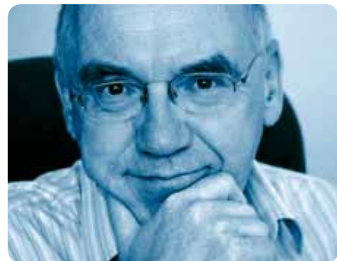


Odpověď je v zásadě jednoduchá – ta, která se o ni postará. Chlebiček ředitele české nemocnice není z nejměkčích. Dlouhodobá strategie nemocnice



se v málo předvídatelném vnějším i vnitřním prostředí obtížně vytváří a ještě hůře prosazuje. Pomníčky ředitelů, kteří se o něco snažili a narazili, to ilustrují. Ti přeživší prokazovali schopnost se domluvit se zdravotními pojišťovkami, uspokojit potřeby svých chleboďárců a neutralizovat vnitřní odboj. Tím pokročili do druhého levelu a dostali šanci s nemocnicí něco rozumného dělat.

Většinou je zvyšování efektivity nemocnic spojováno s obslužnými činnostmi – praním, topením, svícením, stravováním, nákupy všeho možného, ale skutečný klíč k úspěchu je v efektivním poskytování potřebných zdravotních služeb v kompetitivní kvalitě. Nemocnice musí mít jasno, jaké pacienty chce a může oslovit s ohledem na potenciál konkurence. Tomu pak musí přizpůsobit nabídku poskytovaných služeb a svoji vnitřní organizaci. Některé nemocnice získají šanci na přežití jen zásadní proměnou typu služeb a způsobu jejich poskytování. O víceoborových odděleních, emergencích či dělbě

oborů mezi nemocnicemi se již mluvilo dostatečně, ale málo pozornosti se stále věnuje organizaci péče o jednotlivé pacienty. Tedy Disease a Case Management. Ve světě DRG se úspěšnost nemocnice odvíjí od její schopnosti odléčit pacienta co nejlépe a s co nejmenšími náklady, což znamená přijímat pacienty ve chvíli, kdy s nimi začínáme něco podnikat, vyšetřovat jen to, co má smysl, a ne „molybden v slzách“, řetězit vyšetření tak, aby vznikaly co nejmenší prostroje, o dalším postupu rozhodovat ve chvíli, kdy je nová informace dostupná, a nikoli jen při pravidelné vizitě; při příjmu zajišťovat podmínky propuštění. Datum propuštění má mít každý pacient stanoveno už ve chvíli přijetí a odchylky od normy mají být vyhodnocovány. K tomu se v nemocnicích vytvářejí pro každou diagnózu nebo DRG skupinu léčebné protokoly, které přijímající lékař upravuje podle individuálního stavu pacienta.

Samostatnou kapitolou je organizace provozu operačních sálů, ve kterých mají české nemocnice nepochybné rezervy, nebo dělba práce mezi nemocničním personálem. Je realitou, že kvalifikovaní pracovníci v našem zdravotnictví tráví část pracovní doby prací, kterou by mohl vykonávat někdo s kvalitací menší. Důvody to má různé, ale v konečném výsledku tím nemocnici utíkají peníze komínem.

Návod „Jak zajistit nemocnici budoucnost“ v normálním prostředí je k máni, další léta ukážou, zda byl co k čemu.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jaká nemocnice má budoucnost?



Miloslava Šlajsová



Lukáš Velev



Michal Hojný

úhel pohledu

volné fórum



Ladislav Friedrich



Josef Mašek



Michael Viereckl



Rostislav Hampel



Roman Kraus

Barometr českého zdravotnictví 2012



Vendula Mrázková

právní
otázka

Možné způsoby převodu státních zdravotnických zařízení na hl. m. Prahu

úhel pohledu >

Ing. Miloslava Šlajsová
náměstkyně ředitele pro zdravotní péči, VZP

Jaká nemocnice má budoucnost?

Položím si otázku, která je názvem a vlastně i leitmotivem tohoto čísla Občana v síti: *Jaká nemocnice má vlastní budoucnost?* Hned si odpovím: Samozřejmě že ta, jejíž vlastníci a provozovatelé pragmaticky a zodpovědně přistupují k restrukturalizaci lůžkového fondu vedoucí k jeho optimalizaci, která se řídí heslem „menší, ale stejně výkonná“, která na konci tohoto procesu bude fungovat efektivněji a bude současně zlepšovat své služby a kvalitu péče o pacienty.

O restrukturalizaci se již toho hodně řeklo, napsalo. A podle toho, jaké emoce toto slovo občas vyvolává, je zřejmé, že je třeba stále a více na toto téma diskutovat, vysvětlovat, argumentovat. Všichni jistě vnímáme akutní potřebu mobilizace rezerv v systému veřejného zdravotního pojištění a restrukturalizace by měla být jednou z cest.

Už na samém začátku procesu restrukturalizace VZP i další zdravotní pojišťovny zdůrazňovaly, že budou při uzavírání nových smluv s poskytovateli zdravotních služeb přistupovat ke každému poskytovateli individuálně a vždy budou dbát především na skutečnost, aby byla zajištěna dostupnost kvalitní a bezpečné zdravotní péče všem jejich pojištěncům.

Dosavadní výsledky jednání mezi zástupci poskytovatelů zdravotních služeb a zástupci zdravotních pojišťoven z května 2012 svědčí o tom, že v otázkách restrukturalizace a optimalizace lůžkového fondu lze dosáhnout shody; větší názorové rozdíly jsou ojedinělé. Téměř u poloviny nemocnic již existuje úplná dohoda o druhu a rozsahu zdravotních služeb od 1. 1. 2013. U ostatních nemocnic probíhají stále jednání a v podstatě je prostor pro dohodu až do konce letošního roku.

