Strava zaměstnanců a cizích s.	791	1883	2,38	1092
ZP ministerstva vnitra	2008	2129	1,06	121
Stavební ZP	589	664	1,13	75
ZP	5	1	0,2	-4
Regionální ZP	26	2	0,08	-24
SalvusZP	30	-13	-0,43	-43
ZP Metal Kladno	80	37	0,46	-43
ZP Crystal	775	766	0,99	-9
Ubytování, nájemné	1422	3252	2,29	1830
ZP Mendelova	77	26	0,34	-51
ZP Česká národní	646	1037	1,61	391
Lékařské výkony	116	105	0,91	-11
Interrupce	257	187	0,77	-60
DANA	0	4		4
Rozbor vody, gravitest	0	1		1
Nestandardní péče	169	140	0,83	-29
Léčení cizinců	745	340	0,46	-405
Výnosy patologie	82	105	1,28	23
Ostatní výnosy	44	268	6,09	224
Výnosy pojišť. za posudky	0	1		1
Telefony	24	30	1,25	6
MZČR	1	46	46	45
OVS-výkony zdrav. pojišťovny	3	-2	-0,67	-5
ZP OU ref. Zdrav. Semily	3	6	2	3
Jiné výnosy-doprava, mytí aut,p.	94	0	-386	
Ekonomický servis	3443	568	0,16	-2875
Telefony zaměstnanců	0	13		13
Tržby za prodané zboží	0	3		3
CELKEM	89161	89753	1,01	592

Úroky	138	81	0,59	-57
Kurzové zisky	0	0		0
Jiné ostatní výnosy	15	25	1,67	10
Přijaté náhrady pojišťoven	23	10	0,43	-13
CELKEM	176	116	0,66	-60
Tržby z prodeje A a HIM	15	91	6,07	76
Tržby z prodeje materiálu	138	537	3,89	399
Ustalovač, filmy RTG	24	12	0,5	-12
Sběr papíru	10	8	0,8	-2
Zúčt. zák. rezerv	416	0	0	-416
CELKEM	604	647	1,07	43
CELKEM VÝNOSY	89941	90516	1,01	575
CELKEM NÁKLADY	94873	97504	1,03	2631
HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK	-4931	-6987	1,42	-2056
Oběžná aktiva	**21404**	**21767**	**1,02**	**363**
Z toho pohledávky	**18162**	**15908**	**0,88**	**-2254**
Krátkodobé závazky	**11028**	**10863**	**0,99**	**-165**

Příloha č.4

Náklady a výnosy MN 1996, 1997, rámcový plán 1998 v tis. Kč

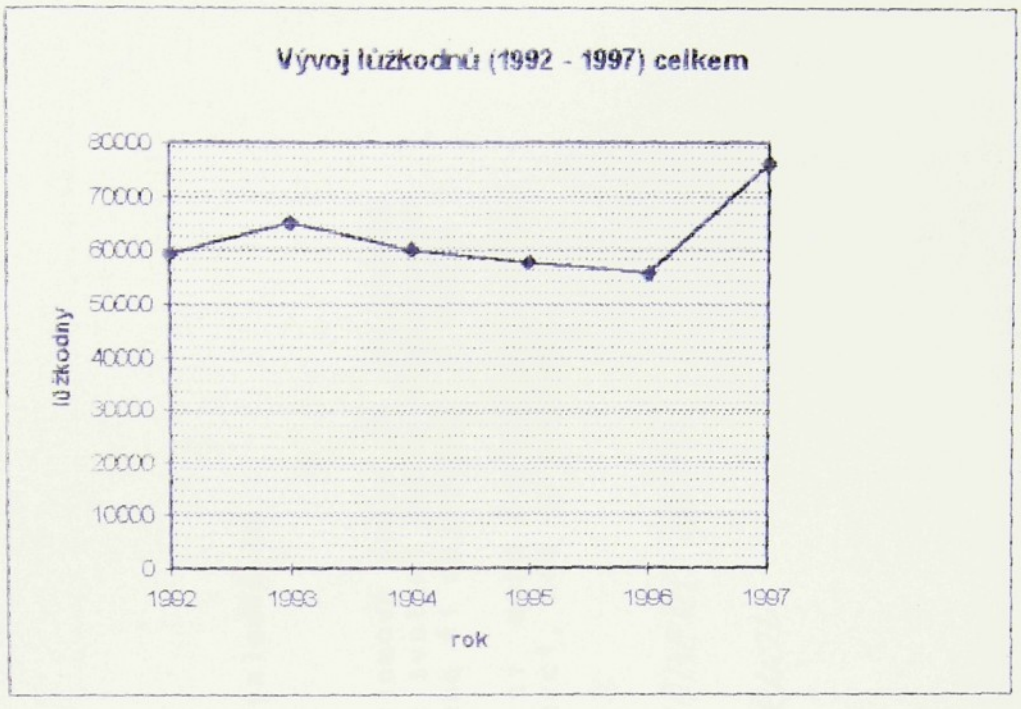
NÁZEV ÚČTU	1996	1997	Plán 1998	INDEX 98/97
Nákup přímého materiálu	25869	21850	23000	1,05
Energie	5704	6162	7050	1,14
Opravy, nevýrobní služby	7542	8965	10000	1,12
Mzdové náklady, odvody	48069	50941	53500	1,05
Pojistné, ost. fin. nákl., civilní sl.	890	789	800	1,01
Odpisy	6798	8796	9000	1,02
CELKEM NÁKLADY	**94875**	**97503**	**103350**	**1,06**
Výnosy od ZP	81919	82632	86000	1,04
Ostatní výnosy, pronájmy, strava	8023	7884	9000	1,14
CELKEM VÝNOSY	**89942**	**90516**	**95000**	**1,05**
CELKEM NÁKLADY	**94873**	**97504**	**103350**	**1,06**
HOSPODÁŘSKÝ VÝSLEDEK	**-4931**	**-6987**	**-8350**	**1,2**

Příloha č.5

Seznam zařazených přístrojů investičního charakteru v MN - 1993

NÁZEV	CENA V Kč
Kolposkop	10958
Stůl gynekologický	8050
Mikroskop Labophot Nikon	262873
Infuzní dávkovač IT 1010	44200
Infuzní pumpa	11685
Chiratom	49800
Inkubátor 8000	295309
Pulsní oximetr	115423
Instrumentárium k laparoskopu	115010
Pojízdný RTG	150000
Injekční dávkovač	12251
Televizor ELEKTRA	12900
Počítač PC 386	70987
Stůl pracovní s umělou deskou	37515
Stůl pracovní s umělou deskou	41205
Stůl pracovní nerez deska	35916
Stůl pracovní nerez deska	35916
Paging	11659
Bublinové lehátko	12521
Tiskárna EPSON FX 870	17493
Počítač, monitor	33250
Sterilizátor	73800
Infusní dávkovač	10458
Infusní dávkovač	10458
Počítač 386 SX monitor	28136
INFANTA vyhřívací lůžko	84000
Plamený Photometr FLM 3	406602
Mikroskop H 500	82434
Počítač AT 286	40691
CELKEM	2121527

Příloha č.6


Vývoj lůžkodnů (1992 - 1997) celkem
80000
70000
60000
50000
40000
30000
20000
10000
0
lůžkodny
1992
1993
1994
1995
1996
1997
rok