

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Diplomová práce

Analýza nákladů a výnosů Thomayerovy nemocnice

The Analysis of Costs and Revenues in Thomayer Hospital

Bc. Petra Filandrová

Plzeň 2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Petra FILANDROVÁ**
Osobní číslo: **K11N0047P**
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**
Název tématu: **Analýza nákladů a výnosů Thomayerovy nemocnice**
Zadávací katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

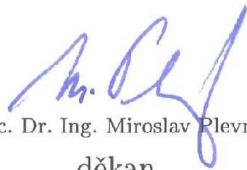
1. Charakterizujte specifika ekonomiky zdravotnictví.
2. Uveďte obecnou charakteristiku příspěvkové organizace.
3. Analyzujte náklady a výnosy vybraných klinik Thomayerovy nemocnice v letech 2009-2011.
4. Zhodnoťte sledovaný vývoj nákladů a výnosů v letech 2009-2011 a navrhněte možná zlepšení stávající situace na vybraných klinikách.
5. Shrňte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací: **neuveden**
Rozsah pracovní zprávy: **60 - 80 stran**
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**
Seznam odborné literatury:


- **BARTÁK, Miroslav.** *Ekonomika zdraví.* Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8
- **DOLANSKÝ, Hynek.** *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb.* Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-482-9
- **ŠATERA, Karel.** *Zdravotní pojištění a ekonomika.* Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. ISBN 978-80-7454-135-3

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Pavlína Hejduková, Ph.D.**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání diplomové práce: **30. října 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **26. dubna 2013**


Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan




Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 30. října 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma:

„Analýza nákladů a výnosů Thomayerovy nemocnice“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

V Plzni dne

.....

podpis autora

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé diplomové práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. za pomoc při zpracování této diplomové práce, za její odborné rady, připomínky a čas, který mi věnovala při konzultacích.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| Úvod | 7 |
| Metodika a postup práce..... | 8 |
| 1 Specifika ekonomiky zdravotnictví | 9 |
| 1.1 Základní pojmy ve zdravotnictví | 9 |
| 1.2 Modely financování zdravotní péče..... | 12 |
| 1.3 Financování zdravotnictví v ČR | 14 |
| 1.3.1 Výdaje na zdravotnictví | 16 |
| 1.3.2 Úhradové mechanismy..... | 18 |
| 1.4 Zdravotnická zařízení v ČR a jejich ekonomika..... | 20 |
| 1.4.1 Náklady | 22 |
| 1.4.2 Výnosy | 25 |
| 1.4.3 Hospodářský výsledek | 25 |
| 2 Charakteristika příspěvkové organizace | 27 |
| 2.1 Příspěvkové organizace a jejich postavení v odvětví zdravotnictví | 27 |
| 2.2 Hospodaření příspěvkových organizací státu | 28 |
| 3 Thomayerova nemocnice..... | 31 |
| 3.1 Základní údaje o Thomayerově nemocnici..... | 31 |
| 3.2 Výběr oddělení TN pro následnou analýzu..... | 33 |
| 3.3 Charakteristika Oddělení ušní, nosní, krční | 35 |
| 3.4 Charakteristika Očního oddělení..... | 36 |
| 4 Analýza nákladů a výnosů Thomayerovy nemocnice..... | 37 |
| 4.1 Analýza metodiky a celkových nákladů a výnosů na úrovni celé nemocnice | 37 |
| 4.2 Analýza nákladů a výnosů ORL a Očního oddělení | 41 |

| | |
|---|-----------|
| 4.2.1 Spotřeba materiálu | 43 |
| 4.2.2 Léky..... | 45 |
| 4.2.3 Služby..... | 49 |
| 4.2.4 Osobní náklady..... | 51 |
| 4.2.5 Odpisy | 54 |
| 4.2.6 Tržby za zdravotní péči od pojišťoven..... | 55 |
| 4.2.7 Tržby mimo pojišťovny | 59 |
| 4.2.8 Vnitropodnikové náklady a výnosy | 61 |
| 5 Zhodnocení vývoje nákladů a výnosů, shrnutí a návrh opatření | 63 |
| 6 Závěr | 68 |
| Seznam tabulek | 70 |
| Seznam obrázků | 72 |
| Seznam zkratek | 73 |
| Použitá literatura | 74 |
| Seznam příloh..... | 79 |

Úvod

Zdravotnictví je často diskutovaným tématem v mnoha zemích světa a dotýká se každého jedince. Zdravotní péče i samotné zdravotnictví se vyznačuje řadou specifík jako je silný vliv etiky, či skutečnost, že prostředky plynoucí do zdravotnictví nejsou v přímé úměře k výsledkům, které jsou někdy nejednoznačné, nebo negativní. V mnoha případech jsou náklady na poskytnutou zdravotní péči vysoké, avšak bez výrazného vlivu na zdraví jedince. Přesto je důležité poskytovat takovou péči, neboť je v zájmu zdraví či života pacienta. Tato skutečnost je důvodem k nahlížení na zdravotnictví i jako na hospodářský systém. [9]

Zdravotnictví v České republice je druhou největší oblastí veřejného sektoru, na kterou se od roku 2008 vynakládá více než 250 mld. Kč ročně. [4] Ekonomická krize se však nevyhnula ani této oblasti. Výdaje na zdravotnictví začaly v roce 2010 klesat v důsledku poklesu výdajů plynoucích z veřejných rozpočtů. [43] Mluví se o špatné finanční situaci zdravotních pojišťoven, rozpočtových škrtech a řadě úsporných opatření. Je tedy nutné zabývat se otázkou hospodaření jednotlivých zdravotnických zařízení.

Cílem práce je analýza nákladů a výnosů vybraných klinik konkrétního zdravotnického zařízení – Thomayerovy nemocnice v období od roku 2009 do roku 2011. Pro analýzu jednotlivých nákladových a výnosových položek jsou zvolena dvě oddělení, ORL a Oční oddělení. Smyslem této analýzy je charakterizovat nejvýznamnější položky nákladů a výnosů a dále odhalit faktory, které měly vliv na hospodaření těchto oddělení, tak aby mohla být případně navržena vhodná opatření, která by vedla ke zlepšení stávající situace.

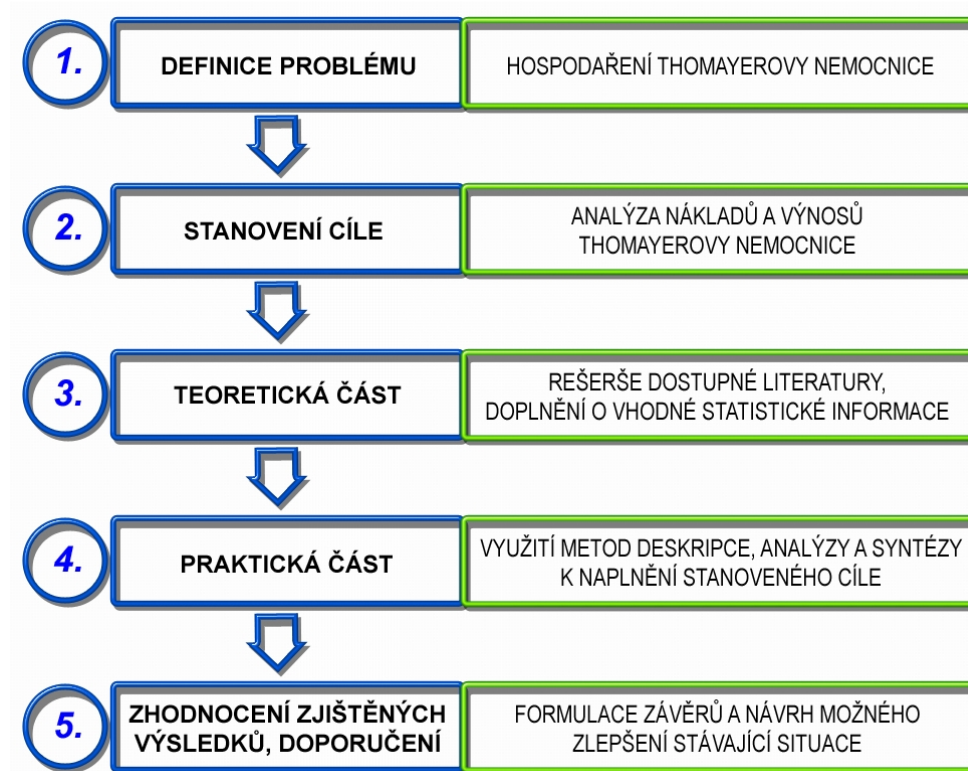
V návaznosti na stanovený cíl a v reakci na medializovanou diskusi ohledně rušení lůžek ve zdravotnických zařízeních, by práce měla potvrdit či vyvrátit tvrzení, že lze v Thomayerově nemocnici zredukovat počet lůžek na sledovaných odděleních, při zachování stávajícího rozsahu a kvality služeb.

Metodika a postup práce

Metodický postup práce vychází z hlavního cíle této diplomové práce. Východiskem je vypracování teoretické části, která se zabývá identifikováním základních pojmů, stručným objasněním problematiky financování zdravotnictví v České republice a ekonomikou zdravotnických zařízení. Teoretické poznatky čerpané z domácí i zahraniční literatury, byly zpracovány pomocí metody deskripce a zároveň doplněny vhodnými statistickými daty.

Na teoretickou část navazuje praktická část, která je zaměřena na práci se získanými informacemi týkajícími se Thomayerovy nemocnice. Pro tuto část práce byla použita nejprve metoda deskripce pro charakterizování jednotlivých položek nákladů a výnosů a následně metoda analytická. Ke shrnutí poznatků byla v závěru práce aplikována metoda syntetická.

Obr. č. 1: Postup práce



Zdroj: vlastní, 2013

1 Specifika ekonomiky zdravotnictví

1.1 Základní pojmy ve zdravotnictví

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ [26] Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) definováno jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady. Podle J. Durdisové je zdraví specifickou hodnotou, která nemá hmotnou podstatu, nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmět koupě a prodeje. [4, str. 8]

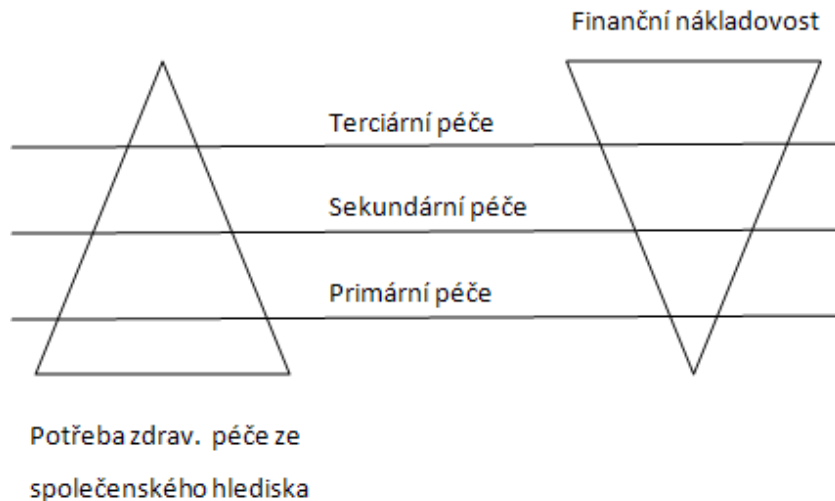
V literatuře se lze setkat se dvěma pohledy na zdraví, které lze označit jako protikladné. První pohled vychází z přesvědčení, že zdraví je soukromý statek a péče o něj je záležitostí každého jedince. Toto tvrzení je odůvodňováno skutečností, že bolest a nemohoucnost je individuální záležitostí, kterou není možné přenést na dalšího jedince, organizaci nebo stát a zároveň, že zdraví má každý člověk jen jedno. Naopak druhý pohled je založen na názoru, že péče o zdraví je spíše záležitostí veřejného sektoru, neboť má mimo osobní také sociální složku. [1]

Péče o zdraví zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví společnosti, zatímco zdravotní péče se zaměřuje na prevenci a léčení chorob, které jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem. „Zdravotní péče se člení na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiální spotřebou.“ [4, str. 22] Zdravotní péči lze dělit dle různých kritérií, např. z hlediska ekonomické nákladovosti na základní a specializovanou zdravotní péči. Podle typu zařízení a specializace rozlišujeme primární, specializovanou sekundární a superspecializovanou terciární zdravotní péči. [4, str. 22]

Primární (všeobecná) zdravotní péče je považována za základní a zahrnuje péči praktických lékařů pro dospělé, dále praktických lékařů pro děti a dorost, základní gynekologickou a základní stomatologickou péči. U většiny případů je místem, odkud v případě potřeby vstupují pacienti do specializované a superspecializované péče. Sekundární zdravotní péči rozumíme standardní specializované ambulantní a lůžkové služby poskytované odbornými pracovníky v nemocnicích, poliklinikách, léčebnách

a jiných zařízeních. Terciární zdravotní péče je tvořena vysoce specializovanými a technologicky náročnými diagnosticko – léčebnými službami vykonávanými odborníky ve velkých nemocnicích. [4, str. 23]

Obr. č. 2: Potřeba zdrav. péče ze společ. hlediska ve vztahu k finanční nákladovosti



Zdroj: vlastní zpracování dle [4], 2013

Z předchozího obrázku je patrné, že největší část obyvatelstva využívá služeb primární péče a naopak nejméně občanů využívá terciární péči, přičemž náklady jsou rozloženy v opačném pořadí. Důvodem je skutečnost, že superspecializovaná terciární péče (např. transplantace orgánů) je velmi nákladná. [4, str. 24]

Ekonomika zdravotnické péče vychází z obecné teorie tržního mechanismu, to znamená, že má na zdravotnickou péči a služby na jedné straně vliv poptávka po zdravotnické péči podmíněná její potřebou a na druhé straně nabídka založená na určité síti zdravotnických zařízení a jejich struktuře. Jelikož může být poptávka po zdravotnické péči i její nabídka silně ovlivněná působením státu a jeho zdravotní politikou, nejedná se o volné působení tržního mechanismu. [5, str. 110] Potřeba státních zásahů na trhu zdravotní péče vyplývá z existence tržních selhání v této oblasti, mezi něž se řadí:

- nedokonalá konkurence na trhu zdravotnických služeb,
- informační převaha poskytovatele zdravotní péče nad pacientem,

- faktor nejistoty na trhu zdravotnických služeb,
- zdravotnické služby jsou smíšené kolektivní statky,
- externality vyplývající ze spotřeby zdravotnických služeb,
- některé zdravotnické služby jsou tzv. statky pod ochranou. [4, str. 86]

Zdravotnictví je podsystémem celkové péče o zdraví a může být definováno jako „vzájemně provázaná soustava prvků, vazeb, zdrojů a výstupů, založená na principu a s cílem ochrany a zabezpečení zdraví.“ [5, str. 105] Zdravotnictví zahrnuje orgány a instituce (např. ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny apod.), organizace a společnosti (např. Lékařská komora), zdravotnická zařízení, pracovníky ve zdravotnictví, služby (např. léčebně preventivní péče) a další činnosti. [3]

Mezi specifické znaky systému péče o zdraví a zdravotnictví se řadí:

- Silný vliv etiky na zdravotnictví. Etický kodex České lékařské komory uvádí, že povinností lékaře je „péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.“ [17]
- Dalším specifikem je skutečnost, že pracovníci ve zdravotnictví mají vysokou zodpovědnost, jejich chybné rozhodnutí může vést k trvalým následkům, či dokonce smrti pacienta. Zdravotnictví tedy vyžaduje celoživotní vzdělávání většiny pracovníků. [5, str. 105]
- Zvláštním rysem zdravotnictví je rovněž dlouhé období mezi výsledkem vědy a výzkumu a možností použití přípravku k léčbě, např. z důvodu dlouhodobého testování a zkoumání vedlejších účinků. [5, str. 105]
- Na proces transformace vstupních zdrojů má vliv jejich dostupnost, kvalita, úroveň vědy a výzkumu a množství prostředků vkládaných do systému péče o zdraví. „Produktem“ je v tomto pojetí chápán každý jedinec, požadovaným výstupem celého systému je zdraví současné i budoucí generace. [9]
- Problematika zdravotnictví a péče o zdraví je sledovaným tématem ovlivňujícím postoje obyvatelstva. [9]

- Prostředky plynoucí do zdravotnictví nejsou v přímé úměře k výsledkům, které jsou někdy nejednoznačné, nebo negativní. V mnoha případech je prevence i řada lékařských zákroků spojena s vysokými náklady, avšak efekt může být malý. Přesto je důležité vykonávat i takovéto zákroky v zájmu zdraví či života pacienta. Tato skutečnost je důvodem k nahlížení na zdravotnictví i jako na hospodářský systém. [9]

1.2 Modely financování zdravotní péče

Pro vlastní zajištění a fungování zdravotnického systému existuje několik modelů, jejichž základním kritériem je převažující zdroj financování. [2] Podle tohoto kritéria jsou rozlišovány následující modely financování.

- Tržní model zdravotnictví

Tržní model zdravotnictví je založený na principu volného trhu. Zdravotní péče není garantována státem, je záležitostí jedince a je chápána jako zboží s určitou tržní cenou. Stát nekontroluje ceny zdravotnických služeb, existuje volná konkurence poskytovatelů, pojišťoven i plátců. Zdravotní pojištění je dobrovolné a jedinec si může zvolit libovolnou zdravotní pojišťovnu, stejně jako si může vybrat zdravotnické zařízení a ošetřujícího lékaře. Představitelem tohoto modelu zdravotnického systému jsou Spojené státy americké. [4] Zdravotní péče je hrazena z různých zdrojů, od přímých plateb přes úhrady prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven, až po úhrady z místních, státních a federálních zdrojů. [2]

Tento model je typický „výraznou nerovností ve zdravotní péči, je drahý, má nedostatečné kontrolní mechanismy, omezenou dostupnost, vysoké administrativní finanční zatížení (až 20% z celkového objemu výdajů) a neřeší úhrady za dlouhodobou domácí péči a chronicky nemocné.“ [2] Problém přístupu ke zdravotní péči sociálně slabších skupin obyvatelstva je řešen pomocí zdravotních programů. V roce 1965 byly schváleny programy Medicare a Medicaid, přičemž program Medicare byl určen pro osoby starší 65-ti let, kteří nebyli pojištěni. Program Medicaid se zaměřoval na financování preventivní, akutní i dlouhodobé péče příjmově slabších osob všech věkových skupin. [4, str. 156] Přednostmi tohoto modelu je naopak dle Dolanského [2] bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb, podpora rozvoje nových medicínských technologií a soutěživost mezi poskytovateli zdravotní péče.

- Model na Beveridgeovských principech

Beveridgeův model bývá označován jako jeden z nejvíce „demokratizovaných a socializovaných systémů, které se vyvinuly v kapitalistické zemi a udržely do dnešní doby.“ [4, str. 162] Tento model, označovaný jako Národní zdravotní služba, se začal uplatňovat od roku 1948 ve Velké Británii a uvádí se, že na jeho principech stavělo i zdravotnictví uplatňované později v Československu. Charakteristickými znaky systému je bezplatná zdravotní péče garantována státem, zdrojem jejího financování jsou daně. Míra finanční spoluúčasti je nízká či žádná a přístup k praktickým lékařům neomezený. [4, str. 163] Zvláštní postavení v tomto zdravotnickém systému má praktický lékař, pro vyšetření pacientů u specialisty je nutné mít jeho doporučení. V opačném případě musí pacient provést úhradu přímou platbou nebo ze svého zdravotního pojištění. [2]

- Model na Bismarckovských principech

Tento model je založen na všeobecném zdravotním pojištění, které je povinné ze zákona. „Systém založený na všeobecném zdravotním pojištění se pokouší skloubit výhody tržního a státního zdravotnictví tím, že vytváří dostatečně velký prostor pro trh, privatizaci, svobodnou volbu lékaře, konkurenci, decentralizaci a současně má jasně definovanou úlohu státu a veřejných institucí, které dbají ze zákona na to, aby zdravotní péče byla dostupná a vyhovovala indikátorům zdravotního systému.“ [4, str. 170] V současné době je používán v řadě zemí západní Evropy a rovněž v České republice.