Restrukturalizace lůžkového fondu neznamená pouhou úsporu prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale zejména cestu ke změně procesů, jejich optimalizaci, ale i zvýšení efektivity na straně poskytovatelů. Moderní diagnostické

a léčebné postupy snižují potřebu hospitalizace, umožňují přesun vybrané operativy do jednodenní péče nebo přímo do ambulantního režimu a omezují potřebu hospitalizace jen na nejzávažnější případy. Obecně nižší potřeba hospitalizace a tím i nižší nároky na lůžkovou kapacitu si již vynutily organizační změny v provozu



Miloslava Šlajsová

některých lůžkových oddělení. V nemocnicích, kde jsou předimenzovaná oddělení a nevyužívaná lůžková kapacita, je snížení lůžek správným krokem ke zvýšení efektivity.

Při redukci akutního lůžkového fondu musí být zachována taková síť lůžkových zařízení, která zajistí místní a časovou dostupnost zdravotní péče. Hustota sítě poskytovatelů zdravotních služeb v některých krajích však umožňuje optimalizaci, a ta s sebou přináší částečnou redukci sítě či úplné nenasmlouvání oboru či oddělení a současně posílení kapacity u stávajících nemocnic, či nasmalování jednodenní péče na lůžku, případně spojeného lůžkového fondu. Při modelaci sítě vycházíme z demografického vývoje posledního desetiletí a současně z místní

a časové dostupnosti poskytování zdravotních služeb. V rámci tohoto procesu jsou posuzována i kritéria, jako jsou např. data mapující migraci pacientů za zdravotní péčí, plnění věcného, technického vybavení a personálního zajištění dle platné legislativy, souběžný úvazků lékařů, využití lůžkového fondu, zhodnocení produkce ve vybraných oborech, kvalita a efektivita poskytované zdravotní péče, akreditace poskytovatelů

Restrukturalizace lůžkového fondu neznámá pouhou úsporu prostředků veřejného zdravotního pojištění, ale zejména cestu ke změně procesů, jejich optimalizaci, ale i zvýšení efektivity na straně poskytovatelů.

zdravotních služeb, klinicko-ekonomické parametry.

Restrukturalizace a optimalizace lůžkového fondu není chvilkovou záležitostí, jde o změny, které budou mít dopad do budoucnosti. Restrukturalizací a optimalizací lůžkového fondu by mělo dojít jak k ekonomickému profitu na straně nemocnice, tak současně i k mobilizaci rezerv v systému veřejného zdravotního pojištění s cílem udržet náklady na zdravotní péči a současně ušetřené prostředky směřovat tam, kde se jich v systému nedostává.

MUDr. Lukáš Velev
ředitel, Nemocnice Jihlava

Quo vadis, česká nemocnice?

Možná lépe než k české nemocnici by dotaz měl být vznesen k českému zdravotnictví. Kam směřuje? Jaký je jeho smysl? Co od něj čekáme a co může nabídnout? Je opravdu jen černou dírou, nebo základem budoucí prosperity?

Před nedávným časem jsem poslouchal chmurné vize člena NERV Miroslava Zámečníka. Vize o hospodářské stagnaci, krizi světové ekonomiky a eurozóny. Neradostný dopad stárnutí populace a limitovaných zdrojů. Evropská populace stárne a nezadržitelně se blíží doba, kdy počet lidí v důchodovém věku přesáhne počet lidí ve věku produktivním. V této situaci se postupně ocitne většina evropských zemí. Bude problém financovat zdravotní péči, bude problém financovat sociální služby. Bude problém dosáhnout hospodářského růstu a prosperity, alespoň v dnešním pojetí. Bude-li však situace stejná ve všech evropských zemích, alespoň co se věkového složení týče, co pak bude rozhodujícím atributem jejich profitability? Podle mého to bude více než dnes zdravotní stav majoritní populace, seniorů. Bude nesporně rozdíl, zda se bude většina populace ve stáří těšit uspokojivé úrovni zdraví, kondici a míře sebeobsluhy, anebo bude churavá, vyčerpaná a závislá na pomoci druhých. Společnost prvních může být ještě přijatelně profitabilní a životaschopná, společnost druhých se bude propadat do marasmu a bídy. Bez šance na po-

moc eurovalů, či jiné projevy solidarity. Pravděpodobně na ně již západní populace nebude mít. Úroveň zdravotnictví bude tedy v příštích desetiletích nejspíše rozhodujícími atributy ekonomické a sociální úrovně společnosti. Mnohem více, než je tomu dnes.

Tímto pohledem bychom se měli umět dívat na české zdravotnictví, jeho společenskou úlohu a úlohu lůžkových zdravotnických zařízení, nemocnic. Je nepochybné, že zdravotnictví se bude muset minimálně stejně jako na léčbu chorob soustředit na jejich prevenci. A mělo by začít už dnes. To nepůjde bez aktivního zapojení občanů, pacientů či klientů, chcete-li. Pacient nebude jen pasivním konzumentem péče, ale bude zásadním způsobem ovlivňovat svůj zdravotní stav. Bude muset být více odpovědným sám za sebe a méně spoléhat na všemocnost lékařské vědy. Méně se bude vymlouvat na chyby lékařů, více řešit chyby vlastní. Lékař, zdravotník, bude spíše rádcem a průvodcem než prostým poskytovatelem péče. Se stárnoucí populací nejspíše ubude péče zbytné a bude třeba se soustředit na péči nezbytnou, efektivní, která zásadním způsobem ovlivňuje zdraví a tím i konkurenceschopnost populace.



Lukáš Velev

To nepůjde bez aktivního zapojení občanů, pacientů či klientů, chcete-li. Pacient nebude jen pasivním konzumentem péče, ale bude zásadním způsobem ovlivňovat svůj zdravotní stav.

Podobný úkol bude čekat i plátce péče, zdravotní pojišťovny. Budou nuceny podobně jako zdravotnická zařízení hledat efektivní postupy, které vedou co nejnázne ke zlepšení zdravotního stavu, nebo alespoň zabrání jeho zhoršování. Nebude prostor pro hrazení excesů v podobě robotické či bariatrické chirurgie bez toho, aby byl řádně zdokumentován jejich efekt. Budeme se muset soustředit na léčbu nádorových, kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních, systémových zánětlivých a některých degenerativních onemocnění. Pre-

vence bude věcí občana, pacienta. Zdravotnictví bude poskytovat jen návody a doporučení, jak ji správně aplikovat. Plátcí budou muset hledat cesty, jak jej motivovat.

Jak se tento vývoj dotkne nemocnic? Nemocnice budou rozděleny podle toho, v jakém rozsahu budou poskytovat akutní, či následnou péči. Rozhodující bude péče akutní, neboť ta povede k obnově a reprodukci pracovních sil. Péče následná pak již bude většinou minimalizovat dopady špatného zdravotního stavu populace.

Nemocnice akutní péče budou komplexní multioborová lůžková zdravotnická zařízení. Zřejmou charakteristikou bude vysoký poměr lůžek intenzivní péče proti lůžkům péče standardní, multioborovost a technologická vyspělost. Zásadní technologické zdroje budou sdíleny a efektivně využity prostřednictvím telemedicíny. Právě sdílení zdrojů bude dle mého základem efektivity poskytované péče. Trendem v těchto zařízeních budou krátkodobé hospitalizace, zčásti též ambulantní péče zaměřená na vyléčení, nebo vyřešení akutního zdravotního problému.

Nemocnice s vyšším podílem následné péče budou do značné míry využívat zdroje nemocnic akutních. Následná péče bude orientována na rehabilitační a resocializační péči u velké skupiny lidí s chronickým onemocněním, se záměrem zlepšit anebo aspoň udržet zdravotní stav, míru aptibility. Zásadní otázkou pak zůstane dlouhodobá sociální péče a podíl zdravotnictví na její realizaci.

České a nejen české zdravotnictví čeká dle mého názoru zásadní změna, vynucená právě výše zmíněnými vlivy. Stane se na druhou stranu klíčovým resortem v konkurenceschopnosti a zachování socioekonomické úrovně společnosti. Bude muset více kooperovat, zmenší se prostor pro konkurenci a poskytování nadbytečné péče. Trendem bude poskytování řízené péče, hledání nejefektivnějších postupů vedoucích k žádanému cíli. Zdravotnictví bude více přidělové, doba „švédských stolů“ je pryč. V prostředí omezených zdrojů bude muset více vážit efekt moderních technologií a jejich přístup na trh zdravotních služeb. Je dle mého názoru otázkou, zda takový systém umějí a jsou schopny zajistit zdravotní pojišťovny v podobě, kterou známe dnes. Pojišťovenský systém sám má tendenci často velmi neefektivně spotřebovávat zdroje na vlastní provoz. Z tohoto pohledu bude možná toto jedno z klíčových rozhodnutí blízké budoucnosti.

Mgr. Michal Hojný
vedoucí ústavní lékárny, IKEM Praha

Jakými nástroji mohou nemocnice kontrolovat náklady na léky a zdravotnické prostředky?

„Rozkaz zněl jasně!“

Centrová péče – 98 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce za referenční období vztahené k jednotlivým diagnózám ... a 110 % počtu unikátních pojištěnců.

Léčivé přípravky a zdravotnické prostředky – 98 % úhrady za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v referenčním období, z „nadlimitu“ regulační sražka nejvýše 40 % tohoto překročení.

I tak by se dalo ústy hrdinů filmových Pelíšků vyjádřit vymezení hřiště pro náklady na léčivé přípravky a zdravotnické prostředky pro rok 2012. Vedle restriktivních limitů vstoupily na počátku roku do hry i další významné faktory:



Michal Hojný

- zvýšení snížené sazby DPH, které při současně platné tzv. jádrové úhradě přineslo zvýšení úhrad (a tedy jak nákladů zdravotních pojišťoven, tak zrychlené čerpání nastavených limitů),
- pravomocně neukončené úhradové revize významné části „nemocničních“ léčivých přípravků,
- uvedení na trh přípravků s ambicí na obrat v řádech stamilionů Kč, a v neposlední řadě
- výklad Generálního finančního ředitelství k uplatňování DPH u tzv. skont a bonusů platný od dubna 2011.

Výchozí pozice managementu poskytovatelů zdravotní péče není nepodobná řecké fotbalové reprezentaci v utkání s naší jedenáctkou – úvod zápasu, 6. minuta a 0:2. Zbýlých 84 minut nicméně po-

skytuje relativně dostatečný prostor alespoň na optickou korekci výsledku.

Jaké nástroje management tedy drží v ruce a může je uplatnit ke kontrole nákladů? Nezbytnou podmínkou úspěchu je v první řadě přímé jednání se všemi významnými partnery – výrobci léčivých přípravků a zdravotnických prostředků, vedené s jednoznačným cílem – přenést náklady na zvýšení DPH a případné navýšení ambulantní preskripcie mimo areál nemocnice. Přičemž je nepochybné, že se výrazně liší vyjednávací pozice a síla jednotlivých poskytovatelů.

Platby za poskytnutou péči dle DRG představují další významnou výzvu. Až na raritní ostrůvky pozitivní deviace v českých a moravských nemocnicích prakticky nefungovala adresná kontrola nákladů na konkrétní hospitalizační případ. DRG je významnou motivací k jejímu zavedení. Bez její existence nelze efektivně plánovat a následně řídit chod klinických pracovišť.

Až na raritní ostrůvky pozitivní deviace v českých a moravských nemocnicích prakticky nefungovala adresná kontrola nákladů na konkrétní hospitalizační případ.

Představitelé nemocnic se stali v letošním roce bezesporu významnými fanoušky Sekce cenové a úhradové regulace SÚKL a těší se z každého zdárně dokončeného správního řízení stanovení úhrady a maximální ceny. Rozsah překračování nákladů na ambulantní preskripci je totiž u části poskytovatelů takový, že ho nelze úpravou vnitřních postupů zvládnout.

A v neposlední řadě představuje stávající situace příležitost pro obrodu a aktivní činnost multidisciplinárně složených tzv. Lékových komisí. Takto složené orgány mohou být efektivní platformou pro formulaci lékové politiky nemocnice, a to nejen díky nastavení pravidel pro vstup nových, zpravidla velmi nákladných, inovativních přípravků, ale také tvorbou doporučení pro klinickou praxi.