Mezi přednosti tohoto modelu se řadí široká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, dostatečná nabídka zdravotnických služeb a podpora primární zdravotní péče. Naopak nedostatky spočívají ve spotřebě části prostředků na činnost zdravotních pojišťoven a možnosti, že se dostanou do finančních potíží, které se řeší na úkor poskytovatelů péče a klientů. [2]

1.3 Financování zdravotnictví v ČR

Principy financování zdravotnické péče v ČR se od doby jejího vzniku již několikrát změnilo, stále se hledá „optimální řešení, které by vyhovovalo všem zúčastněným stranám, neboť právě ve sféře zdravotnictví se výrazně projevuje základní, obecný rozpor typický pro všechny subjekty, kdy každý má neomezená přání, ale omezené zdroje.“ [5, str. 113] Jako základní milníky ve financování zdravotní péče uvádí I. Gladkij [5, str. 94]:

- Systém veřejného sociálního pojištění, který fungoval v době vzniku samostatného státu po roce 1918 a v průběhu druhé světové války. Zdravotní péče byla financována z rozpočtů veřejných nemocenských fondů a soukromých pojišťoven, stát prováděl jen částečnou doplňkovou úhradu.
- V období po roce 1945 bylo československé zdravotnictví organizované a financované státem a dosáhlo velkých úspěchů. Zařadilo se na jedno z prvních míst ve světě z hlediska charakteristik zdravotního stavu populace.
- Po roce 1960 byla zdravotní péče financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Úroveň zdravotnictví však začala klesat z důvodu zdánlivě bezplatné péče. Lékaři byli placeni všichni stejně bez ohledu na náklady za poskytnutou péči a její kvalitu. Docházelo k plýtvání nejen s léčivými, ale i se zdravotnickým materiálem a náklady na zdravotnictví tak neustále rostly.
- Systém všeobecného zdravotního pojištění byl zaveden po roce 1990 s cílem účinnějšího zvládnutí finančních a organizačních problémů. V tomto období proběhla rozsáhlá privatizace zdravotnických objektů, došlo k zrušení okresních a krajských ústavů národního zdraví a vzniku samostatných právních subjektů. V roce 1993 byl zaveden výkonový systém, podle něhož byla financována většina zdravotnických subjektů včetně velkých nemocnic. Tento systém fungoval několik let pouze s úpravami přímých nákladů bez dopadů změn do režijních nákladů a způsoboval tak oborové nesrovnalosti vedoucí ke střetům mezi poskytovateli zdravotní péče, zdravotními pojišťovnami a státem ohledně korunové hodnoty bodu.

- Počátkem července roku 1997 byl výkonový systém úhrad pro financování nemocnic nahrazen systémem paušálních úhrad, který funguje dosud. Avšak ani tento systém financování nemocnic není optimální a je tedy nutné hledat vhodnější řešení.

Jak již bylo zmíněno, v ČR byl zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění, který funguje od začátku roku 1992. [5] Veřejné zdravotní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a je povinné pro všechny občany, kteří mají pobyt na území ČR, nebo jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území ČR. [2] Veřejné zdravotní pojištění je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Výši pojistného upravuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Mezi plátce pojistného patří pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. [2]

Základními vlastnostmi veřejného zdravotního pojištění dle Durdisové jsou:

- „volný přístup do systému (existence v systému je dána ze zákona),
- neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného,
- čerpání péče nikoli podle rozpočtového omezení, ale dle objektivní potřeby a zdravotního stavu,
- vazba příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na národně hospodářské veličiny.“ [4, str. 103]

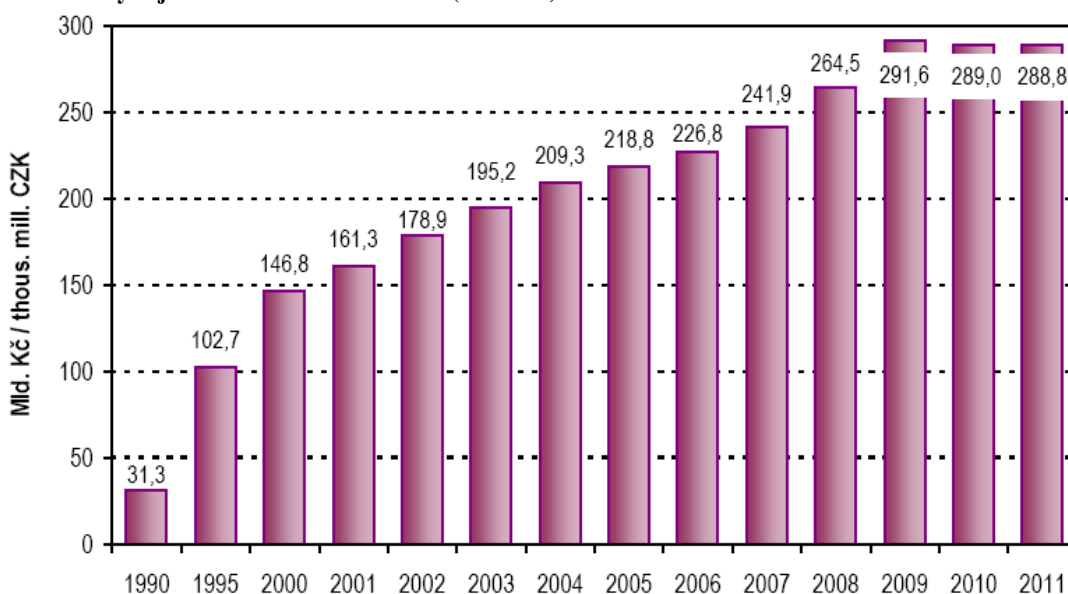
V rámci veřejného zdravotního pojištění je stanoven rozsah hrazené péče a podmínky pro jejich úhradu. Zdravotní pojišťovny vyjednávají objem nasmlouvané zdravotní péče a její cenu s jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Při tvorbě ceny zohledňují nejen potřeby a skutečné náklady zdravotnického zařízení, ale i reálnost uhrazení všech výkonů za dané období. Veřejné zdravotní pojišťovny musí brát dále v úvahu sazby pojistného, neboť naplňují základní fond zdravotního pojištění. Tímto způsobem určená cena pokrývá poskytování péče smluvními partnery. [4]

V České republice v roce 2011 existovalo devět zdravotních pojišťoven. Největší zdravotní pojišťovnou v České republice je Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), u níž bylo v roce 2011 pojištěno cca 60,4% všech účastníků veřejného zdravotního pojištění. [2], [36]

1.3.1 Výdaje na zdravotnictví

V České republice je zdravotnictví druhou největší oblastí veřejného sektoru po důchodovém systému. [4, str. 177] Celkové výdaje na zdravotnictví tvoří systém veřejného zdravotního pojištění, soukromé výdaje, státní rozpočet a územní rozpočty. Zatímco do roku 2009 celkové výdaje na zdravotnictví v ČR rostly, od roku 2010 se začaly pomalu snižovat.

Obr. č. 3: Výdaje na zdravotnictví v ČR (mld. Kč)

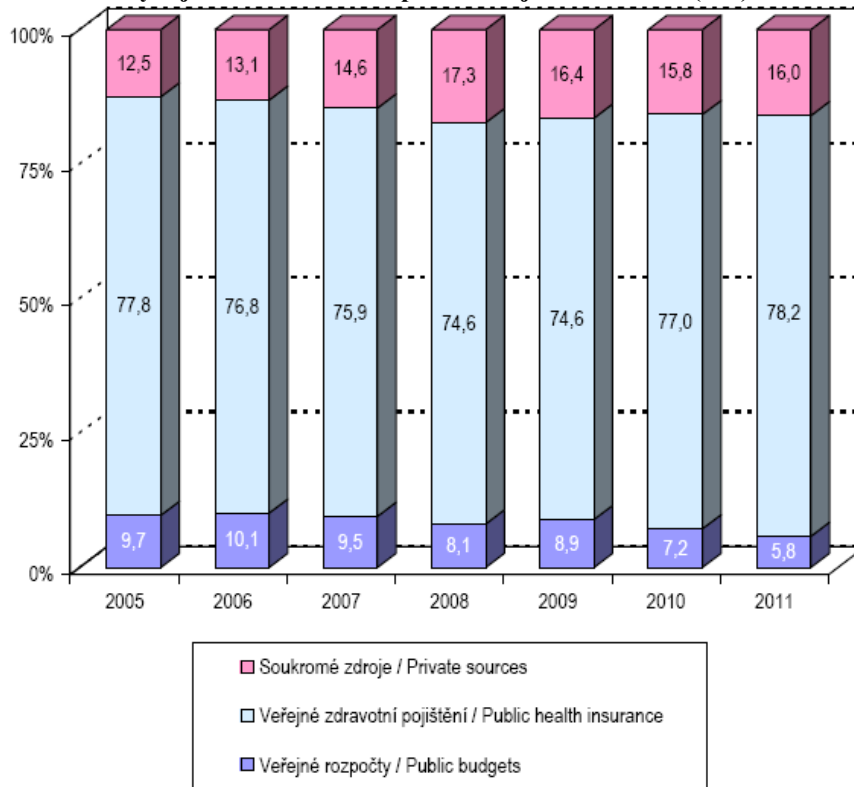


Zdroj: [43], 2013

Dle MZ ČR však pokles celkových výdajů na zdravotnictví není způsoben výdaji pojišťoven, neboť ty ve sledovaném období (tzn. do roku 2011) neustále každoročně rostou. [23] To potvrzuje následující graf, kde je patrné, že vývoj výdajů veřejného zdravotního pojištění zaznamenává v období od roku 2009 do roku 2011 trvalý růst, naproti tomu výdaje veřejných rozpočtů od roku 2010 klesají.

Dále je důležité zmínit, že ve srovnání se zahraničím má Česká republika nízký podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví, v rámci EU se jedná o jeden z nejnižších podílů soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví. [36]

Obr. č. 4: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v%)



Zdroj: [36], 2013

Veřejné výdaje na zdravotnictví v přepočtu na 1 obyvatele dosáhly podle předběžných údajů v roce 2011 výše 23 094 Kč a zaznamenaly tak pokles o 38 Kč oproti roku 2010. [36] Podobný vývoj jako v ČR byl zaznamenán téměř ve všech evropských zemích, kde se růst výdajů na zdravotnictví na obyvatele v reálné hodnotě zpomalil, nebo se tyto výdaje snížily. V mnoha evropských státech vyvíjely dodatečný tlak na zdravotní systémy hospodářská krize a rostoucí rozpočtová omezení. K snížení veřejných výdajů na zdravotnictví přijalo několik zemí, které byly nejvíce zasažené krizí, řadu opatření. [25]

Autor Gladkij [5, str. 113] uvádí, že řada problémů ve financování zdravotnictví mnohdy nespočívá v malém množství peněz plynoucích do této oblasti, ale v nevhodném způsobu financování, nevhodnosti nebo nemožnosti ovlivnit ceny vstupů předcházejících partnerů.

1.3.2 Úhradové mechanismy

V ČR je každá oblast zdravotnictví financována poněkud odlišně v závislosti na tzv. úhradových mechanismech. Úhradový mechanismus lze definovat jako „způsob, jakým jsou konkrétně hrazeny finanční prostředky za služby poskytovatelů zdravotnických služeb.“ [1] Mezi základní typy úhrad zdravotní péče se řadí:

- Platba za ošetrovací den

Základní jednotkou platby za ošetrovací den jsou náklady na jednoho pacienta v lůžkovém zařízení za jeden den ošetření. „Jedná se o fixní částku, kterou nemocnice obdrží od zdravotní pojišťovny na výdaje spojené s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici.“ [4, str. 125] Platby za ošetrovací den tak stanovují maximální úhradu za obsazené lůžko, přičemž částka se určuje smluvně. Může se tedy jednat o stejnou částku pro jednotlivá oddělení, či pro všechny pacienty bez ohledu na jejich diagnózu. Tento úhradový mechanismus motivuje zdravotnická zařízení k snížení nákladů za jednotku a může zapříčinit neodůvodněné prodlužování hospitalizace. [4, str. 126]

- Platba za výkon

V případě platby za výkon se jedná o úhradu za jednotlivou položku zdravotní péče, např. za jednotlivý výkon ošetřování, či léčení. Výkony mohou být oceněny přímo či prostřednictvím bodu, jehož hodnota je uvedena v seznamu zdravotních výkonů a je pro všechna zdravotnická zařízení shodného typu stejná. Výše úhrad je daná součinem bodové hodnoty výkonu a hodnoty bodu. Tento model zvyšuje motivaci lékařů k vyššímu počtu výkonů, což může vést k jejich neúměrnému nárůstu, či dokonce k vykazování výkonů, které nebyly provedeny. [4, str. 126]

- Kapitační platba

Pro kapitační platbu je charakteristická fixní platba za každého registrovaného pacienta, která se obvykle liší dle jeho pohlaví a věku. S tímto systémem plateb se lze setkat zpravidla u praktických lékařů. Kapitační platby mohou vést k registraci velkého množství pacientů a může se tedy stát, že jim lékař poté z důvodu zaneprázdněnosti nevěnuje dostatečnou péči. [1] Dalším rizikem tohoto úhradového mechanismu je nadměrné odesílání pacientů ke specialistům, neboť je to pro lékaře mnohdy výhodnější.

- Platba za diagnózu (DRG)

Diagnosis Related Group (DRG) je klasifikační systém, který zařazuje případy hospitalizace na základě tzv. atributů případu do DRG skupin. [24] Hlavním kritériem pro zařazení do DRG skupin je určitý zdravotní výkon, nebo diagnóza nemocného, přičemž o zařazení do jedné DRG skupiny rozhoduje podobnost ve způsobu léčby, či v nákladech na léčbu. Význam DRG spočívá nejen ve skutečnosti, že „dává do souvislosti diagnózy nemocných a náklady na jejich léčbu, ale může sloužit jako nástroj pro hodnocení nemocniční péče a přímou úhradu lůžkovým zdravotnickým zařízením, díky němu lze také objektivněji srovnávat kvalitu zdravotní péče, produkci zdravotní péče a její nákladovost.“ [1]

- Účelové paušály

Účelové paušály jsou ročním rozpočtem lékaře nebo nemocnic na definovanou péči a bývají odstupňované podle specializace lékaře, či podle počtu lůžek a kategorie nemocnice. Tento úhradový mechanismus motivuje poskytovatele k vyčerpání paušálu za každou cenu, naopak jeho kladem jsou nízké administrativní náklady. [4, str. 130]

- Bonifikace

Bonifikace je účelově vázanou platbou založenou na principu odměňování za dosažení určitého cíle. Používá se jako doplňková platba k jinému typu platby. [4, str. 131]

- Funkční rozpočet

Funkční rozpočet představuje sjednanou celkovou platbu za všechny služby poskytnuté zdravotnickým zařízením během jednoho roku. Nejčastěji se používá k financování nemocniční péče. Existuje zde však riziko spočívající v omezování množství a snižování úrovně poskytované péče. [4, str. 131]

1.4 Zdravotnická zařízení v ČR a jejich ekonomika

Zdravotnickým zařízením se dle Zákona o zdravotních službách [16] rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb. Zdravotnická zařízení lze členit z různých pohledů, např. z pohledu vlastníka na státní a nestátní zdravotnická zařízení, či dle druhu poskytované služby na zařízení ambulantní péče a nemocnice, odborné léčebné ústavy, lékárny, zvláštní dětská zařízení a zařízení hygienické služby. [14]

Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo koncem roku 2011 v České republice evidováno 28 450 zdravotnických zařízení, tedy o 382 více než v roce 2010. Z toho bylo 225 zařízení státních a 28 225 nestátních. [42]

Mezi nejčastější právní formy zdravotnických zařízení patří akciové společnosti, společnosti s ručením omezeným a příspěvkové organizace či organizační složky státu. Zřizovatelem ambulantních zdravotnických zařízení je nejčastěji fyzická osoba. [8]

Zvláštní postavení v systému zdravotní péče mají nemocnice, které poskytují ambulantní a lůžkovou základní a specializovanou diagnostickou a léčebnou péči včetně nezbytných preventivních opatření. [14] Mimo tyto základní funkce plní některé nemocnice i další funkce jako je pregraduální a postgraduální vzdělávání lékařů a ostatního zdravotnického personálu a dále se podílí na klinickém výzkumu a plní zdravotně sociální funkce. [5, str. 51]

Nemocnice jsou tříděny podle mnoha různých hledisek, např. podle délky ošetrovací doby, jsou rozdělovány na nemocnice pro akutní péči a nemocnice pro dlouhodobě nemocné. Dále podle převažujícího druhu péče se dělí nemocnice na všeobecné a specializované. [5, str. 51] V tabulce č. 3 je uvedeno členění nemocnic dle zřizovatele, včetně jejich počtu ke konci roku 2011.

V oblasti nemocniční péče dochází k řadě změn, dominujícími trendy ve vývoji jsou snižující se počet nemocnic, snižování počtu lůžek a zkracování délky pobytu v nemocnicích. [2] Následující tabulka shrnuje vyjmenované trendy a znázorňuje vývoj v ČR v období od roku 2009 do roku 2011.

Tab. č. 1: Trendy ve vývoji nemocniční péče v letech 2009-2011

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|-----------|-----------|-----------|
| počet nemocnic | 191 | 189 | 189 |
| <i>lůžka akutní péče (bez lůžek novor.)</i> | 53 716 | 52 590 | 50 678 |
| <i>lůžka novorozenecká</i> | 2 186 | 2 231 | 2 201 |
| <i>lůžka následné péče</i> | 7 090 | 7 398 | 7 457 |
| lůžka celkem | 62 992 | 62 219 | 60 336 |
| průměrná ošetrovací doba (ve dnech) | 7,4 | 7,3 | 7,2 |
| hospitalizovaní | 2 164 714 | 2 155 093 | 2 132 135 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [40], [41], 2013

Zatímco se celkový počet nemocnic ve sledovaném období snížil pouze nepatrně, celkový počet lůžek v roce 2011 ve srovnání s rokem 2009 klesl více než o 4%. Hlavním důvodem tohoto poklesu bylo výrazné snížení počtu lůžek akutní péče (bez lůžek novorozeneckých). Nejčastějším důvodem snižování počtu lůžek je dle ÚZIS jejich nižší využití na některých odděleních a pracovištích a v důsledku toho rušení pracovišť, či celých oddělení, dále provozní změny, změna majitele zařízení nebo druhu zařízení. [41] Naopak počet lůžek následné péče v tomto období vzrostl. Nárůst v roce 2011 „byl z velké části ovlivněn vznikem nového zařízení následné péče, přeměnou zdravotnických zařízení na nemocnice následné péče a zvyšujícím se zájmem o poskytované služby ošetrovatelské následné péče.“ [41]

Průměrná ošetrovací doba neboli podíl počtu ošetrovacích dnů a počtu hospitalizovaných, se ve sledovaném období pomalu snižovala. „Rozdělíme-li počet hospitalizovaných a počet ošetrovacích dnů, dle druhů poskytované péče, pak v akutní péči došlo u obou sledovaných ukazatelů k poklesu. V případě hospitalizovaných činil tento pokles oproti roku 2010 1,1% a v případě ošetrovacích dnů 4%. U následné péče došlo k poklesu počtu hospitalizovaných o 0,7%. V počtu ošetrovacích dnů byl v následné péči zaznamenán mírný nárůst, a to o 1,5%. Znovu se tak potvrzuje zvyšující zájem pacientů o ošetrovatelskou následnou péči.“ [41, str. 5]

Ekonomika zdravotnictví souvisí s ekonomickým systémem konkrétního státu a jeho koncepcí při utváření sítě zdravotnických zařízení. [5, str. 110] Hospodaření zdravotnických zařízení je ovlivňováno mnoha faktory, které lze rozdělit na externí a interní faktory. V následujícím textu je zaměřena pozornost na problematiku hospodaření nemocnice, jelikož se jí zabývá praktická část práce.