Teprve závěr roku ukáže, do jaké míry se nemocnicím uplatněním výše uvedených nástrojů podařilo dodržet nastavená restriktivní pravidla.

◀ volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Jaký vývoj očekáváte v nemocničním sektoru v nadcházejících letech?*
2. *Předpokládáme předvídatelný rozvoj DRG a kompetentní jednání plátců – co všechno mohou nemocnice pro svoji budoucnost udělat?*
3. *Která změna, ze škály všech možných, by měla mít ve zdravotnictví nejvyšší prioritu?*



*MUDr. Josef Maška
ředitel, nemocnice Kadaň, s. r. o.*

odpovědi Josefa Maška:

1.–3. Odpověď na tuto otázku není jednoduchá a jakákoli předpověď bude mít stejnou hodnotu jako ta vyčtená z křišťálové koule. Je pravdou, že pokusy o vytvoření racionálně definované sítě zdravotnických zařízení administrativní cestou máme za sebou od roku 1995 několik. Jejich společnou vlastností je, že se to nezdařilo. Ostatně není se čemu divit, jedná se vždy o rozhodnutí navýsost politické a politické dohody jsou vždy velmi obtížné.

Je tedy velmi pravděpodobné, že o budoucím uspořádání nemocniční péče bude rozhod-

nuto jiným způsobem, který bude vynucený a v mnoha případech i bolestivý. A to zejména tam, kde bude trváno na neměnnosti.

Všichni víme, že současný systém poskytování nemocniční péče je z dlouhodobého hlediska neudržitelný. Důvodů je jistě mnoho, omezené finanční zdroje, vyspělé technologie v medicínských postupech, nutnost zvýšení specializace zejména lékařů, bezpečnost pacientů a je možné vyjmenovat ještě mnoho dalších.

Úkolem pro politiky je definovat jasná pravidla, která zaručí dostatečnou zdravotní péči

včetně rámce ekonomického. Úkolem vlastníků a managementů zdravotnických zařízení je se v těchto pravidlech zorientovat a najít v nich své příležitosti.

Zodpovědný provozovatel již dnes pečlivě analyzuje procesy a výsledky své činnosti a velmi dobře ví, kde je silný a kde silný není, dokonce velmi dobře ví, kde jsou jeho slabiny. Současný systém umožňuje slabiny zakrývat a naopak neumožňuje posilovat tam, kde je úspěšný.

První změnou, která jistě přinese své výsledky, je současný úhradový systém. Dává jistě příležitosti, i když omezené, a přináší i hrozby.

Pokud nebudou úspěšné a povedu nemocnici k ekonomickému bankrotu z důvodů nedostatečného příjmu od zdravotních pojišťoven, mám dvě možnosti: opravdu zbankrotovat, nebo udělat změny, které povedou k nápravě. K tomu musím mít samozřejmě vytvořené podmínky a seriózního partnera na straně plátce. Připravím program, který nabídnu, a pojišťovna jej buď přijme, nebo nepřijme. K tomu je ale potřebné, aby zdravotní pojišťovny byly partnerem kompetentním, ale také zodpovědným za výsledek.

Co očekávám v nadcházejících letech? Nic z toho, co je uvedeno výše. Problém zůstane v iracionálním prostředí politiky, různých skupinových zájmů, zůstane uzavřen v obdobích předvolebních, kdy je nejlépe nedělat nic, a povolebních, kdy ještě nikdo neví jak. Společným jmenovatelem všeho dění bude nedohoda.

Příliš černý výhled podložený minulou zkušeností? Přes některé malé výhrady jsem přesvědčen, že v současné době jsme na lepší cestě. Zdráhám

se použít slovo reforma, již jich bylo příliš, ale provedené změny jsou jistou nadějí na zlepšení. Zdravotnická zařízení se mohou pohybovat v podstatně přehlednějším prostředí, je zde naděje na lepší, zejména rovnoprávnější úhradový systém.

Úroveň našeho zdravotnictví a jeho očekávatelné výsledky se zdroji, které jsou k dispozici, nepotřebuje žádných revolučních změn. Potřebné jsou změny postupné a uvážené, které zachovají věci pozitivní a postupně napraví věci nevyhovující.

Za nejslabší článek systému v tuto chvíli považuji postavení zdravotních pojišťoven. Jisté se velmi významně proměňují uvnitř, nicméně zůstávají pouhými přerozdělovnicemi peněz, ovlivňovány zájmovými skupinami a politiky. Jejich emancipace, posílení role smluvního partnera a větší volnost v racionálním rozhodování by jistě přinesla zlepšení systému.

odpovědi Ladislava Friedricha:

1. Předpokládám, že po vyčerpání příspěvků z EU dojde ke snížení celkového rozsahu investic a že nemocnice budou muset pro udržení bilance hospodaření mnohem více osekát fixní náklady.

2. Omezit své ambice na ty služby, resp. výkony, které budou umět poskytnout s dobrým výsledkem a za nízké náklady, a nabídnout je i pro širší spádovou oblast. Pro ostatní zákroky by měly spolu se zdravotními pojišťovnami hledat jiná pracoviště, která to umějí lépe.

3. Posílit kompetence a prostor pro zdravotní pojišťovny. Pokud stát přispívá stále méně a chce dále šetřit, měly by pojišťovny mít možnost přenést tento tlak na konkurující si zdravotnická zařízení. Prostor



*Ing. Ladislav Friedrich, CSc.
generální ředitel, Oborová
zdravotní pojišťovna*

tu je. Zatím žádný investor ze zdravotnictví neutíká, spíše naopak.

odpovědi Rostislava Hampela:

1. Náklady na akutní lůžkovou péči spolu s náklady na léky tvoří cca 75 % celkových nákladů systému veřejného zdravotního pojištění. Je tedy zřejmé, že úvahy týkající se regulace nákladů v rámci tohoto systému směřují především tímto směrem. Budeme-li předpokládat, že příjmy systému jsou dány hospodářským cyklem a platbami za státního pojištěnce (a nepředpokládám zvýšení zdravotní daně), nelze jinak než regulovat náklady tohoto systému. Zde pak můžeme jít dvěma cestami:

a) regulace přístupu ke zdravotní péči,
b) změna rozsahu plně či částečně hrazené zdravotní péče.