Z vnějšího prostředí působí na nemocnice externí faktory, mezi něž patří demografický vývoj, financování, typy úhrad a analýza hospodaření zdravotních pojišťoven, existence nemocnic v mezinárodním prostředí a možnost svobodné volby zdravotnického zařízení a dále nové formy zdravotní péče jako je např. jednodenní chirurgie. Tyto faktory nemocnice nemohou přímo ovlivňovat, to však neznamená, že nemohou prosazovat vlastní zájmy. [4, str. 191]

Interní faktory souvisí se samotnou činností organizace a mohou tedy být přímo ovlivňovány a řízeny. Mezi interní faktory se řadí např. řízení nákladů, controlling, investiční rozhodování a řízení lidských zdrojů. [4, str. 190] Dále je nutné zmínit, že ekonomika konkrétního zdravotnického zařízení je závislá nejen na ekonomických faktorech úspěšnosti, jako je např. výkonnost, rozsah nabídky, rychlost a množství výkonů, počet spokojených pacientů, ale souvisí rovněž s právní formou zdravotnické instituce. Přestože je hospodaření zdravotnických subjektů částečně závislé na jejich právní formě, základní ekonomické pojmy jako jsou náklady, výnosy, příjmy, výdaje, apod., jsou v obecné rovině společné. [5, str. 137]

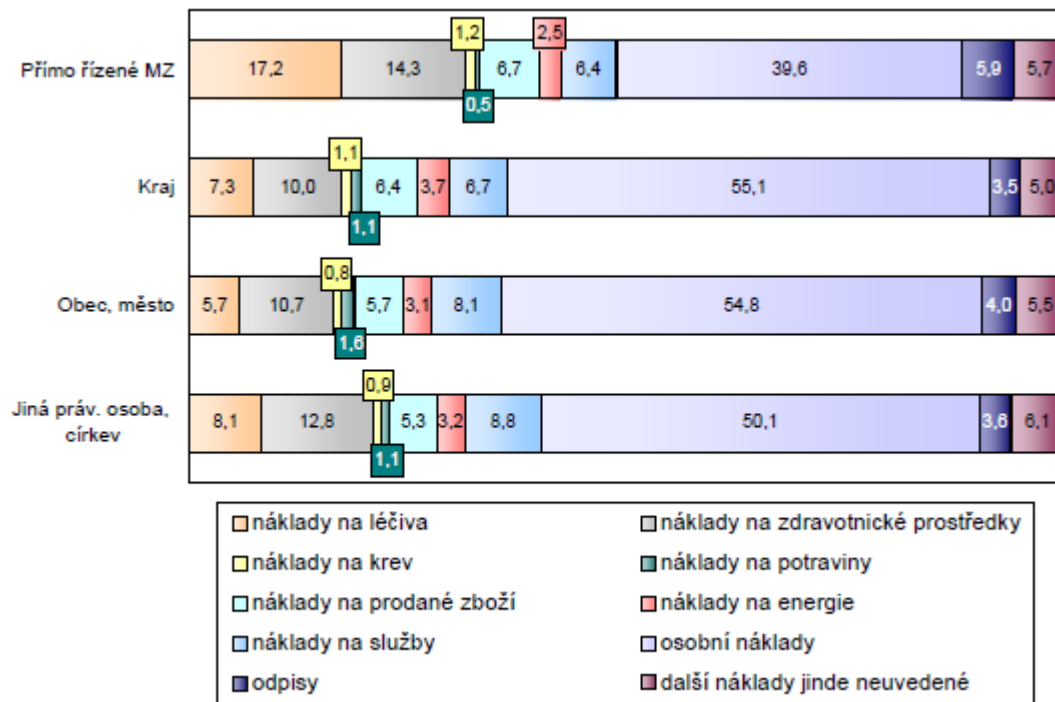
1.4.1 Náklady

Náklady představují v peněžním vyjádření spotřebu věcných prostředků a práce a lze je třídit dle různých hledisek. [5] Jelikož se praktická část práce zabývá problematikou nákladů nemocnice, je následující členění nákladů zaměřeno právě na tuto oblast:

- **podle vztahu nákladů k objemu produkce** se rozlišují náklady fixní a variabilní. Zatímco se variabilní náklady mění v závislosti s rozsahem činnosti, výše fixních nákladů se v závislosti na objemu činnosti nemění. Třídění nákladů dle tohoto hlediska lze využít při hledání možných úspor např. ve velkých nemocnicích, kde až cca 75% celkových nákladů představují fixní náklady. [5, str. 140]

- **podle druhu** rozeznáváme např. materiálové náklady, mzdové náklady, finanční náklady, odpisy, výrobní režie, správní režie apod. Příkladem tohoto členění je následující graf, který zobrazuje strukturu nákladů nemocnic rezortu zdravotnictví k 31. 12. 2011 podle zřizovatele.

Obr. č. 5: Struktura nákladů nemocnic k 31. 12. 2011 podle zřizovatele (v %)



Zdroj: [37], 2013

Největší nákladovou položkou nemocnic jsou osobní náklady, které se meziročně zvýšily o 5 %, a jejich podíl na celkových nákladech vzrostl ze 44,6 % na 45,8 %. Mezi další významné složky nákladů patří náklady na léčiva a náklady na zdravotnické prostředky. [37]

- **podle účelu** se náklady dělí na přímé a nepřímé. Přímé náklady zahrnují následující položky:

- *mzdové náklady nositele výkonu* – přímé mzdové náklady nejvýše odborně účastného pracovníka tzv. „nositele výkonu“,

- *přímě spotřebovaný materiál* – šití, jehly, roušky, jednorázové oblečení, speciální nástroje jednorázové i s opakovaným použitím, atd.,

- *přímo spotřebované léčivé přípravky,*

- *přístroje,*

- *zvláště účtovaný materiál* - zdrav. materiál, který nemusí být u výkonu použit, ale pro provedení konkrétního výkonu je nezbytný – drahý, jednoúčelový materiál, většinou voperovaný pacientovi (kardiostimulátor, kloubní náhrada, kožní štěpy atp.),

- *zvláště zúčtované léčivé přípravky* - léčivé přípravky nezbytné pro provedení konkrétního výkonu.

Režijní náklady představují nepřímé náklady spojené s každým výkonem. Jedná se především o energie, nájemné, pojištění, odvody, běžně se opakující materiál a vybavení např. desinfekční a úklidové prostředky a pomůcky, administrativní pomůcky, pracovní vybavení pracovníků, pokud není jednorázové a náklady spojené s jeho údržbou, pracovní jednorázový materiál jako jsou injekční stříkačky, jehly, gáza, atp. Dále zahrnují mzdové náklady personálu účastného na výkonu jako např. asistence u operace, sestra v ordinaci atp. [22]

- **z pohledu organizační struktury nemocnice** lze náklady členit na:

- náklady lůžkové části,

- náklady operačních sálů,

- náklady alokované na ambulantní část,

- náklady dopravní zdravotní služby,

- náklady alokované na komplementární část (laboratorní a přístrojová pracoviště),

- náklady alokované do oblasti hospodářsko-technických služeb,

- náklady alokované do ostatních míst (výuka, granty, apod.). [28]

1.4.2 Výnosy

Z ekonomického hlediska je každá zdravotnická instituce firmou, která poskytuje zdravotnické služby, prodává léky, či zdravotnickou techniku, nebo zabezpečuje zdravotnickou dopravu, případně kombinuje více zdravotnických činností. „Výnosy jsou oceněné výkony činností.“ [5, str. 141] Prvotní výnosy vznikají úhradou zdravotnických služeb, součástí celkových výnosů však bývají i druhotné (neprovozní) výnosy. [5] Následující tabulka ukazuje jednotlivé složky výnosů a jejich podíl na celkových výnosech nemocnic v roce 2011, přičemž největší položkou výnosů jsou tržby od ZP.

Tab. č. 2: Výnosy nemocnic k 31. 12. 2011

| Výnosy | | | | |
|---------------------------|---------------------------|-------------------|--------------------------------|---------|
| od zdravotních pojišťoven | mimo zdravotní pojišťovny | z prodaného zboží | provozní dotace od zřizovatele | ostatní |
| 81,8% | 2,1% | 7,1% | 1,7% | 7,4% |

Zdroj: vlastní zpracování dle [37], 2013

1.4.3 Hospodářský výsledek

Hospodářský výsledek představuje rozdíl mezi celkovými výnosy a celkovými náklady společnosti za určité období. Pokud jsou k danému termínu celkové výnosy vyšší než celkové náklady, vzniká společnosti zisk, v opačném případě se jedná o ztrátu.

V mnoha učebnicích ekonomie se uvádí, že zisk je hlavním cílem aktivit a představuje základní podnět k podnikání nebo výkonu samostatně výdělečné činnosti. Zisk je kritériem pro rozhodování o všech základních otázkách, týkajících se činnosti ekonomického subjektu, jehož prostřednictvím společnost prokazuje svou úspěšnost nejen ve vztahu ke konkurenci, ke svým vlastníkům, ale i k obchodním a jiným partnerům. [5, str. 142]

Zde ovšem vyvstává otázka, zda lze obecné ekonomické teorie a kritéria úspěšnosti jednoduše aplikovat v oblasti zdravotnictví. Výhradou proti použití zisku, jakožto vrcholného ekonomického ukazatele, je skutečnost, že zisk „může být někdy kontraproduktivní ve sporu s etikou ve zdravotnictví, ale i pro hodnocení potřebnosti

výkonů ve vztahu k jejich ekonomickému efektu.“ [5, str. 146] Příkladem, kdy se lékařská etika dostává do sporu s ekonomickými zájmy poskytovatele je situace, kdy jsou více oceňovány a tedy ekonomicky výnosnější operace odstraňující následky poškození zdraví než preventivní péče. Tento stav není příznivý pro pacienta a neměl by být ani v zájmu zdravotních pojišťoven, je tedy pouze mravní otázkou každého zdravotnického subjektu, zda má na prvním místě zájem pacienta, či své ekonomické výsledky. S problémy „etika x ekonomika“ při poskytování zdravotnických služeb se potýkají všechny vyspělé společnosti a v mnoha případech vede poskytování co nejkvalitnější péče k ekonomickému propadu zdravotnických zařízení. Při hodnocení významu zisku či ztráty zdravotnických zařízení je tedy nutné nahlížet mnohem širěji na ekonomické parametry zdravotnické péče. [5, str. 147]

Pro ilustraci hospodaření nemocnic v České republice, jsou v následující tabulce zobrazeny ekonomické výsledky nemocnic k 31. 12. 2011, rozdělené podle zřizovatele.

Tab. č. 3: Hospodaření nemocnic podle zřizovatele k 31. 12. 2011

| nemocnice podle zřizovatele | počet | náklady | výnosy | HV |
|--|------------|----------------|----------------|------------|
| | | v mil. Kč | | |
| MZ | 19 | 61 147 | 61 378 | 231 |
| kraj | 24 | 13 227 | 13 160 | -67 |
| obec, město | 17 | 5 893 | 5 867 | -26 |
| jiná právnická osoba, církev | 104 | 46 644 | 46 793 | 148 |
| z toho krajské, městské obchodní společnosti | 43 | 33 430 | 33 463 | 33 |
| ostatní centrální orgány | 3 | 3 093 | 3 094 | 1 |
| celkem | 167 | 130 005 | 130 292 | 287 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [37], 2013

Celkové náklady nemocnic dosáhly ke konci roku 2011 hodnoty 130,0 mld. Kč a oproti předchozímu roku vzrostly o 3%. [37]

Stejně jako náklady, tak i celkové výnosy nemocnic se meziročně zvýšily o 3% a dosáhly k 31. 12. 2011 výše 130,3 mld. Kč. Celkově nemocnice vykázaly ke konci roku 2011 kladný hospodářský výsledek ve výši 287 mil. Kč, ztrátou ukončilo své hospodaření 32% nemocnic. [37]

2 Charakteristika příspěvkové organizace

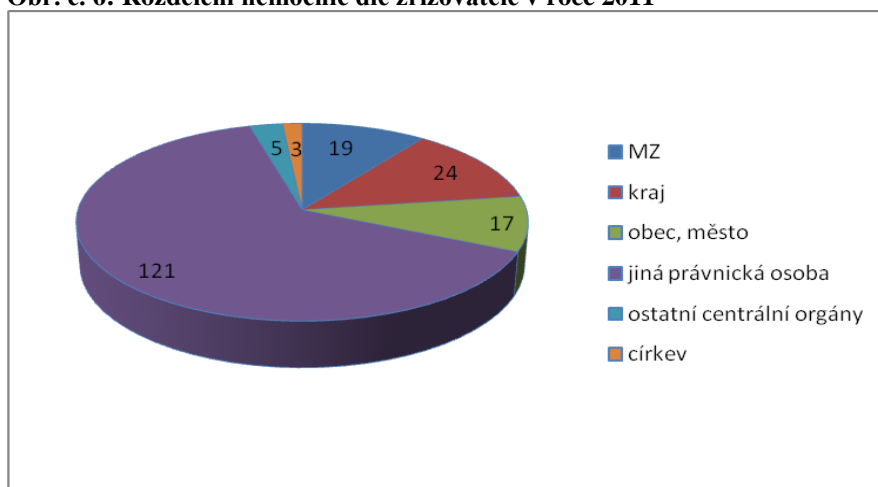
2.1 Příspěvkové organizace a jejich postavení v odvětví zdravotnictví

Příspěvková organizace je právnickou osobou veřejného práva, která vzniká a zaniká rozhodnutím svého zřizovatele. [6] Příspěvkové organizace patří mezi základní subjekty veřejného sektoru, jejichž hlavním cílem je „realizace různých statků specifického charakteru, kdy otázka hospodářského výsledku není prvořadá.“ [7] Zřizují se k plnění úkolů, které nelze zajišťovat podnikatelsky nebo tak nemají být vykonávány z rozhodnutí zřizovatele a poskytují své služby bezplatně nebo za ceny nižší, než by byly tržní ceny. [7] Příspěvkové organizace působí především v oblasti školství, zdravotnictví, kultury a sociální péče.

Příspěvkové organizace se rozlišují podle zřizovatele na dva typy a to příspěvkové organizace státu, jejichž zřizovatelem je organizační složka státu a dále příspěvkové organizace územních samosprávných celků.

Následující graf ukazuje rozložení nemocnic dle zřizovatele v roce 2011. V tomto roce bylo v ČR 19 nemocnic přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví a 41 příspěvkových organizacích zřízených krajem, obcí, či městem. Lůžkový fond příspěvkových organizací státu a územních samosprávných celků tvořil 48,5% z celkového počtu lůžek. [38]

Obr. č. 6: Rozdělení nemocnic dle zřizovatele v roce 2011



Zdroj: vlastní zpracování dle [38], 2013

2.2 Hospodaření příspěvkových organizací státu

Jelikož se praktická část diplomové práce zabývá příspěvkovou organizací zřízenou státem, v následujícím textu je věnována pozornost hospodaření těchto organizací. Hospodaření příspěvkových organizací zřízených státem se řídí zákonem č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů. Dle § 53 tohoto zákona hospodaří příspěvková organizace s peněžními prostředky získanými hlavní činností a s peněžními prostředky přijatými ze státního rozpočtu pouze v rámci finančních vztahů stanovených zřizovatelem. Dále hospodaří příspěvková organizace s prostředky svých fondů, s prostředky získanými jinou činností, s peněžitými dary od fyzických a právnických osob a s peněžními prostředky poskytnutými ze zahraničí. [15]

„Hospodaření příspěvkové organizace se řídí jejím rozpočtem, který po zahrnutí příspěvku ze státního rozpočtu nebo stanovení odvodu do státního rozpočtu musí být sestaven jako vyrovnaný. Rozpočet příspěvkové organizace může zahrnovat pouze náklady a výnosy související jen s jí poskytovanými službami, které jsou předmětem její hlavní činnosti.“ [15] Příspěvková organizace je povinna plnit určené úkoly co nejhospodárnějším způsobem a počínat si tak, aby dodržela stanovené finanční vztahy ke státnímu rozpočtu. Peněžní prostředky, které má k dispozici, může používat pouze k účelům, na které jsou určeny, a to na krytí nezbytných potřeb, dále na opatření zakládající se na právních předpisech a v neposlední řadě na krytí opatření nutných k zabezpečení nerušeného chodu organizace. Výše úhrady v běžném roce, ke kterým se příspěvková organizace zaváže, nesmí překračovat její rozpočet pro tento rok. [15]

„Hospodářský výsledek příspěvkové organizace je tvořen výsledkem hospodaření z hlavní činnosti a ziskem vytvořeným v jiné činnosti po zdanění.“ [15]

Příspěvková organizace tvoří následující peněžní fondy:

- rezervní fond,
- fond reprodukce majetku,
- fond odměn,
- fond kulturních a sociálních potřeb. [15]

Rezervní fond je tvořen ze zlepšeného výsledku hospodaření, z přijatých peněžních darů a z peněžních prostředků poskytnutých ze zahraničí. Prostředky rezervního fondu lze použít k úhradě zhoršeného výsledku hospodaření či k úhradě sankcí. Dále mohou být použity k doplnění fondu oběžných aktiv, který je zdrojem krytí oběžných aktiv příspěvkové organizace, k doplnění fondu reprodukce majetku se souhlasem zřizovatele, nebo k překlenutí časového nesouladu mezi výnosy a náklady. [15] V průběhu roku lze rezervní fond použít k úhradě potřeb nezajištěných výnosy příspěvkové organizace nebo příspěvkem zřizovatele pouze v případě, že bylo jeho použití rozpočtováno. [15]

Fond reprodukce majetku se tvoří

- „z odpisů hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku,
- z přidělu ze zlepšeného hospodářského výsledku,
- výnosy z prodeje dlouhodobého movitého hmotného a nehmotného majetku,
- z darů a z výnosů povolených veřejných sbírek určených na pořízení a technické zhodnocení hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku,
- výnosy z prodeje nemovitého majetku, který příspěvková organizace nabyla ve prospěch státu darem nebo děděním,
- prostředky poskytnutými ze zahraničí určenými účelově na pořízení a technické zhodnocení hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku.“ [15]

Prostředky fondu reprodukce majetku lze použít na financování pořízení a technického zhodnocení hmotného a nehmotného dlouhodobého majetku, jako doplňkového zdroje financování oprav a udržování hmotného a nehmotného dlouhodobého i krátkodobého majetku a na pořízení hmotného a nehmotného krátkodobého majetku, či k úhradě přijatých úvěrů (podle § 62 odst. 3). [15]

Fond odměn se tvoří přidělem ze zlepšeného hospodářského výsledku a hradí se z něj případné překročení prostředků na platy, jehož výše se zjišťuje podle zvláštního právního předpisu. [15]

„Fond kulturních a sociálních potřeb je tvořen základním přidělem na vrub nákladů příspěvkové organizace z ročního objemu nákladů zúčtovaných na platy a náhrady

platů, popřípadě na mzdy a náhrady mzdy a odměny za pracovní pohotovost, na odměny a ostatní plnění za práci vykonávanou v rámci odborného výcviku na produktivních činnostech žákům učilišť a na stipendia interním vědeckým aspirantům a zaměstnancům na studijních pobytech.“ [15] Fond kulturních a sociálních potřeb se tvoří zálohově z roční plánované výše v souladu s jeho schváleným rozpočtem, přičemž v rámci účetní závěrky se provede vyúčtování skutečného základního přídělů. FKSP slouží k „zabezpečování kulturních, sociálních a dalších potřeb a je určen zaměstnancům v pracovním poměru k zaměstnavateli, příslušníkům ve služebním poměru, soudcům, žákům středních odborných učilišť a učilišť, interním vědeckým aspirantům, důchodcům, kteří při prvním odchodu do starobního nebo důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně pracovali u zaměstnavatele, případně rodinným příslušníkům zaměstnanců a jiným právnickým nebo fyzickým osobám. Další příjmy, výši tvorby a hospodaření s fondem kulturních a sociálních potřeb stanoví ministerstvo vyhláškou.“ [15]

3 Thomayerova nemocnice

3.1 Základní údaje o Thomayerově nemocnici

Thomayerova nemocnice (TN) je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Sídlem TN je Vídeňská ulice v Praze 4 – Krč.

Hlavní činností organizace je poskytování základní, specializované a zvlášť specializované ambulantní a lůžkové léčebné péče v mnoha medicínských oborech. Dále se TN zabývá rozvojem vědeckovýzkumné činnosti, podílí se na vzdělávání studentů lékařských a farmaceutických fakult, výuce žáků středních zdravotních škol a dalším vzdělávání lékařů, farmaceutů a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví. Kromě toho poskytuje TN komplexní lékárenskou péči a zajišťuje zdravotní péči a zaopatření pro děti v Dětském centru. [10]

Historie TN je velmi bohatá, mezi významná data se nejčastěji řadí:

- 28. 10. 1928: zahájena činnost Masarykových domovů,
- 1950 – 1954: Státní odborné léčebné a ošetrovací ústavy,
- 1954: založena Thomayerova nemocnice,
- 1984: vznik Fakultní Thomayerovy nemocnice,
- 1. 1. 2012: změna názvu na Thomayerova nemocnice. [29]

Obr. č. 7: Pohled na TN



Zdroj: [31], 2013

Převážná část objektů TN je součástí původního areálu sociálního ústavu Masarykovy domovy, který byl postaven na základě rozhodnutí ústředního zastupitelstva Prahy. Areál TN je památkově chráněným architektonickým a urbanistickým celkem, jehož rozloha je cca 19 ha a na jeho území je umístěno 28 objektů, z nichž převážná většina je v původním stavu. [34]

TN staví svou činnost na hodnotách jako je spokojený pacient, erudovaný, spokojený a přívětivý personál, výchova a vzdělávání, věda. Dále se TN snaží o modernizaci v oblasti léčby a HI-TECH, profitabilitu a proaktivitu nemocnice a v neposlední řadě usiluje o své dobré jméno. [33]

Od roku 2001 se TN systematicky zabývá sledováním kvality péče. K naplnění politiky kvality TN ve vztahu k pacientům, jiným klientům, dárcům krve a subjektům klinického výzkumu jsou uplatňovány následující zásady:

- vytvářet lidský vztah na základě individuálního přístupu a pomoci každému jednotlivému pacientovi (klientovi),
- uspokojovat požadavky pacientů na vysoké odborné úrovni,
- důsledně dodržovat lékařskou etiku a práva pacientů,
- zajistit vysokou úroveň doprovodných zdravotnických služeb,
- víceoborovým přístupem k pacientům hledat nejúčinnější způsoby prevence a léčby chorob, zvyšovat kvalitu jejich života,
- udržovat a zlepšovat systém kvality zdravotní péče tak, aby byl pro pacienty TN zárukou důvěryhodnosti, spolehlivosti a vysoce odborné úrovně. [31]

Organizační struktura

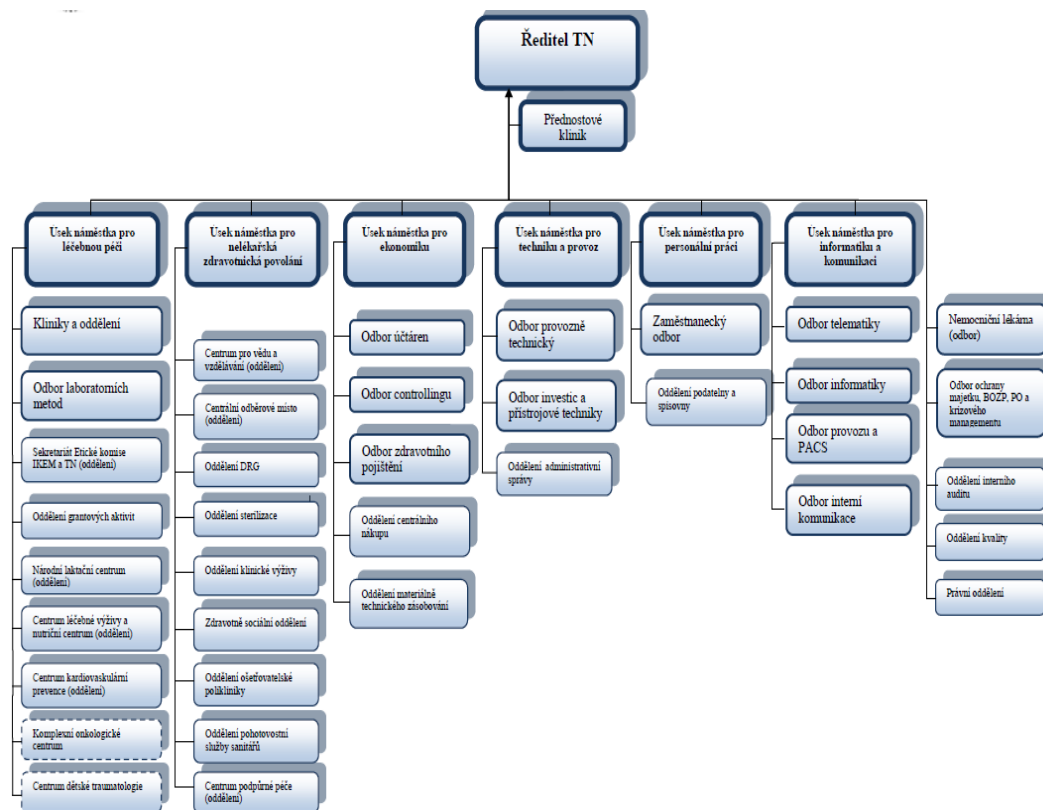
TN tvoří jednotný funkční, organizační a hospodářský celek. [10] V čele Thomayerovy nemocnice stojí ředitel, který je jmenován a odvoláván z funkce ministrem zdravotnictví. Od roku 2007 je jím MUDr. Karel Filip, CSc., MBA. Organizační strukturu TN lze rozčlenit na zdravotnickou a správní část.

Zdravotnická část je tvořena jednotlivými klinikami a odděleními, jejichž seznam je uveden v příloze B a dále zahrnuje nemocniční lékárnu a Dětské centrum. V čele každé

kliniky stojí přednosta, který je jmenován a odvoláván ze své funkce ministrem zdravotnictví. V čele zdravotnických oddělení jsou primáři, nebo vedoucí oddělení, které jmenuje a odvolává ředitel TN.

Správní část se člení podle obsahu činnosti na šest základních úseků a jim podřízené odbory a oddělení, které jsou uvedeny v následujícím schématu.

Obr. č. 8: Organizační struktura TN



Zdroj: [32], 2013

V roce 2011 dosahoval celkový počet zaměstnanců 2143 osob, z toho téměř 83% tvořili zdravotničtí pracovníci.

3.2 Výběr oddělení TN pro následnou analýzu

V následující části práce je blíže charakterizováno ORL a Oční oddělení, neboť na jejich příkladě je provedena podrobnější analýza nákladů a výnosů TN. Jedním z důvodů pro výběr Očního oddělení je snaha zjistit, jaký vliv má na ekonomickou situaci rychlý rozvoj tohoto oboru. Práce má z tohoto pohledu potvrdit či vyvrátit tvrzení, že lze

v Thomayerově nemocnici zredukovat počet lůžek na sledovaných odděleních při zachování stávajícího rozsahu a kvality služeb.

Dalším faktorem majícím vliv na volbu vybraných oddělení je skutečnost, že mají v blízkém okolí velkou konkurenci. Ve vzdálenosti necelých tří kilometrů od TN se nachází na Poliklinice Budějovická jak ambulance ORL, tak Oční klinika. Na Praze 4 existuje minimálně sedm dalších ambulancí ORL a minimálně devět očních ordinací, jejichž adresy jsou uvedeny v příloze A.

Situaci z pohledu lůžkové péče vybraných oddělení na území hlavního města Prahy v roce 2011 shrnuje následující tabulka.

Tab. č. 4: Základní charakteristiky vybraných oddělení nemocnic v Praze v r. 2011

| | ORL | Oční |
|-----------------------------------|--------|-------|
| počet oddělení | 8 | 6 |
| počet lůžek | 278 | 136 |
| počet hospitalizovaných | 16 801 | 7 451 |
| průměrná ošetrovací doba ve dnech | 3,53 | 2,95 |
| roční využití lůžek ve dnech | 212,8 | 157,8 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [44], 2013

Na území hlavního města Prahy bylo v roce 2011 na ORL hospitalizováno 16 801 osob, přičemž průměrná ošetrovací doba činila 3,53 dne. Na Očních odděleních byl počet hospitalizovaných 7 451 a průměrná ošetrovací doba činila 2,95 dne, což je výrazně méně ve srovnání s průměrnou ošetrovací dobou v nemocnicích, která se pohybovala v roce 2011 okolo 7,2 dne. Roční využití lůžek ve dnech je rovněž na obou odděleních nižší než průměr, který je 252 dnů. [44]

Z výše uvedených skutečností vyplývá potřeba zjistit, které položky nákladů je možné určitým způsobem optimalizovat, tak aby byla zachována konkurenceschopnost vybraných oddělení TN.

3.3 Charakteristika Oddělení ušní, nosní, krční

Otorinolaryngologie (ORL) je obor zabývající se diagnostikou a léčbou chorob ušních, nosních a krčních. Oddělení ORL TN je moderním pracovištěm zajišťující komplexní péči o dospělé i dětské pacienty s onemocněními hlavy a krku, komplexní diagnostiku včetně endoskopických vyšetření a chirurgickou léčbu v plné šíři.

Oddělení pro ušní, nosní a krční choroby je rozděleno na ambulantní a lůžkovou část. Ambulantní část oddělení je tvořena ambulancemi pro dospělé pacienty, které jsou umístěny v přízemí pavilonu A3 a dětskou ambulancí umístěnou v 1. patře tohoto pavilonu. Ambulance jsou vybaveny moderní přístrojovou technikou, umožňující komplexní diagnostiku onemocnění ORL oblastí. Ambulantní část je rozdělena do následujících specializovaných ambulancí a poraden:

- Všeobecná ORL ambulance,
- Dětská ORL ambulance,
- Onkologická ambulance,
- Kofochirurgická ambulance,
- Audiologická a otoneurologická poradna,
- Rhinologická poradna; poradna pro léčbu chrápání,
- Plastická chirurgie,
- Ambulance drobných chirurgických výkonů,
- Ambulance superkonsiliární a indikační. [30]

Lůžková část oddělení je rovněž umístěna v pavilonu A3. Ve sledovaném období zde došlo k výraznému poklesu počtu lůžek z 54 lůžek v roce 2009 na 29 lůžek v roce 2011. Na tomto oddělení se provádí operační výkony zahrnující prakticky celou škálu onemocnění ORL oblastí včetně onemocnění onkologických a operace štítné žlázy. Dále na tomto oddělení pracuje plastický chirurg specializující se na operace boltců, očních víček, face-lifting a korekce zevního nosu. Zároveň na oddělení probíhá vědecko-výzkumná činnost zaměřená na ORL problematiku. Z úspěšně dokončených studií je možné zmínit studii OptiNose zaměřenou na léčbu nosní polyppy. [30]

3.4 Charakteristika Očního oddělení

Oční oddělení TN zabezpečuje oftalmologickou preventivně léčebnou péči. Toto oddělení se nachází v pavilonu B1 a je rozděleno na ambulantní a lůžkovou část. Zaměřuje se především na mikrochirurgické postupy v oblasti předního segmentu oka, dále na péči o nemocné s Diabetickou retinopatií, glaukomem, makulárními degeneracemi, alergickými chorobami, záněty duhovek a záněty ostatní uveální tkáně. Dětskou problematikou se zabývá Dětská poradna.

Ambulantní část je rozdělena do následujících specializovaných ambulancí a poraden:

- Všeobecná ambulance Očního oddělení,
- Ordinace primáře oddělení,
- Diabetologická poradna,
- Poradna VPMD,
- Poradna pro transplantované pacienty,
- Dětská poradna,
- Glaukomová poradna,
- GDX (vyšetření zrakového nervu a sítnice),
- Uveologická poradna,
- Ultrazvuková poradna,
- Chirurgické kosmetické zákroky. [30]

Lůžková část oddělení disponovala ve sledovaném období 18 lůžky. Na tomto oddělení se provádí několik operačních výkonů pomocí moderních přístrojů. Jedná se například o operace zeleného a šedého zákalu a operace rohovky. Oční oddělení provádí také plastické výkony víček a spojivky.

4 Analýza nákladů a výnosů Thomayerovy nemocnice

4.1 Analýza metodiky a celkových nákladů a výnosů na úrovni celé nemocnice

Úvodní část této kapitoly je zaměřena na rozbor struktury nákladů a výnosů TN, tak aby čtenář získal základní představu o hospodaření TN jako celku. Podrobnější rozbor je zpracován v následující části práce na příkladu konkrétních vnitropodnikových středisek a to ORL a Očního oddělení.

Základní jednotkou, pro kterou se stanovuje rozpočet nákladů a výnosů, jsou jednotlivá odpovědnostní střediska, jejichž seznam je uveden v příloze B. Hospodaření odpovědnostních středisek v TN je upraveno interním dokumentem, jehož cílem je zajistit vyrovnané hospodaření TN ve sledovaném období v souladu se zákonem č. 218/2000 Sb. a požadavky MZ ČR. Rozpočty na daný rok vycházejí z plánu a skutečností předchozích dvou let.

Každé odpovědnostní středisko má stanoveno rozpočet, ve kterém je uveden závazný rozpočtový přehled sledovaných nákladů a výnosů a dále limit osobních nákladů, maximální povolená hodnota preskripce, minimální počet bodů ambulantních, minimální počet unicitních RČ pro ambulance, doporučená hodnota hospitalizačních bodů a další. Jednotlivá odpovědnostní střediska odpovídají za hospodaření s finančními prostředky přidělenými rozpočtem, proto jsou pravidelně (měsíčně) informována o výsledcích hospodaření. Při překročení závazného rozpočtu se uplatňují restriktivní opatření jako je např. finanční postih odpovědných osob, snížení osobního příplatku, či personální změna.

Pro stabilitu organizace se dvakrát ročně vyhodnocuje skutečnost výnosů a skutečné čerpání nákladů, plnění výkonových ukazatelů (limitů) a po vzájemném jednání se upraví odpovědnostním střediskům rozpočty tak, aby byla zachována rovnováha nákladů a výnosů organizace. [10]

V následující tabulce je zobrazena výše jednotlivých položek nákladů ve sledovaném období a to jak v běžných cenách, tak ve stálých cenách vztažených ke konci roku 2009.

Tab. č. 5: Náklady TN v letech 2009-2011

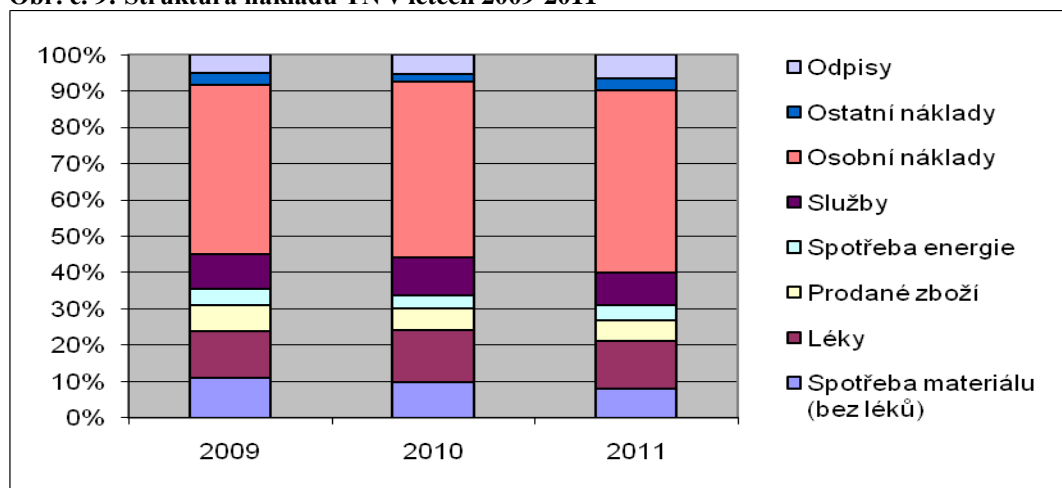
| Název účtu | Skutečnost (v tis. Kč) | | | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| Spotřeba materiálu (bez léků) | 241 902 | 241 902 | 211 594 | 208 467 | 172 493 | 166 776 |
| Léky | 280 055 | 280 055 | 310 851 | 306 257 | 292 110 | 282 427 |
| Prodané zboží | 156 026 | 156 026 | 134 415 | 132 429 | 122 654 | 118 589 |
| Spotřeba energie | 99 223 | 99 223 | 75 533 | 74 417 | 87 360 | 84 464 |
| Služby | 209 276 | 209 276 | 229 726 | 226 331 | 199 476 | 192 863 |
| Osobní náklady | 1 026 285 | 1 026 285 | 1 060 243 | 1 044 574 | 1 101 925 | 1 065 398 |
| Ostatní náklady | 70 809 | 70 809 | 43 613 | 42 968 | 74 008 | 71 555 |
| Odpisy | 113 965 | 113 965 | 116 501 | 114 779 | 142 580 | 137 853 |
| Náklady celkem | 2 197 539 | 2 197 539 | 2 182 476 | 2 150 223 | 2 192 607 | 2 119 925 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [34], 2013

Celkové náklady ve sledovaném období vyjádřené ve stálých cenách klesaly, avšak v běžných cenách došlo v roce 2011 ve srovnání s rokem 2010 k nárůstu v absolutní hodnotě 10 131 tis. Kč.

V roce 2010 se celkové náklady snížily oproti roku 2009 ve stálých cenách o 47 316 tis. Kč a to především díky poklesu spotřeby materiálu, spotřeby energie a nákladů na prodané zboží. Strukturu nákladů TN v letech 2009-2011 přehledně ukazuje následující graf.

Obr. č. 9: Struktura nákladů TN v letech 2009-2011



Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Z grafu je zřejmé, že největší položkou nákladů jsou osobní náklady, které se skládají z mzdových nákladů, zákonného sociálního pojištění, zákonných sociálních nákladů, ostatního sociálního pojištění a ostatních sociálních nákladů. Tyto náklady ve sledovaném období neustále rostou a v roce 2011 již přesahují 50% celkových nákladů. Tento vývoj je ovlivněn počtem zaměstnanců TN, který v roce 2009 dosahoval 2 131 osob, v roce 2010 narostl na 2 167 osob. V roce 2011 pracovalo v TN 2 143 osob, což je ve srovnání s rokem 2010 o 24 osob méně, avšak osobní náklady se zvýšily oproti předcházejícím rokům především z důvodu schválení Memoranda o úpravě platů ve zdravotnictví.

V následující tabulce je zobrazena výše jednotlivých položek výnosů ve sledovaném období a to jak v běžných cenách, tak ve stálých cenách vztažených ke konci roku 2009.

Tab. č. 6: Výnosy TN v letech 2009-2011

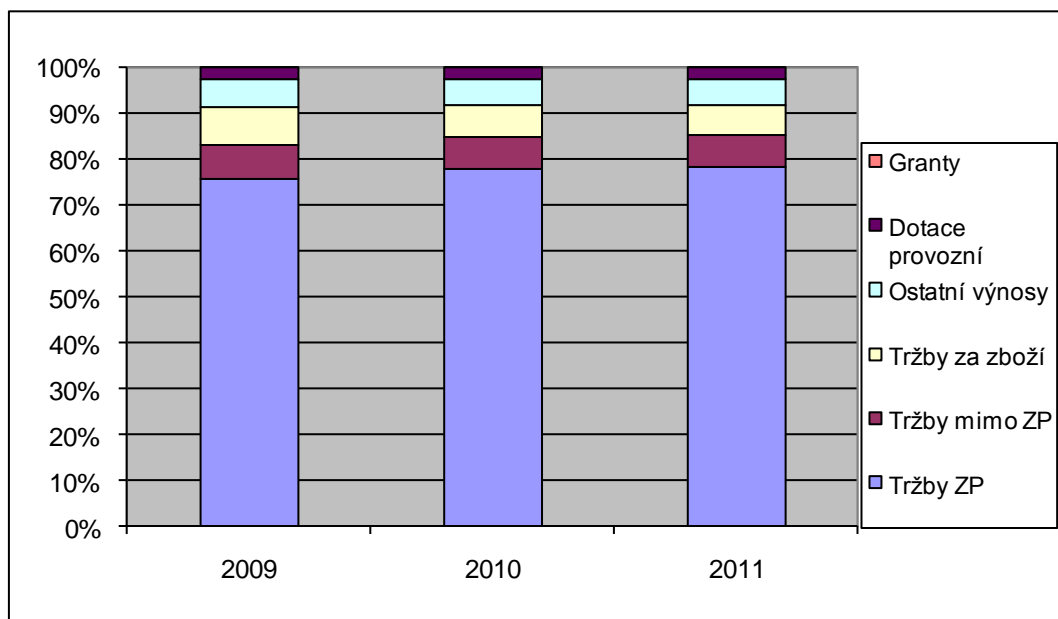
| Skutečnost (v tis. Kč) | | | | | | |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Název účtu | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| Tržby ZP | 1 663 359 | 1 663 359 | 1 693 546 | 1 668 518 | 1 723 958 | 1 666 811 |
| Tržby mimo ZP | 156 699 | 156 699 | 151 473 | 149 234 | 150 272 | 145 290 |
| Tržby za zboží | 179 378 | 179 378 | 156 673 | 154 358 | 145 027 | 140 220 |
| Ostatní výnosy | 139 711 | 139 711 | 122 171 | 120 366 | 124 106 | 119 992 |
| Dotace provozní | 52 448 | 52 448 | 55 775 | 54 951 | 54 262 | 52 463 |
| Granty | 6 975 | 6 975 | 4 473 | 4 407 | 6 990 | 6 759 |
| Výnosy celkem | 2 198 570 | 2 198 570 | 2 184 111 | 2 151 833 | 2 204 615 | 2 131 535 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [34], 2013

Celkové výnosy v roce 2010 poklesly ve stálých cenách o 46 737 tis. Kč oproti roku 2009 a to především z důvodu poklesu tržeb mimo ZP, tržeb za zboží, ostatních výnosů a grantů. V roce 2011 došlo k nárůstu celkových výnosů vyjádřených v běžných cenách oproti roku 2010 o 20 504 tis. Kč, avšak pokud toto období porovnáme ve stálých cenách, zjistíme, že došlo k poklesu o 20 298 tis. Kč.

Strukturu výnosů v letech 2009-2011 přehledně ukazuje následující graf.

Obr. č. 10: Struktura výnosů TN v letech 2009-2011



Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Největší podíl na celkových výnosech tvoří tržby od zdravotních pojišťoven, které TN získala za poskytnuté zdravotní služby. Z výše uvedené tab. č. 6 je zřejmé, že tato výnosová položka ve sledovaných letech vyjádřená v běžných cenách rostla, avšak ve stálých cenách došlo v roce 2011 ve srovnání s rokem 2010 k jejímu poklesu.

Hospodářský výsledek

TN stanovuje hospodářský výsledek následujícím způsobem:

HV po zdanění = celkové výnosy - celkové náklady - daň z příjmu [10]

Tab. č. 7: Výsledek hospodaření TN (v tis. Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| HV po zdanění | 3 476 | 3 476 | 1 635 | 1 611 | 1 270 | 1 227 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2012

Výše popsanému vývoji nákladů a výnosů odpovídá vývoj HV, na který měla ve sledovaném období vliv řada faktorů, které jsou podrobněji rozebrány v následující analýze jednotlivých klinik.

4.2 Analýza nákladů a výnosů ORL a Očního oddělení

Hospodaření ORL přibližuje následující tabulka, ve které jsou zaneseny hodnoty celkových nákladů a výnosů z VZZ vyjádřené v běžných cenách a dále ve stálých cenách vztahených ke konci roku 2009, které budou dále podrobněji analyzovány.

Tab. č. 8: Přehled nákladů a výnosů ORL

| Skutečnost (v Kč) | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Název účtu | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| Náklady | 40 565 092 | 40 565 092 | 39 617 655 | 39 032 172 | 41 114 738 | 39 751 846 |
| Výnosy | 38 066 566 | 38 066 566 | 33 275 795 | 32 784 034 | 34 964 885 | 33 805 851 |
| Hospodářský výsledek | -2 498 526 | -2 498 526 | -6 341 860 | -6 248 138 | -6 149 853 | -5 945 995 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Celkové náklady ORL ve stálých cenách se v roce 2010 snížily o 1 532 920 Kč oproti roku 2009. V roce 2011 však došlo k jejich nárůstu ve stálých cenách o 719 674 Kč oproti roku 2009. Růst celkových nákladů byl způsoben především růstem osobních nákladů, které jsou zároveň největší položkou celkových nákladů a budou analyzovány v následující části práce.