Lze pouze vést diskusi nad převažující složkou této regulace a o tom, jaký je ideální poměr a vzájemná kombinace těchto postupů. Zdravotní pojišťovny prostřednictvím oznámení o ukončení smluvního vztahu preferují pro

další období smluvní podmínky založené na předpokladu zajištění vyšší efektivity poskytovateli zdravotní péče a prostřednictvím takto ušetřených prostředků chtějí přinést vyšší kvalitu a maximální míru bezpečí.

Zde je možná odpověď na položenou otázku. Domnívám se, že přichází doba, kdy zdravotní pojišťovny budou nuceny nastoupit cestu a přijmout roli nákupčích zdravotní péče, přičemž jejich úkolem v této roli bude zajištění dostupnosti a kvality zdravotní péče a vyjednání výhodných podmínek s poskytovateli zdravotních služeb na principu nákladové efektivity. Cílem by mělo být zvýšení efektivity na straně poskytovatelů jako celku s realizací významných úspor z rozsahu. Výsledkem by měly být kontrakty s jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb na specifikovanou strukturu, objem, kvalitu a cenu zdravotních služeb. Nákup zdravotní péče v těchto intencích je jednoznačným trendem ve všech vyspělých zemích. V současné době zdravotní pojišťovny nenakupují zdravotní péči od efektivních poskytovatelů a podobná situace je i u poskytovatelů. Namísto je tedy cenová konkurence. Pokud je součástí požadavků ze strany plátců a zároveň jejich strategií vyjednávání s poskytovateli i požadavek na efektivně poskytovanou zdravotní péči, lze postupovat např. následovně formou:

- PPO,
- selektivní kontraktace zdravotní péče,
- kontrakty win-win,
- individuální sjednaná složka úhrady v širokém rozsahu,
- rozložení rizika mezi plátce a poskytovatele,
- výběr vhodného typu péče (popis, homogenita případů...).



*Mgr. Rostislav Hampel
obchodní ředitel, Kardiologie
na Bulovce, s. r. o.*

Předpokladem úspěchu je oboustranná vůle, nikoliv jenom proklamace bez obsahu. Jak již bylo zmíněno výše, nedílnou součástí je zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb. Akreditační proces je systémovým nástrojem kontroly a kontinuálního zvyšování kvality, měl by být v časovém horizontu podmínkou pro uzavření smluvního vztahu a v rámci motivace poskytovatelů i přiměřeným způsobem bonifikován ze strany plátců zdravotních služeb.

Dále se domnívám, že segment akutní lůžkové péče bude směřovat k další koncentraci poskytovaných služeb, především v oblasti ortopedie, dále snad porodnictví a vysoce specializované, dosud nekoncentrované péče. Bude nutné preferovat nové diagnostické a terapeutické postupy se sledováním klinicko-ekonomických parametrů, zavedení principů HTA, QALY (či podobných), rozvoj E-health, přesun do ambulantní a semiambulantní péče, jednodenní chirurgie a over-

night péče. Nedílnou součástí bude vnitřní restrukturalizace na straně poskytovatelů se zřizováním multioborových JIP a sdružených lůžkových fondů v dnes již definovaných odbornostech. Úhrada prostřednictvím DRG povede z delšího časového pohledu k částečné redukci intenzivních lůžek, které vážou významné personální a technické kapacity s důsledky do celkové nákladové efektivity zdravotnického zařízení.

Zvláštní kapitolou je pak komerční připojištění, to již ale souvisí spíše s nastavením rozsahu hrazené péče a jeho ekonomický přínos je spíše v rozsahu procent z celkového objemu prostředků.

Matteucci: Život není o tom, že čekáte, až se bouře přezene, ale o tom, že se naučíte tančit v dešti.

2. Nemocnice by se měly začít chovat jako standardní obchodní společnosti. Abych předešel diskusím na téma privatizace, dvourychlostního (či vícerychlostního) zdravotnictví apod., hovořím o chování. Obchodní forma není v tomto případě důležitá, snad s výjimkou příspěvkové organizace, ale jako neekonom se do této diskuse nechci pouštět. Již dnes je vidět, že existují úspěšné krajské obchodní společnosti, stejně tak jako neúspěšné soukromé obchodní společnosti, a podobné je to i u jiných forem vlastnictví. Nicméně existují práce, které dokládají, že z dlouhodobého a vícesložkového pohledu jsou soukromé obchodní společnosti úspěšnější.

Pro nemocnice platí principy řízení jako v jiných firmách či oborech, tedy aktivní používání manažerských nástrojů:

- tvorba mise, vize, strategie,
- podnikatelský plán,
- finanční plán,
- zavedení řízení kvality (BSC),
- marketing a PR,
- analýza potřeb a analýza konkurence, SWOT, SLEPT...

Z hlediska ekonomického a ve vztahu k úhradě za hospitalizovaný případ považují za klíčové zajištění dynamické rovnováhy mezi zdravotnickými a ekonomickými činnostmi zdravotnického zařízení při poskytování potřebné zdravotní péče pojištěncům v požadovaném spektru, kvalitě, časové a geografické dostupnosti. Nelze než se aktivně zaměřit na zajištění a aplikaci nástrojů ke skutečnému měření nákladovosti a efektivity poskytovaných zdravotních služeb, např. formou aktivity based costing.

Co pro sebe nemohou nemocnice udělat, je odpolitizování celého systému veřejného zdravotního pojištění, ale to je již jiná diskuse. Roli MZ vidím zcela v souladu se současným postojem – tedy jako roli regulátora systému a nikoliv zřizovatele a provozovatele ZZ, neboť zřizování není synonymem pro řízení.

Jack Welsch: Nikdo vám nezaručí, že budete mít práci. Jediný, kdo to může udělat, jsou zákazníci.