Celkové výnosy dosahovaly nejvyšší hodnoty v roce 2009 díky nejvyšším tržbám od zdravotních pojišťoven. V roce 2010 došlo k poklesu této hodnoty vyjádřené ve stálých cenách o 5 422 971 Kč oproti roku 2009. V roce 2011 v porovnání s rokem 2010 došlo k nárůstu celkových výnosů vyjádřených ve stálých i běžných cenách, ale v porovnání s rokem 2009 poklesly celkové výnosy v SC o 4 260 715 Kč.

S výše popsaným vývojem celkových nákladů a výnosů souvisí samozřejmě vývoj hospodářského výsledku, který dosahuje ve všech sledovaných letech záporných hodnot.

Hospodaření Očního oddělení přibližuje tabulka č. 9, ze které je patrné, že ve sledovaných letech došlo k výraznému zhoršení výsledku hospodaření této kliniky.

Tab. č. 9: Přehled nákladů a výnosů Očního oddělení

| Skutečnost (v Kč) | | | | | | |
|-----------------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
| Název účtu | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| Náklady | 22 643 978 | 22 643 978 | 23 354 059 | 23 008 925 | 24 540 017 | 23 726 552 |
| Výnosy | 24 660 042 | 24 660 042 | 22 711 166 | 22 375 533 | 17 870 131 | 17 277 763 |
| Hospodářský výsledek | 2 016 064 | 2 016 064 | -642 893 | -633 392 | -6 669 887 | -6 448 790 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Hlavním důvodem nepříznivého vývoje výsledku hospodaření byl pokles výnosů doprovázený růstem nákladů. Celkové výnosy dosahovaly nejvyšší hodnoty v roce 2009 díky nejvyšším tržbám od zdravotních pojišťoven. V roce 2010 došlo k poklesu této hodnoty vyjádřené ve stálých cenách o 1 948 876 Kč oproti roku 2009. V roce 2011 v porovnání s rokem 2010 došlo k dalšímu snížení celkových výnosů vyjádřených ve stálých i běžných cenách a v porovnání s rokem 2009 se jednalo o úbytek celkových výnosů vyjádřených ve stálých cenách ve výši 7 382 279 Kč.

Celkové náklady Očního oddělení se v letech 2010 i 2011 zvýšily oproti roku 2009. Jejich růst byl způsoben stejně jako v případě ORL především růstem osobních nákladů a dále zvýšením nákladů vynaložených na služby.

4.2.1 Spotřeba materiálu

Spotřeba materiálu bez léků zahrnuje spotřebu speciálních zdravotnických materiálů jako je např. laboratorní materiál, obvazový materiál, ošetřovatelské pomůcky a dále spotřebu materiálně technických zásob jako je např. kancelářský materiál, elektromateriál, či prádlo. Zároveň zahrnuje i náklady na spotřebu krve. Velký vliv na tuto nákladovou oblast má způsob nákupu, jímž se v TN zabývá Oddělení centrálního nákupu, Oddělení materiálně technického zásobování a Lékárna. Činnost těchto oddělení je úzce provázána s Úsekem náměstka pro ekonomiku a to zejména pod něj spadajícím Odborem controllingu. Hlavním úkolem controllingu v oblasti spotřeby materiálu je pravidelné sledování, vyhodnocování a předávání informací vedení organizace o spotřebě materiálu jednotlivých klinik. To umožňuje efektivně řídit tuto nákladovou oblast.

Ve sledovaném období se na spotřebě materiálu projevila změna daně z přidané hodnoty z původních 9% u snížené sazby v letech 2009 a 2010 na 10% v roce 2011 a rovněž změna základní sazby z 19% v letech 2009 a 2010 na 20% v roce 2011. Dalším faktorem, který ovlivnil vývoj spotřeby materiálu, bylo používání elektronických aukcí, které zaznamenalo nejvyšší nárůst v roce 2010.

V následující tabulce jsou zaznamenány hodnoty spotřeby materiálu ve sledovaném období v běžných a stálých cenách vztažených ke konci roku 2009 na ORL.

Tab. č. 10: Spotřeba materiálu na ORL (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| Spotřeba materiálu bez léků | 2 132 418 | 2 132 418 | 1 688 758 | 1 663 801 | 1 948 399 | 1 883 813 |
| SZM | 1 333 922 | 1 333 922 | 1 070 693 | 1 054 870 | 1 320 431 | 1 276 660 |
| MTZ | 798 496 | 798 496 | 618 065 | 608 931 | 627 968 | 607 152 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Spotřeba materiálu na ORL se v jednotlivých letech pohybuje od 4,3 % do 5% celkových nákladů. Z výše uvedené tabulky je patrné, že největší podíl na nákladech této položky má speciální zdravotnický materiál (SZM), který je závislý na objemu poskytnuté péče. SZM se podílel 63 % v letech 2009 a 2010 na celkové spotřebě

materiálu, zatímco v roce 2011 se tento poměr zvýšil na 68%. Z následující tabulky však vyplývá, že vývoj v jednotlivých letech nezávisí pouze na objemu poskytnuté péče, ale rovněž na cenách tohoto materiálu.

Tab. č. 11: Počet URČ a hospitalizací na ORL

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| počet URČ | 15 950 | 16 661 | 16 366 |
| počet hospitalizací | 1 550 | 1 423 | 1 719 |
| SZM v BC | 1 333 922 | 1 070 693 | 1 320 431 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Na Očním oddělení rovněž převládá spotřeba speciálních zdravotnických materiálů nad spotřebou materiálně technických zásob. Spotřeba SZM se v jednotlivých letech pohybuje v rozmezí od 84% do 90% celkové spotřeby materiálu. Z následující tabulky je patrné, že celková spotřeba materiálu v sledovaných letech klesá. V roce 2011 ve srovnání s rokem 2009 došlo k poklesu vyjádřenému ve stálých cenách o 476 248 Kč.

Tab. č. 12: Spotřeba materiálu na Očním oddělení (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| Spotřeba materiálu bez léků | 3 657 212 | 3 657 212 | 3 527 730 | 3 475 596 | 3 290 023 | 3 180 964 |
| SZM | 3 305 696 | 3 305 696 | 2 980 471 | 2 936 425 | 2 870 436 | 2 775 286 |
| MTZ | 351 515 | 351 515 | 547 259 | 539 172 | 419 587 | 405 678 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Tabulka č. 13 ukazuje souvislost mezi spotřebou speciálních zdravotnických materiálů a objemem poskytnuté péče. Z této tabulky je patrné, že s poklesem celkového počtu poskytnuté péče v jednotlivých letech poklesla i spotřeba SZM.

Tab. č. 13: Počet URČ a hospitalizací na Očním oddělení

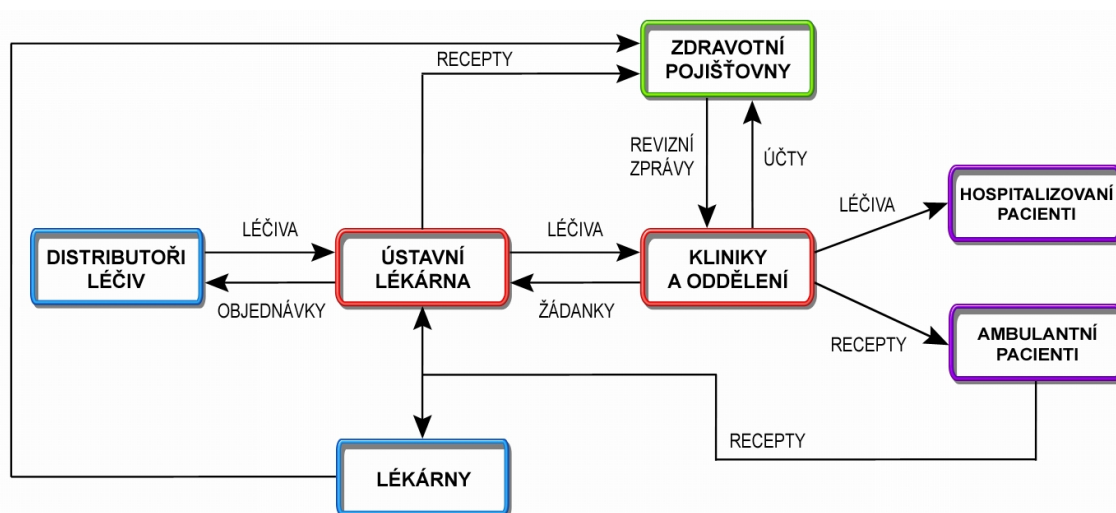
| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|-----------|-----------|-----------|
| počet URČ | 14 984 | 14 465 | 13 907 |
| počet hospitalizací | 491 | 534 | 469 |
| SZM v BC | 3 305 696 | 2 980 471 | 2 870 436 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

4.2.2 Léky

Léky jsou jednou z významných položek variabilních nákladů Thomayerovy nemocnice. Výše nákladů vynaložených na léky je ovlivněna zejména demografickými změnami, zvýšeným očekáváním pacientů a zároveň dostupností nových léčebných metod. [2, str. 105] Pro správný popis a zhodnocení jejich vývoje je nutné znát, kde a jak tyto náklady vznikají. Tuto problematiku řeší následující schéma, ze kterého je patrné, že jsou léky předepisovány buď na žádanky, nebo na recepty.

Obr. č. 11: Vztahový rámec nakládání s léčivy v nemocnici



Zdroj: vlastní zpracování dle [35], 2013

Pro léčbu pacientů hospitalizovaných na lůžkových odděleních TN jsou předepisovány léky na žádanky, které slouží k jejich objednání z nemocniční lékárny. Následující tabulky zobrazují náklady vynaložené na sledovaných odděleních za léčivé přípravky a medicínální plyny pro hospitalizované pacienty v letech 2009-2011.

Tab. č. 14: Spotřeba léků na ORL (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|-------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| léčivé přípravky | 1 136 515 | 1 136 515 | 1 113 908 | 1 097 446 | 1 023 090 | 989 176 |
| medicínální plyny | 84 682 | 84 682 | 89 814 | 88 486 | 85 623 | 82 785 |
| celkem | 1 221 198 | 1 221 198 | 1 203 722 | 1 185 933 | 1 108 714 | 1 071 961 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Tab. č. 15: Spotřeba léků na Očním oddělení (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| léčivé přípravky | 319 473 | 319 473 | 284 184 | 279 985 | 264 862 | 256 083 |
| mediciální plyny | 27 622 | 27 622 | 22 897 | 22 558 | 21 849 | 21 125 |
| celkem | 347 095 | 347 095 | 307 081 | 302 543 | 286 711 | 277 207 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Ambulantním pacientům jsou léky předepisovány na recepty. Při preskripci léčivých přípravků je nutné dbát na veškerou platnou legislativu a smluvní vztahy TN se zdravotními pojišťovnami, neboť právě zdravotní pojišťovny limitují výši preskripce a tím náklady vynaložené na léky. Překročení nastavených limitů sankcionují snížením úhrad za provedenou zdravotní péči. V následující tabulce jsou uvedeny stanovené limity a přehled čerpání pro ORL a Oční oddělení v jednotlivých letech.

Tab. č. 16: Limity a skutečnosti preskripce na ORL a Očním oddělení

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|
| limit ORL | 2 442 130 | 2 419 008 | 2 505 092 |
| vyčerpáno na ORL | 2 690 273 | 2 262 424 | 2 416 863 |
| limit Oční oddělení | 3 793 051 | 3 932 104 | 3 520 148 |
| vyčerpáno na Očním oddělení | 3 780 472 | 3 481 217 | 3 181 883 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Z předchozí tabulky je patrné, že ORL v roce 2009 překročilo stanovený limit o 10,2 %, v dalších letech obě oddělení nepřekračují stanovené limity.

Vývoj nákladů na léky je spojen s objemem vykázané péče, proto je nutné při sledování preskripce v jednotlivých letech vzít v úvahu počet vykázaných ambulantních bodů a dále unikátních pojištěnců. „Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát,

zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát.“ [13]

Následující tabulky ukazují souvislosti mezi objemem vykázaných ambulantních bodů zdravotním pojišťovnám, počtem URČ a preskripce.

Tab. č. 17: Ambulantní body, URČ, preskripce na ORL

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| ambulantní body | 23 314 218 | 23 794 620 | 21 188 557 |
| počet URČ | 15 950 | 16 661 | 16 366 |
| preskripce | 2 690 273 | 2 262 424 | 2 416 863 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Absolutní hodnota ambulantních bodů se v roce 2010 zvýšila o 480 402 bodů oproti roku 2009, avšak preskripce klesla o 427 849 Kč. V roce 2011 došlo k poklesu absolutních hodnot ambulantních bodů i preskripce oproti roku 2009, avšak ve srovnání s rokem 2010 se počet ambulantních bodů snížil o 2 606 063, zatímco hodnota preskripce se zvýšila o 154 439 Kč.

Tab. č. 18: Ambulantní body, URČ, preskripce na Očním oddělení

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| ambulantní body | 13 833 128 | 11 793 099 | 13 784 175 |
| počet URČ | 14 984 | 14 465 | 13 907 |
| preskripce | 3 780 472 | 3 481 217 | 3 181 883 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Z uvedených údajů je patrné, že se absolutní hodnota ambulantních bodů v roce 2010 snížila o 2 040 029 oproti roku 2009 a zároveň klesla preskripce o 299 255 Kč. V roce 2011 došlo k poklesu absolutních hodnot ambulantních bodů i preskripce oproti roku 2009, avšak ve srovnání s rokem 2010 se počet ambulantních bodů zvýšil o 1 991 076 bodů, zatímco hodnota preskripce se snížila o 299 334 Kč.

Z výše popsaného vývoje ambulantních bodů a preskripce lze konstatovat, že ačkoliv existuje závislost mezi počtem vykázaných ambulantních bodů a preskripcí, nejedná se o lineární závislost.

Náklady na léky se vykazují jinak v případě ambulantního ošetření než v případě hospitalizace. Některé léčivé přípravky jsou vykazovány zvlášť, jiné v rámci výkonů (vč. výkonů lůžkodne), dále mohou být vykazovány v rámci DRG, či lékovým paušálem za 1 den hospitalizace. Veškerá provedená ambulantní i hospitalizační péče se zadává do nemocničního informačního systému MEDEA, kde se ze zadaných dat vystavují odběratelům faktury. Jednotlivé faktury obsahují rozpisy na jednotlivá nákladová střediska. [10]

4.2.3 Služby

V následující tabulce je uveden detailní rozbor nákladové položky služby, ze kterého je patrné, že ve sledovaném období zaujímají zásadní místo úklid a strava. Zatímco úklid se ve sledovaném období pohybuje okolo 20% celkových služeb, strava v roce 2010 skokově vzrostla z 14% roku 2009 na 31%. Důvodem tohoto růstu bylo zrušení vlastního stravovacího provozu a přechod k externímu odběru stravy. V tabulce jsou uvedeny pro zachování přehlednosti pouze hodnoty ve stálých cenách vztažených ke konci roku 2009 a dále procentní vyjádření podílu jednotlivých složek na službách celkem.

Tab. č. 19: Služby ORL

| | 2009 | % z celku 2009 | 2010 | % z celku 2010 | 2011 | % z celku 2011 |
|---------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| Služby celkem | 3 231 574 | | 3 414 425 | | 3 103 332 | |
| telefonní poplatky | 71 958 | 2% | 62 921 | 2% | 46 991 | 2% |
| ubytování zaměstnanců | 79 430 | 2% | 93 498 | 3% | 0 | 0% |
| úklid dodavatelsky | 748 066 | 23% | 725 301 | 21% | 669 426 | 22% |
| praní prádla dodavatelsky | 264 286 | 8% | 245 692 | 7% | 257 778 | 8% |
| strava dodavatelsky | 441 865 | 14% | 1 070 145 | 31% | 1 132 790 | 37% |
| svoz a likvidace odpadu | 184 439 | 6% | 185 238 | 5% | 201 463 | 6% |
| revize a metrologie | 52 243 | 2% | 125 116 | 4% | 133 440 | 4% |
| cestovné | 69 845 | 2% | 99 980 | 3% | 5 692 | 0% |
| opravy a udržování | 870 031 | 27% | 421 457 | 12% | 349 030 | 11% |
| ostatní | 449 411 | 14% | 385 079 | 11% | 306 722 | 10% |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

V oblasti telefonních poplatků se v roce 2010 začalo příznivě projevovat uskutečněné výběrové řízení, díky kterému se podařilo snížit tyto poplatky v roce 2011 o 24 967 Kč oproti roku 2009.

Ve sledovaném období se na této položce rovněž jako na spotřebě materiálu projevila změna daně z přidané hodnoty z původních 9% u snížené sazby v letech 2009 a 2010 na 10% v roce 2011 a také změna základní sazby z 19% v letech 2009 a 2010 na 20% v roce 2011.

Položka služeb s názvem ostatní zahrnuje plastické operace prováděné na ORL a dále v roce 2009 a 2010 televizní a rozhlasové poplatky, které se však od roku 2011 účtují na účet ostatních nákladů a daní.

V oblasti nákladů vynaložených na služby na Očním oddělení zaujímá zásadní místo nejen úklid a strava, jak tomu bylo na ORL, ale významnou součástí těchto nákladů jsou opravy a udržování. V následující tabulce jsou rovněž uvedeny pouze hodnoty ve stálých cenách vztažených ke konci roku 2009.

Tab. č. 20: Služby Oční

| | 2009 | % z celku 2009 | 2010 | % z celku 2010 | 2011 | % z celku 2011 |
|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|------------------|---------------------------|
| Služby celkem | 1 077 421 | | 1 313 823 | | 1 406 843 | |
| telefonní poplatky | 53 025 | 5% | 45 556 | 3% | 29 794 | 2% |
| ubytování zaměstnanců | 47 450 | 4% | 43 550 | 3% | 0 | 0% |
| úklid dodavatelsky | 303 548 | 28% | 276 403 | 21% | 295 399 | 21% |
| praní prádla dodavatelsky | 85 510 | 8% | 76 412 | 6% | 64 515 | 5% |
| strava dodavatelsky | 107 881 | 10% | 294 667 | 22% | 280 403 | 20% |
| svoz a likvidace odpadu | 97 199 | 9% | 90 866 | 7% | 70 597 | 5% |
| revize a metrologie | 30 584 | 3% | 108 870 | 8% | 135 566 | 10% |
| cestovné | 9 549 | 1% | 1 158 | 0% | 4 110 | 0% |
| opravy a udržování | 322 455 | 30% | 350 022 | 27% | 518 912 | 37% |
| ostatní | 20 221 | 2% | 26 320 | 2% | 7 548 | 1% |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Celkové náklady vynaložené na služby ve sledovaném období rostly. Tento nárůst byl způsoben především vzrůstajícími náklady vynaloženými na stravu, o kterých bylo pojednáno u analýzy této položky na ORL a dále z důvodu zvyšujícího se počtu revizí a metrologií.

4.2.4 Osobní náklady

Největší položkou nákladů ORL i Očního oddělení jsou osobní náklady, které se skládají z mzdových nákladů, ostatních osobních nákladů, zákonného sociálního a zdravotního pojištění placeného organizací, ostatních sociálních nákladů. Dále je součástí osobních nákladů Fond kulturních a sociálních potřeb, který je povinna Thomayerova nemocnice vytvářet, jelikož je příspěvkovou organizací a v neposlední řadě se na této nákladové položce podílí pojištění odpovědnosti zaměstnavatele, konkrétně pojištění majetku a služeb.

Odměňování zaměstnanců Thomayerovy nemocnice se řídí podle platných předpisů pro odměňování zaměstnanců ve veřejných službách a správě. Jedná se o platový systém skládající se z platového tarifu, který se odvíjí od příslušné platové třídy a stupně, dále z řady příplatků (osobní příplatek, příplatek za práci v sobotu a neděli, příplatek za vedení) a odměn.

Zásadní vliv na vývoj osobních nákladů má skutečnost, že TN musí zajistit počet zdravotnického personálu odpovídající počtu nasmlouvaných lůžek.

V následující tabulce je zaznamenána výše jednotlivých položek osobních nákladů ve sledovaném období na ORL.

Tab. č. 21: Osobní náklady na ORL (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| Mzdové náklady vč. odměn | 18 874 435 | 18 874 435 | 18 364 760 | 18 093 360 | 19 982 758 | 19 320 359 |
| Ostatní osobní náklady | 2 318 805 | 2 318 805 | 2 446 827 | 2 410 667 | 2 053 474 | 1 985 404 |
| Zákonné soc. pojištění | 5 196 626 | 5 196 626 | 5 198 321 | 5 121 499 | 5 534 019 | 5 350 575 |
| Zákonné zdrav. pojištění | 1 913 459 | 1 913 459 | 1 882 474 | 1 854 654 | 1 992 871 | 1 926 810 |
| Pojištění odpov.zaměstnavatele | 86 307 | 86 307 | 90 604 | 89 265 | 91 293 | 88 267 |
| Povinný příděl do FKSP | 377 519 | 377 519 | 367 301 | 361 873 | 199 826 | 193 202 |
| Ost.soc.náklady-náhrady mezd | 70 248 | 70 248 | 49 266 | 48 538 | 91 517 | 88 483 |
| osobní náklady celkem | 28 837 398 | 28 837 398 | 28 399 553 | 27 979 855 | 29 945 758 | 28 953 101 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Největší podíl na celkových osobních nákladech mají mzdové náklady. Pro posouzení vývoje jednotlivých položek je nutné znát počty zaměstnanců na tomto oddělení v jednotlivých letech, které jsou uvedeny v následující tabulce.

Tab. č. 22: Počet zaměstnanců na ORL

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|
| lékař | 19 | 19 | 19 |
| všeobecná sestra | 25 | 26 | 27 |
| zdravotnický asistent | 1 | 1 | 1 |
| sanitář | 6 | 6 | 6 |
| THP | 4 | 4 | 4 |
| celkem | 55 | 56 | 57 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Z předchozí tabulky je zřejmé, že ve sledovaném období narůstal meziročně počet všeobecných zdravotních sester, zatímco počty ostatních pracovníků zůstaly nezměněny. V roce 2010 se i přes zvýšení počtu zaměstnanců, podařilo snížit mzdové náklady.

V roce 2011 měla zásadní vliv na vývoj osobních nákladů kampaň s názvem „Děkujeme, odcházíme“ a následné schválení Memorand o úpravě poměrů ve zdravotnictví s lékaři a později i s ostatními nelékařskými pracovníky. Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví s lékaři bylo podepsáno 17. února 2011 a zabývalo se úpravou úhradové vyhlášky a způsobem realizace navýšení platů lékařů v roce 2011.

Z tabulky č. 21 je rovněž patrné snížení povinného přídělu do FKSP. V letech 2009 a 2010 tvořil příděl do FKSP 2% z ročního objemu nákladů zúčtovaných na platy. V roce 2011 došlo novelizací vyhlášky č. 114/2002 Sb. ke snížení přídělu do FKSP na 1% celkových nákladů zúčtovaných na platy.

V tabulce č. 23 je zaznamenán vývoj jednotlivých položek osobních nákladů ve sledovaném období na Očním oddělení.

Tab. č. 23: Osobní náklady na Očním oddělení (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|--------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| Mzdové náklady vč. odměn | 9 534 299 | 9 534 299 | 9 861 075 | 9 715 345 | 11 015 092 | 10 649 958 |
| Ostatní osobní náklady | 805 616 | 805 616 | 918 191 | 904 622 | 806 528 | 779 793 |
| Zákonné soc. pojištění | 2 514 825 | 2 514 825 | 2 647 259 | 2 608 137 | 2 960 919 | 2 862 769 |
| Zákonné zdrav. pojištění | 932 310 | 932 310 | 958 902 | 944 731 | 1 066 069 | 1 030 730 |
| Pojištění odpov.zaměstnavatele | 41 379 | 41 379 | 44 876 | 44 213 | 49 104 | 47 476 |
| Povinný příděl do FKSP | 190 704 | 190 704 | 197 228 | 194 313 | 110 154 | 106 503 |
| Ost.soc.náklady-náhrady mezd | 35 776 | 35 776 | 31 720 | 31 251 | 35 672 | 34 490 |
| osobní náklady celkem | 14 054 909 | 14 054 909 | 14 659 251 | 14 442 612 | 16 043 538 | 15 511 719 |

Zdroj: vlastní zpracování [10], 2013

Pro správnou interpretaci vývoje jednotlivých položek je stejně jako u rozboru osobních nákladů ORL, uvedena tabulka s počty zaměstnanců v jednotlivých letech na tomto oddělení.

Tab. č. 24: Počet zaměstnanců na Očním oddělení

| | <i>2009</i> | <i>2010</i> | <i>2011</i> |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| lékař | 15 | 15 | 14 |
| všeobecná sestra | 15 | 15 | 14 |
| sanitář | 2 | 2 | 2 |
| THP | 2 | 2 | 2 |
| celkem | 34 | 34 | 32 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Z předchozí tabulky je zřejmé, že zatímco se počet zaměstnanců v roce 2009 a 2010 neměnil, v roce 2011 došlo k poklesu počtu lékařů a všeobecných zdravotních sester. Tento pokles však neměl vliv na změnu rostoucí tendence osobních nákladů, jelikož se nejednalo o razantní pokles a dále z důvodu výše zmiňovaného Memoranda o úpravě poměrů ve zdravotnictví s lékaři.

4.2.5 Odpisy

Odpisy vyjadřují morální nebo fyzické opotřebení majetku za určité období a jsou další významnou položkou ovlivňující náklady Thomayerovy nemocnice. Odpisový plán slouží TN jako podklad k vyčíslení opravek odpisovaného majetku v průběhu jeho používání. Pro dlouhodobý hmotný a dlouhodobý nehmotný majetek je v TN od začátku roku 2008 stanoven odpisový plán dle pokynů zřizovatele, tj. MZČR.

Účetní odpisy se počítají z ceny, ve které je majetek oceněn v účetnictví. Sazby účetních odpisů jsou stanovovány z hlediska času, doby upotřebitelnosti či ve vztahu k výkonům. V následující tabulce jsou zobrazeny odpisy ve sledovaném období na ORL. V roce 2011 došlo ke změně účtového rozvrhu a začal se zvlášť odepisovat drobný dlouhodobý hmotný majetek do 10 tis. Kč a nad 10 tis. Kč.

Tab. č. 25: Odpisy na ORL (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|--------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| Odpisy zdrav.techniky | 1 467 770 | 1 467 770 | 1 564 189 | 1 541 073 | 1 579 735 | 1 527 369 |
| Odpisy ostatních SMV | 65 868 | 65 868 | 65 868 | 64 895 | 65 868 | 63 685 |
| Odpisy DDHM do 10 tis.Kč | 0 | 0 | 0 | 0 | 47 994 | 46 403 |
| celkem | 1 533 638 | 1 533 638 | 1 630 057 | 1 605 967 | 1 693 597 | 1 637 457 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Zatímco odpisy ostatních SMV se ve sledovaném období neměnily, odpisy zdravotní techniky vzrostly z důvodu zařazení nového přístroje na oddělení ORL.

Celkové odpisy se na Očním oddělení ve sledovaném období zvyšovaly, neboť byl rovněž zařazen nový přístroj a ostatní SMV. V roce 2011 byl pořízen drobný dlouhodobý hmotný majetek, který zvýšil celkové odpisy o 64 630 Kč.

Tab. č. 26: Odpisy na Očním oddělení (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| Odpisy zdrav.techniky | 1 673 005 | 1 673 005 | 1 777 309 | 1 751 043 | 1 784 542 | 1 725 387 |
| Odpisy ostat. SMV | 20 472 | 20 472 | 24 864 | 24 497 | 24 864 | 24 040 |
| Odpisy DDHM do 10 tis.Kč | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 062 | 55 171 |
| Odpisy DDHM nad 10 tis.Kč | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 568 | 7 317 |
| celkem | 1 693 477 | 1 693 477 | 1 802 173 | 1 775 540 | 1 874 036 | 1 811 915 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

4.2.6 Tržby za zdravotní péči od pojišťoven

Tato výnosová skupina zahrnuje tržby za zdravotní péči od jednotlivých zdravotních pojišťoven (ZP) a je závislá na jejich smluvním ujednání s Thomayerovou nemocnicí. Jednotlivé rámcové smlouvy předkládá TN na základě § 17 Zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění k posouzení z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem na zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností systému veřejného zdravotního pojištění Ministerstvu zdravotnictví, které je poté vydá jako vyhlášku.

Pro správnou interpretaci tržeb za zdravotní péči od jednotlivých pojišťoven je nutné znát, jaké úhradové mechanismy TN využívá, neboť na základě nich se vystavují pojišťovnám faktury. TN je financována pomocí paušálních plateb, které jsou stanoveny na základě počtu ošetřených pojištěnců v referenčním období. Úhrady TN zahrnují paušální složku za hospitalizační péči, úhradu formou případového paušálu, ambulantní složku úhrady a individuálně sjednanou složku úhrady.

Pro přeúčtování vnitropodnikových výkonů mezi odpovědnostními středisky TN slouží interní hodnota lékařského bodu. Základem pro stanovení této hodnoty jsou průměrné tržby TN za vykázané lékařské body v předchozím roce. Pro roky 2009-2011 byla interní hodnota lékařského bodu 0,80 Kč. Do výnosů od zdravotních pojišťoven se v průběhu roku účtují na jednotlivá odpovědnostní střediska pouze výkony do výše stanovených limitů bodů. Po splnění těchto limitů se na odpovědnostní střediska od roku 2010 již žádné výnosy od ZP neúčtují. [10] V případě, že kliniky nedodrží či překročí tyto limity, jsou uplatňovány sankce. Popsanou situaci znázorňuje následující tabulka.

Tab. č. 27: Tržby od pojišťoven Oční oddělení

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| body skutečnost | 20 364 547 | 18 853 308 | 19 146 779 |
| body rozpočet | 22 037 120 | 21 890 616 | 18 814 598 |
| tržby od pojišťoven | 22 409 229 | 20 176 853 | 15 577 646 |
| zúčtování | 0 | -810 047 | -5 608 251 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Vzhledem k nižšímu limitu v roce 2011 (stanoveného ze skutečnosti roku 2009), nebyly Očnímu oddělení účtovány výnosy od zdravotních pojišťoven ve výši 5,6 milionu Kč a oddělení tak vykázalo vyšší ztrátu.

Podobná situace jako na Očním oddělení v roce 2011 byla zaznamenána o rok dříve na ORL. V roce 2010 ORL výrazně překročilo stanovený rozpočet bodů, což se projevilo při zúčtování a způsobilo oddělení vyšší ztrátu.

Tab. č. 28: Tržby od pojišťoven ORL

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| body skutečnost | 34 306 502 | 34 083 498 | 32 912 700 |
| body rozpočet | 28 754 423 | 30 684 612 | 33 165 114 |
| tržby od pojišťoven | 34 713 466 | 32 661 732 | 32 183 474 |
| zúčtování | 0 | -2 931 880 | -990 401 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Tržby od ZP jsou hlavní položkou celkových výnosů obou oddělení. V následující tabulce jsou tržby členěny dle jednotlivých pojišťoven. Jelikož se situace na Očním oddělení v tomto ohledu příliš neliší, je problematika přiblížena pouze na příkladu ORL. Největších výnosů za zdravotní péči dosahuje ORL od VZP, OZP a MV.

Tab. č. 29: Tržby od pojišťoven ORL (v Kč)

| | 2009 | % z celku 2009 | 2010 | % z celku 2010 | 2011 | % z celku 2011 |
|----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| VZP | 22 358 848 | 64,4% | 20 823 952 | 63,8% | 20 362 152 | 63,3% |
| VoZP | 1 237 511 | 3,6% | 1 208 114 | 3,7% | 1 167 859 | 3,6% |
| Hutnická ZP | 51 393 | 0,1% | 222 069 | 0,7% | 236 489 | 0,7% |
| OZP | 7 519 577 | 21,7% | 7 030 120 | 21,5% | 7 076 725 | 22,0% |
| ZP Škoda Ml.Boleslav | 60 243 | 0,2% | 84 424 | 0,3% | 36 750 | 0,1% |
| ZP MV | 3 128 727 | 9,0% | 3 023 558 | 9,3% | 3 063 790 | 9,5% |
| Revírní bratrská ZP | 38 017 | 0,1% | 41 838 | 0,1% | 34 691 | 0,1% |
| Metal Allianz | 157 494 | 0,5% | 112 146 | 0,3% | 167 626 | 0,5% |
| Česká národní ZP | 113 758 | 0,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| ZP AGEL | 1 480 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| ZP MÉDIA | 46 418 | 0,1% | 115 511 | 0,4% | 37 390 | 0,1% |
| celkem | 34 713 466 | 100,0% | 32 661 732 | 100,0% | 32 183 474 | 100,0% |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Z předchozí tabulky je zřejmé, že činnost některých pojišťoven byla v průběhu zkoumaného období ukončena. Jednalo se o ukončení činnosti České národní zdravotní pojišťovny k třicátému prvnímu červenci roku 2009. [46] Dále došlo k prvnímu červenci 2009 ke sloučení ZP AGEL s Hutnickou zaměstnaneckou pojišťovnou.

TN dostává od ZP zálohové platby po celý kalendářní rok. Po skončení kalendářního měsíce zasílá vyúčtování provedených výkonů jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Zdravotní pojišťovny vypracují konečné vyúčtování do konce května následujícího roku. Částka za provedené výkony se stanovuje na základě znalosti bodové hodnoty výkonu, která udává součet všech přímých nákladů na výkon kalkulovaný v Kč a vyjádřený v bodech. [13] V kalkulaci bodové hodnoty není zahrnuta položka nepřímé náklady (režie), ta se zdravotním pojišťovnám vykazuje na základě času a minutové režijní sazby, která se liší dle odbornosti. Dle vyhlášky č. 439/2008 Sb. byla v roce 2009 stanovena k výkonům autorské odbornosti 701 (ORL) a 705 (Oční) minutová režijní sazba ve výši 3,10 bodu za jednu minutu času výkonu. V roce 2010 nabývala minutová režijní sazba podle vyhlášky č. 472/2009 Sb. výše 3,30 bodu a v roce 2011 dle vyhlášky č. 397/2010 Sb. 3,33 bodu.

Pro výpočet celkové úhrady za konkrétní výkon je dále nutné znát platnou hodnotu bodu. Ve sledovaném období měla na objem vykázaných tržeb od pojišťoven vliv hodnota bodu, která v TN ve sledovaných letech 2009-2011 dosahovala 0,95 Kč.

Výpočet celkové úhrady je ukázán na příkladu konkrétního výkonu (číslo 71011) ORL.

Tab. č. 30: Popis výkonu č. 71011

KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ OTOLARYNGOLOGEM 1

Kategorie: P – hrazen plně

OM: bez omezení

čas výkonu: 30

body: 136

| Nositel | INDX | Čas |
|---------|------|-----|
| L2 | 2 | 30 |

ZUM: ne

ZULP: ne

Zdroj: [13], 2013

Každý výkon uvedený v seznamu zdravotních výkonů je jednoznačně vymezen pětímístným číslem a názvem, který stručně vystihuje jeho podstatu. Dále se vždy uvádí kategorie úhrady výkonu (plně hrazen, hrazen za určitých podmínek, nehrazen z veřejného zdravotního pojištění), omezení pro vykazování výkonu místem jeho

provedení (OM), čas výkonu a body. Kromě toho stanovuje vyhláška rovněž nositele výkonu a jeho index (INDX), který charakterizuje kvalifikaci pracovníka k provedení konkrétního výkonu. K některým výkonům lze zvlášť účtovat zdravotnický materiál (ZUM) či léčivý přípravek (ZULP), pokud byl odůvodněně při výkonu spotřebován. [13]

Celkovou úhradu nákladů od zdravotních pojišťoven za konkrétní výkon lze spočítat dle následujícího vzorce:

Celková úhrada výkonu v Kč = (čas výkonu x minutová režijní sazba + počet bodů za výkon) x platná hodnota bodu v Kč

Tab. č. 31: Ohodnocení výkonu č. 71011 v letech 2009-2011

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| minutová režijní sazba | 3,10 | 3,30 | 3,33 |
| body celkem | 229,0 | 235,0 | 235,9 |
| hodnota bodu v Kč | 0,95 | 0,95 | 0,95 |
| celková úhrada výkonu v Kč | 217,55 | 223,25 | 224,11 |

Zdroj: vlastní zpracování, 2013

Ačkoliv se hodnota bodu vyjádřená v korunách ve sledovaném období nemění, celková úhrada za výkon Komplexního vyšetření otolaryngologem 1 roste. Důvodem je navýšení minutových režijních sazeb.

4.2.7 Tržby mimo pojišťovny

Tato výnosová skupina zahrnuje tržby za zdravotní péči mimo ZP a to jak tuzemskou, tak zahraniční. Dále tržby za ostatní služby jako je nadstandard a ubytování zaměstnanců, které je zahrnuto v položce ostatní. Velmi významnou položkou této skupiny jsou regulační poplatky, které se začaly vybírat od 1. 1. 2008 na základě zákona č. 261/2007 Sb. Od tohoto dne začala obě zkoumaná oddělení vybírat regulační poplatky ve výši 30 Kč za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření a dále 60 Kč za každý den, ve kterém byla poskytována ústavní péče.

Ve sledovaném období se na tržbách mimo zdravotní pojišťovny TN projevila změna výše regulačního poplatku za 1 den hospitalizace z původních 60 Kč na 100 Kč s účinností od 1. 12. 2011.

Tab. č. 32: Tržby za zdrav. péči mimo ZP na ORL (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | BC | SC | BC | SC | BC | SC |
| Tržby za zdr.péči mimo ZP tuzemské | 965 349 | 965 349 | 1 173 740 | 1 156 394 | 1 456 937 | 1 408 641 |
| Tržby za zdr. péči mimo ZP plast.výkony | 275 800 | 275 800 | 284 367 | 280 164 | 220 365 | 213 060 |
| Tržby za zdr.péči mimo ZP zahr.-EU | 48 093 | 48 093 | 16 824 | 16 575 | 18 100 | 17 500 |
| Tržby za zdr.péči mimo ZP zahr.-mimo EU | 199 081 | 199 081 | 134 251 | 132 267 | 188 548 | 182 298 |
| Tržby za ostatní služby ostatní | 63 992 | 63 992 | 79 878 | 78 697 | 76 355 | 73 824 |
| Tržby za ostatní služby nadstandard | 130 657 | 130 657 | 131 056 | 129 119 | 92 811 | 89 735 |
| Reg.poplatky-ambulance | 1 240 200 | 1 240 200 | 1 303 080 | 1 283 823 | 1 257 510 | 1 215 825 |
| Reg.poplatky-hospitalizace | 301 770 | 301 770 | 277 620 | 273 517 | 323 800 | 313 067 |
| celkem | 3 224 941 | 3 224 941 | 3 400 815 | 3 350 557 | 3 634 425 | 3 513 949 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Z výše uvedené tabulky je patrné, že se tržby za zdravotní péči mimo pojišťovny na ORL ve sledovaném období zvyšovaly. V roce 2010 byl tento růst způsoben zejména růstem vybraných regulačních poplatků za ambulantní péči a tuzemských tržeb za

zdravotní péči mimo ZP. V roce 2011 vzrostly celkové tržby především díky pokračujícímu nárůstu tuzemských tržeb za zdravotní péči mimo ZP.

Následující tabulka charakterizuje situaci na Očním oddělení. V roce 2010 tržby za zdravotní péči mimo ZP vzrostly díky výraznému nárůstu tržeb za klinické studie a také tuzemským tržbám za zdravotní péči mimo ZP. Pokles celkových tržeb za zdravotní péči mimo ZP na Očním oddělení v roce 2011 byl způsoben především prudkým snížením tržeb za klinické studie.

Tab. č. 33: Tržby za zdrav. péči mimo ZP na Očním oddělení (v Kč)

| | 2009 | | 2010 | | 2011 | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> | <i>BC</i> | <i>SC</i> |
| Tržby za zdr.péči mimo ZP tuzemské | 872 965 | 872 965 | 973 836 | 959 445 | 929 370 | 898 563 |
| Tržby za zdr.péči mimo ZP zahr.-EU | 14 422 | 14 422 | 11 584 | 11 413 | 10 515 | 10 166 |
| Tržby za zdr.péči mimo ZP zahr.-mimo EU | 100 664 | 100 664 | 69 647 | 68 618 | 72 190 | 69 797 |
| Tržby za ostatní služby ostatní | 51 688 | 51 688 | 38 455 | 37 886 | 38 000 | 36 740 |
| Tržby za ostatní služby nadstandard | 440 | 440 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tržby za ostatní služby klinické studie | 67 127 | 67 127 | 250 000 | 246 305 | 6 672 | 6 451 |
| Reg.poplatky-ambulace | 839 310 | 839 310 | 799 590 | 787 773 | 771 630 | 746 052 |
| Reg.poplatky-hospitalizace | 64 980 | 64 980 | 69 000 | 67 980 | 61 750 | 59 703 |
| celkem | 2 011 596 | 2 011 596 | 2 212 112 | 2 179 421 | 1 890 127 | 1 827 472 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

4.2.8 Vnitropodnikové náklady a výnosy

„Vnitropodnikové účetnictví slouží ke sledování finančního objemu vybraných činností, které si navzájem poskytují jednotlivá odpovědnostní střediska uvnitř organizace a to:

- a) specializovaných lékařských a vyšetřovacích výkonů a
- b) vnitřních služeb převážně režijního charakteru.“ [10]

Dále poskytuje informace o toku, výši a rozložení vzájemných služeb pro sestavování a vyhodnocování finančních plánů, pro zrealnění obrazu o hospodaření jednotlivých odpovědnostních středisek a pro zpřesnění následných analýz celkového hospodaření TN.