3. Definovat změnu s nejvyšší prioritou považují za složité, či možná lépe řečeno problematické. Zdravotnictví je opravdu složitý systém, velice citlivý na vnější zásahy a s hlubokými možnými důsledky strategicky chybných rozhodnutí. Odpověď může být považována za vyhubavou či v lepším případě diplomatickou. Omezím se pouze na roli státu, který by měl zajistit:

- tvorbu a prosazení (nikoliv silové) dlouhodobé strategické vize,
- efektivní trh zdravotního pojištění s dopředu jasnými a známými pravidly pro všechny účastníky,
- systém založený na konkurencích si zdravotních pojišťovnách,
- stát fungující jako garant a regulátor,
- vymezení hranice mezi systémy zdravotního a sociálního pojištění,
- HTA,
- E-health,
- otevření prostoru pro komerční připojištění,
- vícesložkové pojistné (PSG, geografické...),
- standardizaci.

odpovědi Michaela Viereckla:

1. Předpokládám, že se začne reálně projevat, že nemocnice vznikaly a zanikaly organicky, bez strategické a dlouhodobé koordinace celé sítě zdravotních a v širším smyslu i zdravotně sociálních služeb. Často byly motivy rozvoje nebo útlumu nemocnic zcela jiné než reálná potřeba péče v daném místě. Z toho vyplývá nerovnoměrnost sítě, neprovázanost a nekoordinovanost, což logicky vede k neefektivitě a nadbytečným nákladům. Bohužel zatím jediným regulačním prvkem je administrativní regulace ze strany zdravotních pojišťoven bez hlubších dlouhodobých a strategických úvah vycházejících z reálné potřeby péče. Nadbytečnost některých kapacit a zavádění DRG povede ke zvyšování konkurence jednotlivých zařízení a v konečných důsledcích k tomu, že začne být důležitý každý jednotlivý pacient, klient. Tím bude vzrůstat i význam „nezdravotní péče“ o klienty – klientského přístupu,

komunikace, prostředí a služeb doprovázejících zdravotní péči. To je totiž často to jediné, co jsou klienti reálně schopni porovnat. Bude dál pokračovat tlak na efektivitu poskytování péče a budou čím dál významnější témata jako Disease a Case Management, řízení a optimalizace procesů, efektivní využívání kvalifikací apod. Obecně budou vzrůstat nároky na profesionální management zdravotnických zařízení.



*Ing. Michael Viereckl
ředitel, FM solutions, a. s.*

2. Bohužel v prostředí, kdy se pravidla často mění, nelze dlouhodobě plánovat. To je ale přesně to, co by v současné situaci bylo potřeba. Dlouhodobé profilování péče v nemocnicích, rozvíjení specializace, budování provázaného systému na sebe navazujících služeb s přesahem do sociálních služeb (např. v rámci dlouhodobé péče) je základním předpokladem úspěšné budoucnosti. To však vyžaduje změnu přístupu pojišťoven směrem k výrazně aktivnější a kompetentnější roli v plánování a budování struktury sítě zdravotních služeb. To, co nemocnice

mohou udělat i bez zdravotních pojišťoven, je zvýšení efektivity zdravotní péče důsledným řízením procesů s využitím všech poznatků využívaných ve vyspělých zemích. Je to již zmíněný Disease a Case Management, ale i například zavádění Lean Six Sigma a podobných metod běžně využívaných v řízení jiných odvětví podnikání. Nemocnice mohou pracovat na změnách v klientském přístupu, v kvalitě a rozsahu nezdravotních služeb. To vše přinese efekty až v delším časovém horizontu, protože to především závisí na kultuře organizace a myšlení lidí.

3. Vyjasnění odpovědnosti a role zdravotních pojišťoven v systému tak, aby bylo možné dlouhodobě plánovat, ustálení pravidel a eliminace výjimek a posilování klientského přístupu zdravotnických zařízení.

odpovědi Romana Krause:

1. Očekávám redukcii počtu akutních lůžek, nikoliv plošně, ale formou rušení celých nemocnic nebo oddělení. Část těchto zařízení přejde do sektoru dlouhodobé a následné péče. Dále očekávám zkracování doby hospitalizace, rozvoj jednoden-

ní a stacionářové péče, zavádění nových ekonomicky efektivních diagnostických a léčebných postupů. Bohužel též očekávám malý nebo žádný nárůst disponibilních prostředků pro zdravotnictví.



*MUDr. Roman Kraus, MBA
ředitel, FN Brno*

2. DRG je neefektivnější nástroj rozdělování plateb zdravotnickým zařízením. Ta by měla zefektivnit své procesy směrem k co nejkratší době hospitalizace, návaznosti a koordinaci všech svých procesů. Ale nesmí

být snaha o tuto efektivitu brzděna Úhradovou vyhláškou, která zabraňuje léčit více pacientů s komplikovanými stavy. Ve chvíli, kdy je nárůst case mixu omezen limity (podvádíme, upcoding) a navíc nejen, že léčba těchto pacientů nebude uhrazena, ale bude ještě snížena platba i za léčbu pacientů pod tímto risk koridorem, pak se dobereme pouze ke snížení kvality a objemu péče. A tato chyba Úhradové vyhlášky je řešitelná pouze, jak já tomu říkám, paradoxon českého zdravotnictví, tím, že léčené pacienty vůbec nebudeme vykazovat zdravotním pojišťovnám. Asi jako by v obchodě rozdávali zboží zdarma. Kompetentnost plátců je zatím snem českého zdravotnictví. Jistě by pomohlo sloučení zdravotního a sociálního pojištění, aby drahé a efektivní postupy přinesly snížení sociálních nákladů a bylo to identifikováno „pod jednou střechou“. Jinak „laciné“ a méně efektivní z pohledu života pacienta a celkových nákladů státu bude vítězit.

3. Zavést hodnocení efektivity a kvality zdravotnických zařízení hodnocením jednoduchých a měřitelných indikátorů kvality.



**S tématy otevíranými na seminářích
v CERGE-EI a v Občanovi v síti
se můžete pravidelně setkávat
na vlnách Českého rozhlasu 6.**

Daniel Vavřina
předseda, HealthCare Institute

Barometr českého zdravotnictví 2012

Výzkum mezi řediteli nemocnic a zdravotních pojišťoven v České republice realizovaný za podpory Komerční banky

Systém zdravotní péče v ČR považují ředitelé nemocnic i zdravotních pojišťoven dlouhodobě za velmi kvalitní – vyplývá to z pravidelného výzkumu společnosti HealthCare Institute a Ipsos. Přesto jsou patrné zvyšující se obavy, ředitelé nemocnic se letos ve větší míře obávají zhoršení kvality a zejména dostupnosti zdravotní péče.