Pro vedení vnitropodnikového účetnictví využívá TN samostatného účetního okruhu, účtů 7. a 8. účtové třídy. Na účtech 7. účtové třídy se zachycují vnitropodnikové náklady, 8. účtová třída zobrazuje vnitropodnikové výnosy. Celkové náklady 7. účtové třídy odpovídají celkovým výnosům 8. účtové třídy, neovlivňují tak výsledek hospodaření. Finanční objemy jsou vypočteny dodavatelským střediskem na základě příslušných interních ceníků. [10]

Vnitropodnikové náklady ORL zahrnují např. dopravu, ubytování zaměstnanců, elektropráce. Největší podíl na této položce má však vnitřní nájemné, které se pohybuje ve sledovaných letech okolo 70% vnitropodnikových nákladů. Hodnota vnitřního nájemného se stanoví na základě plochy střediska (1739 m²) a příslušné ceny za m². Obsahuje náklady na Areál TN a to především odpisy budov, energie, opravy výtahů, údržbu zeleně Areálu a údržbu osvětlení Areálu. Vnitropodnikové výnosy ORL jsou tvořeny jedinou položkou a to agregovanými výkony.

V následující tabulce jsou zaneseny hodnoty vnitropodnikových nákladů a výnosů ORL. Z této tabulky je patrné, že zatímco vnitropodnikové výnosy ve sledovaném období rostly, v oblasti vnitropodnikových nákladů došlo v roce 2010 k výraznému poklesu následovaném mírným růstem v roce 2011.

Tab. č. 34: Vnitropodnikové náklady a výnosy ORL (v Kč)

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| vnitropodnikové náklady | 3 156 804 | 2 826 102 | 2 853 547 |
| vnitropodnikové výnosy | 18 038 | 33 386 | 36 856 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Vývoj vnitropodnikových nákladů a výnosů Očního oddělení zachycuje následující tabulka. Rovněž jako na ORL tvoří nejvyšší podíl na těchto nákladech vnitřní nájemné, které se pohybuje od 76% v roce 2009 až k 89% v roce 2011. Vnitropodnikové výnosy Očního oddělení jsou tvořeny také jedinou položkou a to agregovanými výkony.

Tab. č. 35: Vnitropodnikové náklady Oční oddělení (v Kč)

| | 2009 | 2010 | 2011 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| vnitropodnikové náklady | 1 663 647 | 1 499 339 | 1 471 229 |
| vnitropodnikové výnosy | 1 649 | 2 494 | 1 439 |

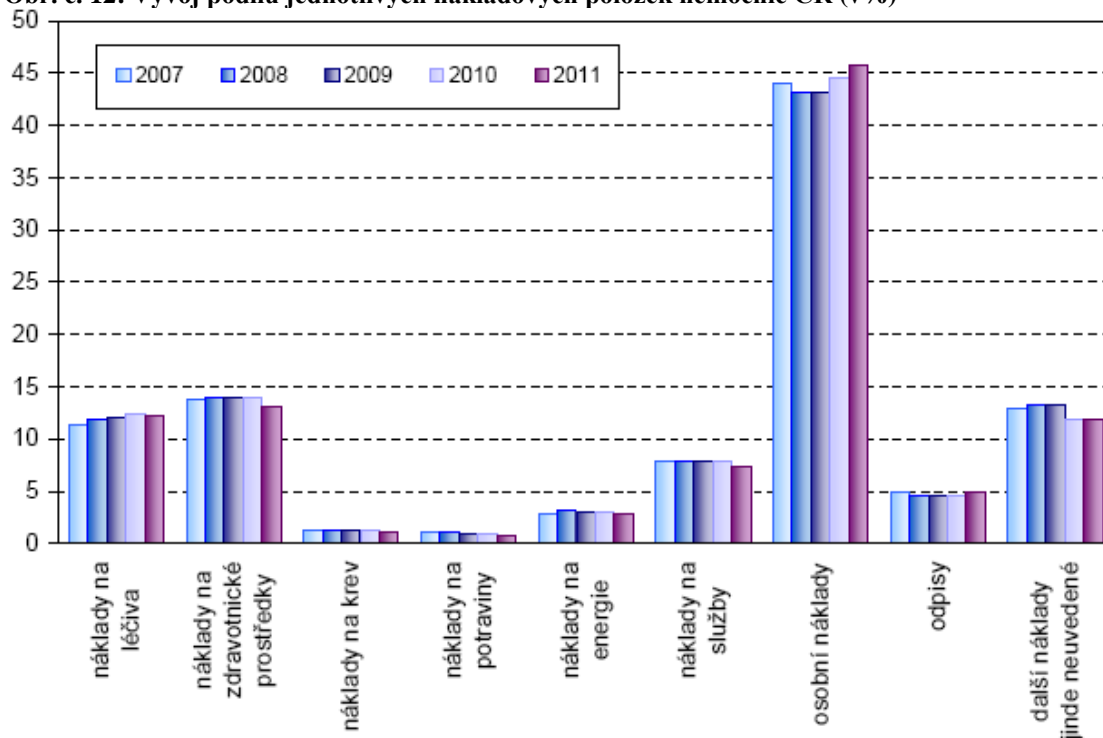
Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Nejvyšších hodnot vnitropodnikových nákladů dosahovalo Oční oddělení v roce 2009 a to z důvodu vysokých nákladů na stěry a sterilizace.

5 Zhodnocení vývoje nákladů a výnosů, shrnutí a návrh opatření

Provedená analýza umožnila získat ucelený pohled na nákladovou a výnosovou situaci vybraných oddělení. Největší položkou nákladů jsou v TN osobní náklady, jejichž podíl na celkových nákladech se ve sledovaném období stejně jako v ostatních nemocnicích ČR zvyšoval. V oblasti nákladů na léčiva a na služby byl vývoj kolísavý, zatímco náklady na léky v roce 2011 oproti roku 2009 vzrostly v BC více jak o 4%, náklady na služby se podařilo snížit téměř o 5%. Další významnou složkou nákladů v TN je spotřeba materiálu, kterou se podařilo ve sledovaném období výrazně snížit.

Obr. č. 12: Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic ČR (v%)



Zdroj: [37], 2013

Celkové výnosy TN ve sledovaném období kolísaly, v roce 2010 došlo k jejich meziročnímu mírnému poklesu, v roce 2011 z pohledu běžných cen následně vzrostly, avšak z pohledu stálých cen dále klesaly. Výsledek hospodaření TN v letech 2009 až 2011 klesal, přesto byl stále kladný. Hospodaření obou analyzovaných oddělení však zaznamenalo v tomto období ztrátu, vyjma roku 2009 na Očním oddělení, způsobenou především výrazným poklesem tržeb od zdravotních pojišťoven. Otázkou je tedy, zda

existuje opatření, které by pomohlo zlepšit popsanou situaci. Pro zjištění odpovědi je nutné objasnit, které položky nákladů a výnosů lze ovlivnit personálem těchto oddělení a které lze optimalizovat zásahem vedení TN.

Mezi nákladové položky, které nemohou ovlivnit zaměstnanci oddělení, patří personální náklady, neboť má na jejich výši významný vliv tabulkový systém. Dále se jedná především o externí služby, odpisy ZT a vnitřní nájemné. Vyjádřeno procenty nemohou zaměstnanci ORL ovlivnit téměř 90% celkových nákladů.

Mezi náklady, které lze ovlivnit personálem oddělení naopak patří spotřeba materiálu a léky. Pro zajištění racionálního předepisování léků na recepty slouží v TN pozitivní lékový list, který vytváří a pravidelně aktualizuje Léková komise. Tento pozitivní lékový list pomáhá všem lékařům v TN ve výběru co nejbezpečnějšího, nejúčinnějšího a současně co nejúspornějšího léčivého přípravku.

Z pohledu vedení TN je teoreticky možné ovlivnit v delším časovém horizontu určitým způsobem všechny složky nákladů. Snahou vedení je pochopitelně dosáhnout, co nejnižších nákladů při zachování kvalitní péče. V této souvislosti je nutné zmínit, že v TN existuje Odbor controllingu, který sleduje, pravidelně vyhodnocuje a předává informace vedení a jednotlivým klinikám o jejich hospodaření. To umožňuje v případě nepříznivého vývoje provést včas vhodné opatření. Zároveň za podpory Odboru controllingu se management TN zabývá hledáním a realizací opatření vedoucích k úsporám. Jako příklad lze uvést vypsání veřejné zakázky na dodávku tepelné energie v květnu 2008, jejímž cílem bylo získat efektivní zásobování teplem a současně provést modernizaci energetického zařízení. Vítězem této veřejné zakázky se stala společnost České teplo, s.r.o. Modernizace byla dokončena v srpnu 2010. [18] Finanční úspory se projeví hned po prvním roce užívání, ve kterém dosáhly 9,8 miliónů korun. [45]

V oblasti spotřeby materiálu a léků se ve sledovaném období podařilo snížit náklady díky zvýšenému využívání elektronických aukcí, avšak tento efekt byl nepříznivě ovlivněn rostoucí sazbou DPH. Dále je nutné si uvědomit, že efekt elektronických aukcí s časem klesá a rovněž skutečnost, že v nákladech na léky nelze jednoduše najít neopodstatněnou položku a tu jednoduše škrtnout.

Nejvýznamnější položkou nákladů jsou osobní náklady, které poskytují z pohledu vedení TN teoretickou možnost úspor. Tyto náklady však lze výrazněji snížit pouze propuštěním části personálu. Před tímto rozhodnutím je ovšem důležité si uvědomit, že je vyhláškou stanoven počet personálu na jedno lůžko. Je tedy nezbytné zachovat počet personálu odpovídající danému počtu lůžek, u kterých je třeba zjistit jejich využití. Obloženost stávajících lůžek na ORL a Očním oddělení v r. 2011 ukazuje následující tabulka.

Tab. č. 36: Obloženost ORL a Očního oddělení v r. 2011

| | lůžka fyzicky existující | otevřená lůžka | max. lůžkodny z otev. lůžek | obsazená lůžka | obloženost % |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ORL | 29 | 27 | 9 855 | 5 500 | 56 |
| Oční oddělení | 18 | 14 | 5 110 | 987 | 19 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Z předchozí tabulky je patrné, že obloženost obou oddělení, zejména pak Očního oddělení je velmi nízká. Hlavním důvodem nízké obloženosti Očního oddělení je rychlý rozvoj tohoto lékařského oboru v posledních letech, díky němuž lze většinu výkonů provádět ambulantně. Další příčinou je skutečnost, že je Oční oddělení o víkendech uzavřeno.

Vhodným řešením stávající situace je tedy redukce nadbytečných lůžek. Množství lůžek, které je možné zrušit, ukazuje následující tabulka.

Tab. č. 37: Úspora lůžek na ORL a Očním oddělení

| | lůžka fyzicky existující | otevřená lůžka | max. lůžkodny z otev. lůžek | 80% lůžkodnů z otev. lůžek | obsazená lůžka | úspora lůžek |
|----------------------|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| ORL | 29 | 27 | 9 855 | 7 884 | 5 500 | 6,5 |
| Oční oddělení | 18 | 14 | 5 110 | 4 088 | 987 | 8,5 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [10], 2013

Z tab. č. 37 je patrné, že při stávající obsazenosti lůžek lze snížit jejich počet celkem o 14 lůžek. Tato redukce přinese úsporu osobních nákladů, která je vypočítána v následující tabulce. Výpočet vychází ze stanovení úvazků v závislosti na typu

ošetřovacího dne, který se vykazuje při hospitalizaci pacienta na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení či při pobytu pacienta ve stacionářích, případně při jednodenní péči na lůžku. [12] Na ORL i Očním oddělení se vykazuje typ ošetřovacího dne 00002.

Tab. č. 38: Úvazky na příslušný počet lůžek, úspora úvazků

| | lékař L3 | lékař L2 | lékař L1 | lékař ÚPS | ZPBD | ZPBD | ZPOD |
|-----------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| | | | | | s přísl. sp. | ZPOD | bez matur. |
| ORL při 29 lůžkách | 0,32 | 0,32 | 0,97 | 0,32 | 1,29 | 8,23 | 4,19 |
| Oční při 18 lůžkách | 0,20 | 0,20 | 0,60 | 0,20 | 0,80 | 5,11 | 2,60 |
| celkem na 47 lůžek | 0,52 | 0,52 | 1,57 | 0,52 | 2,08 | 13,33 | 6,78 |
| ORL při 23 lůžkách | 0,25 | 0,25 | 0,77 | 0,25 | 1,02 | 6,52 | 3,32 |
| Oční při 10 lůžkách | 0,11 | 0,11 | 0,33 | 0,11 | 0,44 | 2,84 | 1,44 |
| celkem na 33 lůžek | 0,36 | 0,36 | 1,10 | 0,36 | 1,46 | 9,36 | 4,76 |
| úspora úvazků celkem | 0,15 | 0,15 | 0,47 | 0,15 | 0,62 | 3,97 | 2,02 |
| průměrné měsíční ON | 79 354 | 61 192 | 45 826 | 38 495 | 38 114 | 25 704 | 19 040 |
| měsíční úspora v Kč | 12 221 | 9 424 | 21 385 | 5 928 | 23 656 | 102 079 | 38 473 |

Zdroj: vlastní zpracování dle [12], 2013

Předchozí tabulka zobrazuje přepočtené úvazky potřebné na příslušný počet lůžek, dle nositelů výkonů. Pro lékaře jsou stanoveny tři stupně mzdového indexu, přičemž index 1 udává náročnost výkonu, která odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání. Index 2 udává náročnost výkonu, která odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta s odbornou způsobilostí k výkonu povolání bez odborného dohledu na základě certifikátu o absolvování základního kmene, či těchto osob, které byly zařazené do specializačního vzdělávání do 31. 12. 2007. Index 3 udává náročnost výkonu, která odpovídá kvalifikaci lékaře, zubního lékaře nebo farmaceuta se specializovanou způsobilostí či se zvláštní odbornou způsobilostí. Dále je v tabulce rozdělen ošetřovatelský personál do tří kategorií – zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání bez odborného dohledu (ZPBD) s příslušnou specializovanou způsobilostí, dále ZPBD a zdravotničtí pracovníci způsobilí k výkonu povolání pod odborným dohledem s maturitou (ZPOD) a ZPOD bez maturity. [12] V neposlední řadě je v tabulce zanesen požadavek na úvazek lékaře ústavní pohotovostní služby (ÚPS).

Při výpočtu úspory vyjádřené v Kč, byla použita interní data TN o průměrných měsíčních osobních nákladech (ON).

Snížením počtu lůžek o 14 by TN dosáhla měsíční úspory ve výši 213 167 Kč, což ročně činí 2 557 998 Kč. Redukcí lůžek se navíc uvolní prostory k dalšímu užití, např. jinými odděleními.

Největší položkou výnosů jsou tržby od zdravotních pojišťoven, které ve sledovaném období přesahují 75% celkových výnosů. Tržby od ZP jsou však závislé na úhradové vyhlášce pro daný rok, ve které je stanovena hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní péče byla v roce 2011 hrazena paušální úhradou ve výši 98 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období, kterým byl rok 2009. [11] TN stejně jako další nemocnice se tedy snaží zvýšit výnosy ze zdrojů mimo zdravotní pojišťovny. Těmi jsou především dotace ze státního rozpočtu ČR, z nichž nejvyšší obnos dostává TN na provoz Dětského centra, menší částky na podporu kojení v rámci Národní linky kojení NARLAC a na rezidenční místa. Dále získává TN finance formou grantů na vědeckovýzkumnou činnost od grantových agentur – Interní grantová agentura Ministerstva zdravotnictví (IGA), Grantové agentury ČR (GAČR), Grantové agentury Akademie věd (GAVV). [27] V roce 2011 se vedení nemocnice podařilo získat finance na 13 výzkumných projektů od IGA MZČR, čtyři vědecké projekty jiných českých grantových agentur a dva projekty financované ze zahraničí. Celkově bylo na vědecké projekty v tomto roce vynaloženo 8,1 mil Kč, dále byly realizovány tři projekty OPPA a jeden projekt IOP na které bylo získáno 26,7 mil Kč. [34]

Na závěr je nutné podotknout, že je stále problematičtější hledat v nemocnicích nové oblasti úspor. Toto tvrzení lze podložit slovy ředitele Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, kterým je MUDr. Marek Zeman, MBA. V rozhovoru pro deník E15 uvedl, že, se snaží např. o snižování nákladů za zboží, ale možnosti se neustále zmenšují. Oblast osobních nákladů považuje za ještě problematičtější, neboť platy stoupají. Z pohledu výdajů na pacienta uvedl problém limitování různými standardy akreditace kvality, medicínskými standardy a podobně. [19]

6 Závěr

Situací ve zdravotnictví se v mnoha zemích dlouhodobě zabývá řada odborníků, jedním z důvodů jsou na jedné straně neustále se zvyšující požadavky pacientů a na druhé straně omezené prostředky plynoucí do zdravotnictví. Cílem většiny zdravotnických zařízení je poskytování kvalitní péče, avšak řada z nich se potýká s problémy v hospodaření, proto je nutné analyzovat jejich příčinu a hledat vhodná opatření.

Diplomová práce se zabývá analýzou nákladů a výnosů vybraných klinik Thomayerovy nemocnice v období od roku 2009 do roku 2011.

Nejprve jsou vymezeny základní pojmy související s tématem práce – zdraví, zdravotní péče, specifika systému péče o zdraví a zdravotnictví. Dále jsou v práci charakterizovány základní modely financování zdravotní péče a nastíněna problematika financování zdravotnictví v ČR. Následující část teoretického úseku je věnována zdravotnickým zařízením a jejich hospodaření se zaměřením na náklady a výnosy nemocnic. V neposlední řadě je uvedena charakteristika příspěvkové organizace a přiblíženo hospodaření příspěvkových organizací státu.

V praktické části jsou nejdříve stručně analyzovány náklady a výnosy Thomayerovy nemocnice jako celku. Ačkoliv se hospodářský výsledek nemocnice ve sledovaném období snižoval, stále dosahoval kladných hodnot a tak lze označit hospodaření nemocnice jako úspěšné.

Další část práce je věnována analýze nákladů a výnosů na ORL a Očním oddělení. Analýzou bylo zjištěno, že největší položkou nákladů jsou osobní náklady, které v důsledku schválení Memoranda ve sledovaném období rostly. Dalšími významnými položkami nákladů je spotřeba materiálů, léky a služby, na jejichž vývoji se negativně projevíly rostoucí sazby DPH. Nejvýznamnější položkou výnosů jsou tržby od zdravotních pojišťoven, které jsou však závislé na úhradové vyhlášce pro daný rok a dále na stanovených limitech od zdravotních pojišťoven. Tato skutečnost je hlavním důvodem zhoršujícího se výsledku hospodaření obou oddělení v letech 2010 a 2011, neboť od roku 2010 mají výnosy od ZP klesající tendenci na základě stanovených limitů uvedených ve vyhlášce a do výnosů od zdravotních pojišťoven se účtují na jednotlivá odpovědnostní střediska pouze výkony do výše stanovených limitů.

Dále bylo zjištěno, že v TN existuje velká snaha o minimalizaci nákladů a zároveň získání co největšího objemu prostředků, lze však konstatovat, že prostor pro hledání úspor se neustále zmenšuje. Výpočet obloženosti stávajících lůžek odhalil jejich nízké využití, a tak byla navržena redukce celkem o 14 lůžek, která by přinesla roční úsporu přesahující 2, 5 milionu Kč a dále možnost využít uvolněné prostory jinými klinikami.

Tvrzení, že lze v Thomayerově nemocnici zredukovat počet lůžek na sledovaných odděleních při zachování stávajícího rozsahu a kvality služeb, je z pohledu vybraných oddělení pravdivé. Díky rozvoji v medicíně, lze omezit počet lůžek na obou odděleních.

Přínosem teoretické části diplomové práce je doplnění literární rešerše o relevantní statistické údaje vztahující se k období, pro které je prováděna analýza.

V praktické části práce je problematika analýzy nákladů a výnosů zpracována z pohledu praxe konkrétního zdravotnického zařízení. Práce poukazuje na řadu souvislostí, které je nutné znát pro správné vyhodnocení vývoje jednotlivých položek nákladů a výnosů v daném období. V neposlední řadě jsou popsány zásadní změny ve sledovaném období mající vliv na vývoj hospodaření TN. Výstupem diplomové práce je komplexní pohled na problematiku nákladů a výnosů vybraných oddělení Thomayerovy nemocnice, který je využitelný i pro další zdravotnická zařízení.

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tab. č. 1: Trendy ve vývoji nemocniční péče v letech 2009-2011 | 21 |
| Tab. č. 2: Výnosy nemocnic k 31. 12. 2011 | 25 |
| Tab. č. 3: Hospodaření nemocnic podle zřizovatele k 31. 12. 2011 | 26 |
| Tab. č. 4: Základní charakteristiky vybraných oddělení nemocnic v Praze v r. 2011 | 34 |
| Tab. č. 5: Náklady TN v letech 2009-2011..... | 38 |
| Tab. č. 6: Výnosy TN v letech 2009-2011..... | 39 |
| Tab. č. 7: Výsledek hospodaření TN (v tis. Kč) | 40 |
| Tab. č. 8: Přehled nákladů a výnosů ORL | 41 |
| Tab. č. 9: Přehled nákladů a výnosů Očního oddělení..... | 42 |
| Tab. č. 10: Spotřeba materiálu na ORL (v Kč)..... | 43 |
| Tab. č. 11: Počet URČ a hospitalizací na ORL | 44 |
| Tab. č. 12: Spotřeba materiálu na Očním oddělení (v Kč) | 44 |
| Tab. č. 13: Počet URČ a hospitalizací na očním oddělení..... | 44 |
| Tab. č. 14: Spotřeba léků na ORL (v Kč)..... | 45 |
| Tab. č. 15: Spotřeba léků na Očním oddělení (v Kč) | 46 |
| Tab. č. 16: Limity a skutečnosti preskripce na ORL a Očním oddělení..... | 46 |
| Tab. č. 17: Ambulantní body, URČ, preskripce na ORL..... | 47 |
| Tab. č. 18: Ambulantní body, URČ, preskripce na Očním oddělení..... | 47 |
| Tab. č. 19: Služby ORL | 49 |
| Tab. č. 20: Služby Oční | 50 |
| Tab. č. 21: Osobní náklady na ORL (v Kč)..... | 51 |
| Tab. č. 22: Počet zaměstnanců na ORL | 52 |
| Tab. č. 23: Osobní náklady na Očním oddělení (v Kč) | 53 |

| | |
|--|----|
| Tab. č. 24: Počet zaměstnanců na Očním oddělení | 53 |
| Tab. č. 25: Odpisy na ORL (v Kč)..... | 54 |
| Tab. č. 26: Odpisy na Očním oddělení (v Kč) | 54 |
| Tab. č. 27: Tržby od pojišťoven Oční oddělení | 55 |
| Tab. č. 28: Tržby od pojišťoven ORL..... | 56 |
| Tab. č. 29: Tržby od pojišťoven ORL (v Kč) | 56 |
| Tab. č. 30: Popis výkonu č. 71011 | 57 |
| Tab. č. 31: Ohodnocení výkonu č. 71011 v letech 2009-2011 | 58 |
| Tab. č. 32: Tržby za zdrav. péči mimo ZP na ORL (v Kč)..... | 59 |
| Tab. č. 33: Tržby za zdrav. péči mimo ZP na Očním oddělení (v Kč)..... | 60 |
| Tab. č. 34: Vnitropodnikové náklady a výnosy ORL (v Kč)..... | 62 |
| Tab. č. 35: Vnitropodnikové náklady Oční oddělení (v Kč) | 62 |
| Tab. č. 36: Obložnost ORL a Očního oddělení v r. 2011 | 65 |
| Tab. č. 37: Úspora lůžek na ORL a Očním oddělení | 65 |
| Tab. č. 38: Úvazky na příslušný počet lůžek, úspora úvazků..... | 66 |

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obr. č. 1: Postup práce..... | 8 |
| Obr. č. 2: Potřeba zdrav. péče ze společ. hlediska ve vztahu k finanční nákladovosti... 10 | |
| Obr. č. 3: Výdaje na zdravotnictví v ČR (mld. Kč)..... | 16 |
| Obr. č. 4: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v%)..... | 17 |
| Obr. č. 5: Struktura nákladů nemocnic k 31. 12. 2011 podle zřizovatele (v %)..... | 23 |
| Obr. č. 6: Rozdělení nemocnic dle zřizovatele v roce 2011 | 27 |
| Obr. č. 7: Pohled na TN | 31 |
| Obr. č. 8: Organizační struktura TN | 33 |
| Obr. č. 9: Struktura nákladů TN v letech 2009-2011..... | 38 |
| Obr. č. 10: Struktura výnosů TN v letech 2009-2011..... | 40 |
| Obr. č. 11: Vztahový rámec nakládání s léčivý v nemocnici | 45 |
| Obr. č. 12: Vývoj podílu jednotlivých nákladových položek nemocnic ČR (v%)..... | 63 |

Seznam zkratek

| | |
|-------|--|
| BC | běžné ceny |
| FKSP | fond kulturních a sociálních potřeb |
| MTZ | materiálně technické zásoby |
| MZ ČR | Ministerstvo zdravotnictví České republiky |
| ORL | Otorhinolaryngologie |
| SC | stálé ceny |
| SMV | samostatné movité věci |
| SZM | speciální zdravotnický materiál |
| THP | technicko-hospodářští pracovníci |
| TN | Thomayerova nemocnice |
| URČ | unicitní rodné číslo |
| VZZ | výkaz zisku a ztráty |
| ZP | zdravotní pojišťovna |
| ZT | zdravotní technika |

Použitá literatura

Monografie a skripta

- [1] BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví*. Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8
- [2] DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-482-9
- [3] DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-494-2
- [4] DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9
- [5] GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-99-8
- [6] MOCKOVČIAKOVÁ, Alena. *Příspěvkové organizace 2009*. Praha: ASPI, 2009. ISBN 978-80-7357-416-1
- [7] PAVLÁSEK, Vlastimil., KUNEŠOVÁ, Hana., HEJDUKOVÁ, Pavlína. *Veřejné finance a daně*. 2. vydání, Plzeň: Nava, 2009. ISBN 978-80-7211-329-3
- [8] ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012. ISBN 978-80-7454-135-3
- [9] ZLÁMAL, Jaroslav., BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-429-1

Zákony, vyhlášky a interní dokumenty TN

- [10] THOMAYEROVA NEMOCNICE. *Interní dokumenty*. Praha, 2011.
- [11] Vyhláška č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2010. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-396>

[12] Vyhláška č. 397/2010 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2010. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dbornik/dokumenty/vyhlasaka-c-sb-ze-dne-prosince_4535_999_3.html

[13] Vyhláška č. 472/2009 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2009. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-472>

[14] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 1966. Dostupné z: http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966.php

[15] Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2000. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-218>

[16] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2011. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Internetové zdroje

[17] Česká lékařská komora. *Etický kodex České lékařské komory* [online]. 2004 [cit. 25.2.2013]. Dostupné z: <http://www.clkbrno.cz/index.php?desktop=clanky&action=view&id=46>

[18] České teplo. *Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou, Praha 4 – Krč* [online]. 2011 [cit. 5.2.2013]. Dostupné z: <http://www.cesketeplo.cz/thomayerova-nemocnice>

[19] E15. *Hledat v nemocnicích úspory je stále těžší* [online]. 2012 [cit. 24.3.2013]. Dostupné z: <http://euro.e15.cz/hyde-park/rozhovory/marek-zeman-hledat-v-nemocnicich-uspory-je-stale-tezsi-939062>

[20] Firmy. *ORL ordinace a pracoviště Praha 4* [online]. 2012 [cit. 8.3.2013]. Dostupné z: <http://www.firmy.cz/Prvni-pomoc-a-zdravotnictvi/Zdravotnickesluzby/Zdravotnicka-zarizeni/Lekarske-ordinace/ORL-ordinace/kraj-praha/praha-4>

- [21] JOURMAD, Isabelle., ANDRÉ, Christophe., NICQ, Chantal. *Health Care Systems: Efficiency and Institutions* [online]. 2010 [cit. 13.4.2013]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/eco/healthcaresystemsefficiencyandpolicyssettings.htm>
- [22] KOREJSOVÁ, Marie. *Systém úhrad zdravotní péče v Českém zdravotnictví* [online]. 2012 [cit. 14.2.2013]. Dostupné z: www.lf3.cuni.cz/.../System_uhrady_zdravotni_pece_Ing_Korejsova
- [23] MZCR. *Výdaje na zdravotnictví rostou* [online]. 2013 [cit. 28.3.2013]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/vydaje-na-zdravotnictvi-rostou_7563_1.html
- [24] NRC. *Úvod do problematiky DRG* [online]. 2012 [cit. 11.2.2013]. Dostupné z: <http://drg.nrc.cz/uvoddrg.html>
- [25] OECD. *Health at a Glance: Europe 2012* [online]. 2012 [cit. 21.3.2013]. Dostupné z: <http://www.oecd.org/els/health-systems/healthataglanceeurope.htm>
- [26] OPBW. *Constitution of the World Health Organization* [online]. 2009 [cit. 25.2.2012]. Dostupné z: http://www.opbw.org/int_inst/health_docs/WHO-CONSTITUTION.pdf
- [27] Svět zdravotnictví. *Thomayerova nemocnice - Nový název, stávající spektrum činností* [online]. 2012 [cit. 25.2.2013]. Dostupné z: <http://www.svetzdravotnictvi.cz/thomayerova-nemocnice-novy-nazev-stavajici-spektrum-cinnosti-aas1683/>
- [28] ŠMEHLÍKOVÁ, Jitka a kol. *Struktura nákladů lůžkových oddělení nemocnic České republiky* [online]. 1999 [cit. 27.12.2012]. Dostupné z: www.zdravcr.cz/Archiv/1999/2-3/07.pdf
- [29] Thomayerova nemocnice. *Historie* [online]. 2011 [cit. 2.11.2012]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/o-nas/historie/>
- [30] Thomayerova nemocnice. *Oddělení a kliniky* [online]. 2011 [cit. 25.2.2013]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/>
- [31] Thomayerova nemocnice. *O nás* [online]. 2011 [cit. 25.2.2013]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/o-nas/kdo-jsme/>

- [32] Thomayerova nemocnice. *Organizační struktura TN* [online]. 2011 [cit. 29.12.2012]. Dostupné z: http://www.ftn.cz/fileadmin/ftn/O_nemocnici/Dokumenty/org_struktura_2012.pdf
- [33] Thomayerova nemocnice. *Proč Thomayerova nemocnice?* [online]. 2011 [cit. 25.11.2012]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/proc-tn/?L=vghiigyvkhuhkmg>
- [34] Thomayerova nemocnice. *Výroční zprávy TN* [online]. 2011 [cit. 5.2.2013]. Dostupné z: <http://www.ftn.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>
- [35] URBÁNEK, Karel. *Význam lékové politiky pro řízení velkých nemocnic* [online]. 1999 [cit. 2.1.2013]. Dostupné z: www.apra.ipvz.cz/download.asp?docid=117
- [36] ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011* [online]. 2012 [cit. 16.3.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>
- [37] ÚZIS ČR. *Ekonomické výsledky nemocnic k 31. 12. 2011* [online]. 2012 [cit. 19.2.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/ekonomicke-vysledky-nemocnic-31-12-2011>
- [38] ÚZIS ČR. *Lůžková péče 2011* [online]. 2012 [cit. 1.2.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/luzkova-pecce-2011>
- [39] ÚZIS ČR. *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2011* [online]. 2012 [cit. 25.2.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-ve-zdravotnictvi-roce-2011>
- [40] ÚZIS ČR. *Nemocnice v České republice v roce 2010* [online]. 2011 [cit. 28.3.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2010>
- [41] ÚZIS ČR. *Nemocnice v České republice v roce 2011* [online]. 2012 [cit. 28.3.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2011>
- [42] ÚZIS ČR. *Sít' zdravotnických zařízení 2011* [online]. 2012 [cit. 18.2.2013]. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/sitzz2011.pdf

-
- [43] ÚZIS ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011* [online]. 2012 [cit. 28.3.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekono>
- [44] ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka Hlavního města Prahy 2011* [online]. 2013 [cit. 16.4.2013]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-hlavniho-mesta-prahy-2011>
- [45] Viessmann. *Reference - Thomayerova nemocnice* [online]. 2012 [cit. 13.1.2013]. Dostupné z: http://www.viessmann.cz/cs/Referenzen/Referenzen_Deutschland/Anwendungsbereich/industrie_gewerbe/thomayerova_nemocnice.html
- [46] Zdravotní pojišťovny v ČR. *Seznam zdravotních pojišťoven v České republice* [online]. 2013 [cit. 5.3.2013]. Dostupné z: <http://cnzp.cz/>

Seznam příloh

Příloha A: ORL a Oční ordinace v Praze 4

Příloha B: Seznam odpovědnostních středisek TN

Příloha C: Zdrojová data ORL

Příloha D: Zdrojová data Očního oddělení

Příloha A:

Ordinace ORL v Praze 4

| ulice | číslo popisné | subjekt |
|----------------|----------------------|-----------------------|
| Soukalova | 3355/3 | FortMedica, s.r.o. |
| Údolní | 316/94 | ORL centrum, s.r.o. |
| Zdislavická | 720/2 | MUDr. Taťána Synková |
| Hviezdoslavova | 520/12 | MUDr. Jana Brchlová |
| Tererova | 1355/4a | MUDr. Eva Pročková |
| Šustova | 1930/2 | MUDr. Alena Peterková |
| Božkovská | 2967/4 | MUDr. Milan Štejfá |

Zdroj: vlastní zpracování dle [18]

Oční ordinace v Praze 4

| ulice | číslo popisné | subjekt |
|----------------|----------------------|------------------------------|
| Soukalova | 3355/3 | MUDr. Eva Magyarová |
| Roškotova | 1717/2 | MUDr. Andrea Hajná |
| Na Pankráci | 1148/57 | MUDr. Kateřina Podzimková |
| Zárubova | 498/31 | ORCAIN, spol. s r.o. |
| Hviezdoslavova | 520/12 | MUDr. Věra Váňová |
| Na Dolinách | 826/16 | MUDr. Jitka Mildnerová |
| Hvězdova | 1601 | MUDr. Ivana Divišová |
| Pacovská | 869/31 | Oftalmologie Praha 4, s.r.o. |
| Táborská | 325/57 | MUDr. Petr Markvart |

Zdroj: vlastní zpracování dle [18]

Příloha B: Seznam odpovědnostních středisek TN

| č.stř. | název střediska |
|---------------|--|
| 11 | I. interní klinika |
| 12 | II. interní klinika |
| 30 | Oddělení revmatologie a rehabilitace |
| 82 | LDN |
| 90 | Infekční odd. |
| 11* | Pneumologická klinika |
| 121 | Neurologická klinika |
| 122 | Oddělení dětské neurologie |
| 130 | Oddělení dětské psychiatrie |
| 160 | Dětská klinika |
| 180 | Gynekologicko-porodnické odd. |
| 190 | Novorozenecké odd. |
| 200 | Chirurgická klinika |
| 201 | Oddělení hrudní chirurgie |
| 253 | Anesteziologicko-resuscitační klinika |
| 270 | Urologické oddělení |
| 280 | ORL oddělení |
| 300 | Oční oddělení |
| 310 | Zubní oddělení |
| 330 | Onkologická klinika |
| 370 | Oddělení lékařské genetiky |
| 390 | Klinika dětské chirurgie a traumatologie |
| 400 | Závodní lékař a IPP |
| 460 | Oddělení lékařské fyziky |
| 470 | Oddělení klinické biochemie |
| 480 | Oddělení klinické hematologie |
| 490 | Oddělení RDG |
| 510 | Transfuzní oddělení |
| 540 | Oddělení patologie |
| 560 | Oddělení hygieny a epidemiologie |
| 630 | Oddělení klinické mikrobiologie |
| 730 | Imunologická laboratoř |
| 970 | Oddělení psychologie |
| 800 | Lékárna TN |
| 990 | Dětské centrum |

Příloha C: Zdrojová data ORL

| Skutečnost (v Kč) | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|
| Název účtu | 2009 | 2010 | 2011 |
| Spotřeba materiálu bez léků | 2 132 418 | 1 688 758 | 1 948 399 |
| Spotřeba léků | 1 221 198 | 1 203 722 | 1 108 713 |
| Služby | 3 231 574 | 3 465 642 | 3 209 730 |
| Osobní náklady | 28 837 398 | 28 399 553 | 29 945 758 |
| Ostatní náklady a daně | 452 061 | 403 821 | 354 994 |
| Odpisy | 1 533 638 | 1 630 057 | 1 693 597 |
| <i>Náklady celkem (úct.třída 5)</i> | <i>37 408 287</i> | <i>36 791 553</i> | <i>38 261 191</i> |
| Vnitřní nájemné | 2 086 632 | 2 182 271 | 2 168 359 |
| Ostatní vnitropodnikové náklady | 1 070 172 | 643 831 | 685 188 |
| <i>Vnitropodnik.náklady celkem (úct. tř. 7)</i> | <i>3 156 804</i> | <i>2 826 102</i> | <i>2 853 547</i> |
| Náklady (5. + 7.) celkem | 40 565 092 | 39 617 655 | 41 114 738 |
| Tržby od pojišťovny | 34 713 466 | 29 729 852 | 31 193 073 |
| Tržby mimo pojišťovny | 3 224 941 | 3 400 815 | 3 634 425 |
| Tržby z prodeje celkem | 0 | 0 | 0 |
| Ostatní výnosy | 110 121 | 111 740 | 100 531 |
| <i>Výnosy celkem (úct.třída 6)</i> | <i>38 048 529</i> | <i>33 242 408</i> | <i>34 928 029</i> |
| <i>Vnitropodnikové výnosy (úct.třída 8)</i> | <i>18 038</i> | <i>33 386</i> | <i>36 856</i> |
| Výnosy (6. + 8.) celkem | 38 066 566 | 33 275 795 | 34 964 885 |
| Hospodářský výsledek | -2 498 526 | -6 341 860 | -6 149 853 |

Příloha D: Zdrojová data Očního oddělení

| Skutečnost (v Kč) | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|
| Název účtu | 2009 | 2010 | 2011 |
| Spotřeba materiálu bez léků | 3 657 212 | 3 527 730 | 3 290 023 |
| Spotřeba léků | 347 095 | 307 081 | 286 711 |
| Služby | 1 077 421 | 1 313 823 | 1 406 843 |
| Osobní náklady | 14 054 909 | 14 659 251 | 16 043 538 |
| Ostatní náklady a daně | 150 217 | 244 662 | 167 637 |
| Odpisy | 1 693 477 | 1 802 173 | 1 874 036 |
| <i>Náklady celkem (účet.třída 5)</i> | <i>20 980 331</i> | <i>21 854 720</i> | <i>23 068 789</i> |
| Vnitřní nájemné | 1 261 932 | 1 310 565 | 1 302 206 |
| Ostatní vnitropodnikové náklady | 401 715 | 188 774 | 169 022 |
| <i>Vnitropodnik.náklady celkem (účet. tř. 7)</i> | <i>1 663 647</i> | <i>1 499 339</i> | <i>1 471 229</i> |
| Náklady (5. + 7.) celkem | 22 643 978 | 23 354 059 | 24 540 017 |
| Tržby od pojišťovny | 22 409 229 | 20 176 853 | 15 577 646 |
| Tržby mimo pojišťovny | 2 011 596 | 2 212 112 | 1 890 127 |
| Tržby z prodeje celkem | 175 | 0 | 215 |
| Ostatní výnosy | 237 393 | 319 707 | 400 703 |
| Výnosy celkem (účet.třída 6) | 24 658 393 | 22 708 672 | 17 868 691 |
| <i>Vnitropodnikové výnosy (účet.třída 8)</i> | <i>1 649</i> | <i>2 494</i> | <i>1 439</i> |
| Výnosy (6. + 8.) celkem | 24 660 042 | 22 711 166 | 17 870 131 |
| Hospodářský výsledek | 2 016 064 | -642 893 | -6 669 887 |

Abstrakt

FILANDROVÁ, P. *Analýza nákladů a výnosů Thomayerovy nemocnice*. Diplomová práce. Plzeň: Fakulta ekonomická ZČU v Plzni, 79 s., 2013

Klíčová slova: zdravotnictví, příspěvková organizace, náklady, výnosy

Tato diplomová práce se zabývá analýzou nákladů a výnosů zdravotnického zařízení, konkrétně ORL a Očního oddělení Thomayerovy nemocnice. V teoretické části jsou identifikovány základní pojmy, stručně objasněna problematika financování zdravotnictví v ČR a přiblížena ekonomika zdravotnických zařízení. Na teoretickou část navazuje praktická část, která zahrnuje vlastní analýzu nákladů a výnosů vybraných oddělení v období od roku 2009 do roku 2011. Provedená analýza prokázala správnost tvrzení, že v Thomayerově nemocnici lze omezit počet lůžek na obou odděleních a tak byla doporučena redukce celkem o 14 lůžek, která by přinesla roční úsporu přesahující 2,5 milionu Kč.

Abstract

FILANDROVÁ, P. *The Analysis of Costs and Revenues in Thomayer Hospital*. Diploma thesis. Pilsen: Faculty of Economics, University of West Bohemia in Pilsen, 79 p., 2013

Keywords: Health service, contributory organisation, costs, revenues

This thesis analyzes the costs and revenues of a medical facility, namely the Otorhinolaryngology and Ophthalmology department in the Thomayer Hospital. The theoretical part identified the basic concepts, briefly explained the issue of health care financing in the Czech Republic and approached the economics of healthcare facilities. The theoretical part is followed by a practical part, which includes its own cost-benefit analysis of selected clinics in the period from 2009 to 2011. The analysis demonstrated the correctness of the claim that the Thomayer hospital can reduce the number of beds in both units and a total reduction of 14 beds was recommended, which would yield annual savings of more than 2.5 million CZK.