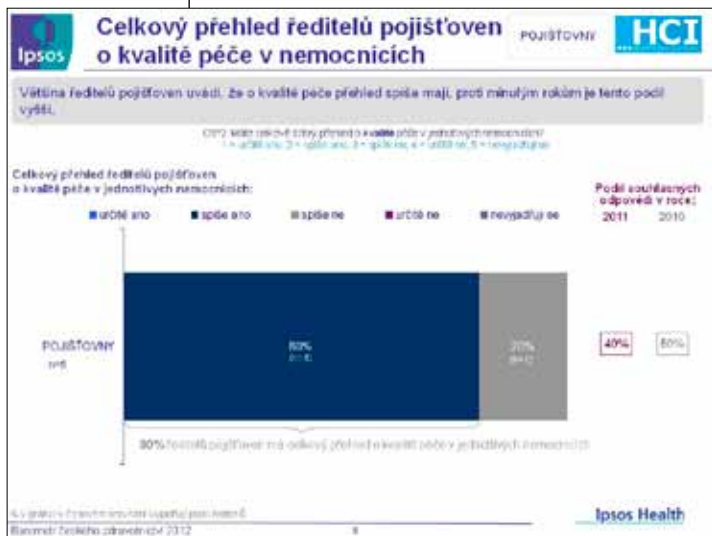
Organizace **HealthCare Institute** ve spolupráci s výzkumnou agenturou **Ipsos** realizovala v květnu již čtvrtý ročník speciálního výzkumu mezi řediteli 8 zdravotních pojišťoven a téměř 160 nemocnic v ČR. Letošního výzkumu se zúčastnilo celkem 74 ředitelů nemocnic a 5 ředitelů zdravotních pojišťoven. Otázky směřovaly k vnímání stávající situace v několika oblastech: kvalita a dostupnost zdravotní péče, lidské zdroje, finance, hodnocení nemocnic a koncepce zdravotnického systému jako celku.

I přes obavy ze zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče **vidí ředitelé určité možnosti v jejich zlepšení**. V otázce zlepšení kvality je vidí srovnatelně ředitelé nemocnic i pojišťoven, v otázce zlepšení dostupnosti vidí tyto možnosti spíše ředitelé nemocnic, pojišťovny tento názor v takové míře nesdílí.

„*Důvěra v kvalitu zdravotního systému v ČR je evidentní a můžeme říci, že i dlouhodobá. Pozitivním zjištěním je, že jak ředitelé nemocnic, tak představitelé zdravotních pojišťoven preferují zavedení hlubších tržních principů do zdravotního systému. To přináší mimo jiné větší možnosti participace pacientů, možnost připojištění, rozlišení standardní vs. nadstandardní péče, a tím i větší možnost konkurence zdravotních pojišťoven,*“ dodává k výzkumu Michal Kudernatsch, Executive Director Ipsos Healthcare.

V otázce financování jsou patrné **názorové rozdíly** mezi nemocnicemi a pojišťovnami. Naprostá většina (92 %) ředitelů nemocnic považuje dosavadní úhrady pojišťoven za nedostatečné, navíc očekávají letos a v příštím roce v této oblasti spíše negativní trend, v lepším případě stagnaci. Naproti tomu jsou všichni ředitelé pojišťoven přesvědčeni, že úhrady jsou dostatečné, letos a v příštím očekávají jejich stagnaci (60 %), někteří (40 %) dokonce jejich růst.

Příjmy zdravotních pojišťoven sledují vývoj ekonomiky ČR, která bude do konce roku 2012 vykazovat stagnaci, resp. mírný pokles. „*Příjmy zdravotního systému mají výrazně procyklický charakter a i na nich se projeví dopady krize. V současné době chybí zdroje nejen státní pokladně, ale celé ekonomice. Prostor pro zvyšování zdravotního pojištění je minimální, současný*



stav financování zdravotnictví je proto dlouhodobě neudržitelný. Systém financování je proto nutné otevřít privátním zdrojům“, říká Jan Vejmělek, hlavní ekonom Komerční banky.

Na čem se obě strany, tedy ředitelé nemocnic i ředitelé pojišťoven, shodují, je skutečnost, že **české nemocnice v průměru hospodáří málo efektivně** – myslí si to 100 % ředitelů pojišťoven a polovina ředitelů nemocnic. Téměř **dvě třetiny (65 %) ředitelů nemocnic** vidí dokonce potřebu **zavést opatření** vedoucí k zefektivnění přímo **v nemocnici, kterou sami řídí**.

Problém je však v **odlišnosti** některých **názorů** pojišťoven a nemocnic na **konkrétní opatření**, která mají vést k zefektivnění. Obě strany shodně vnímají potřebu vyšší efektivity práce, v dalších opatřeních vedoucích k zefektivnění se ale jejich názory rozcházejí. „Ředitelé nemocnic si uvědomují rezervy uvnitř svých organizací, nejčastěji uvádějí vzájemnou komunikaci personálu, komunikaci směrem k pacientům, vnímají také rezervy v oblasti zlepšení mzdových podmínek. Ředitelé zdravotních pojišťoven vidí zase velký potenciál v nemocnicích při snižování fixních nákladů, úspor výdajů na léky a zdravotnické prostředky a také v restrukturalizaci skladby lůžek,“ komentuje Daniel Vavřina, předseda HealthCare Institute.

S potřebou zlepšit komunikaci směrem k pacientům souvisí i dodržování právních předpisů ve vztahu k nim. V této otázce se názory ředitelů nemocnic liší. Zatímco 45 % ředitelů vnímá dodržování takových právních předpisů ve své nemocnici jako problém, 52 % v tom problém nevidí.

Podle informací ředitelů pojišťoven je v současnosti zhruba 45 % zdravotní péče vykazováno prostřednictvím DRG, ředitelé nemocnic odhadují tento podíl dokonce na 60 %, což je výrazně



více než v roce 2011, kdy ředitelé shodně mluvili o zhruba 1/3 objemu zdravotní péče vykazovaném DRG. V této oblasti jsou však mezi nemocnicemi zatím značné individuální rozdíly. Většina ředitelů nemocnic (65 %) však považuje tento systém za více vyhovující v porovnání s paušálním systémem.

Z výzkumu dále vyplývá, že v oblasti lidských zdrojů pokračuje již několik let pozitivní trend. I nadále **klesá podíl ředitelů**, kteří **vidí** ve své nemocnici **fluktuaci zaměstnanců jako problém**, v kategorii lékařů je to letos 36 %, zatímco v roce 2010 to bylo 53 % ředitelů nemocnic. Rovněž se snižuje podíl ředitelů, kteří pocítují nedostatek zdravotnického personálu. Přesto více než polovina (57 %) ředitelů nemocnic cítí nedostatek lékařů ve své nemocnici a 60 % ředitelů vnímá jejich přesčasy jako problém. Tato situace se zdaleka netýká zdravotních sester, kde pouze 17 % ředitelů nemocnic má nedostatek zdravotních sester a 12 % vnímá jejich přesčasy jako problém ve své nemocnici.



Podrobnější výsledky naleznete na www.hc-institute.org (sekce Aktuality, odkaz na „Barometr 2012“).

**Mgr. Vendula Mrázková, LL.M., advokátní koncipientka,
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti, Praha**

Možné způsoby převodu státních zdravotnických zařízení na hlavní město Prahu

Na konci března představil ministr zdravotnictví doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., společně s primátorem hlavního města Prahy doc. MUDr. Bohuslavem Svobodou, CSc., nový koncept spolupráce mezi státem a hlavním městem v oblasti zdravotní péče, jehož nejvýznamnější součástí má být převod čtyř velkých nemocnic, spravovaných státem, na hlavní město Prahu a vytvoření tzv. „metropolitní zdravotní sítě“, která by hlavnímu městu dala možnost výraznějšího vlivu na zajišťování zdravotní péče na jeho území. Mělo by se jednat o Nemocnici Na Bulovce, Nemocnici Na Homolce, Thomayerovu nemocnici a Ústav pro matku a dítě v Podolí.

Ponechme stranou skutečnost, že odborná veřejnost, např. Česká lékařská komora, doposud neměla možnost se k představené koncepci vyjádřit, či případné milionové náklady, které by hlavní město muselo vynaložit na rekonstrukci objektů uvedených nemocnic, argument, že předení daných nemocnic na hlavní město Prahu přinese snížení finančních prostředků na jejich provoz a tím dojde i ke snížení kvality poskytované zdravotní péče, nebo obavy, že převod těchto nemocnic na Prahu je jen jakýmsi předstupněm k vyvedení jejich majetku na soukromé subjekty. O těchto skutečnostech již bylo napsáno dost na jiných místech. Zabýváme se spíše právními aspekty případného převodu státních nemocnic na hlavní město Prahu, a to zejména otázkou, jakými způsoby by mohlo k transferu dojít.

Na úvod je třeba uvést, že uvedené nemocnice, které by měly tvořit „metropolitní zdravotní síť“, jsou v právní terminologii označovány pojmem „zdravotnická zařízení“. Tento výraz je nově definován v ustanovení § 4 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v platném znění, jako prostory určené pro poskytování zdravotních služeb. Jedná se o definici velice diskutabilní, polemika nad vymezením daného pojmu ale není předmětem tohoto příspěvku. Nicméně je nutné již na začátku zdůraznit, že při převodu zdravotnického zařízení z jednoho subjektu na druhý – a to bez ohledu na formu, jakou se bude převod realizovat – nebude docházet pouze k převodu prostor, ve kterých se zdravotní služby poskytují, ale i k převodu movitých věcí, které se zde nacházejí, a také práv a jiných majetkových hodnot, určených k poskytování zdravotních služeb.



Všechna výše zmíněná zdravotnická zařízení jsou **státními příspěvkovými organizacemi**, zřízenými Ministerstvem zdravotnictví České republiky v postavení organizační složky státu ve smyslu ustanovení § 3 odst. 1 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů. Státní příspěvkové organizace jsou jednou z forem neziskových organizací, zřizovaných ve veřejném sektoru zejména k plnění úkolů veřejného zájmu. Z postavení těchto zdravotnických zařízení jako státních příspěvkových organizací plyne, že jsou právními osobami, disponujícími právní subjektivitou (tj. schopností být nositeli práv a povinností), které hospodaří s majetkem státu, jenž jim byl svěřen, ale nemají majetek vlastní. Nicméně v právních vztazích, týkajících se majetku, s nímž hospodaří, jednají vlastním jménem. Vzhledem k tomu, že zřizovatelem těchto zdravotnických zařízení je stát (prostřednictvím své organizační složky – ministerstva zdravotnictví), jedná se o státní zdravotnická zařízení, jejichž provozování a poskytování zdravotních služeb v nich nepodléhalo až doposud povolovacímu režimu (na rozdíl od provozování tzv. nestátních zdravotnických zařízení, která musela k poskytování zdravotních služeb získat povolení dle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních). Tato praxe nyní doznává změny, a to účinností zákona o zdravotnických službách, dle kterého budou muset mít oprávnění k poskytování zdravotních služeb všichni provozovatelé zdravotnického zařízení, bez ohledu na jejich formu. Ve smyslu přechodných ustanovení zákona o zdravotních službách budou moci státní zdravotnická zařízení poskytovat zdravotní služby bez potřebného oprávnění ještě 12 měsíců od nabytí účinnosti uvedeného zákona.

Co se týká konkrétního způsobu převodu výše zmíněných zdravotnických zařízení ze státu na hlavní město

Prahu, v úvahu dle mého názoru přichází několik možností, z nichž nejpravděpodobnější se jeví – zjednodušeně řečeno – **změna zřizovatele**, kdy zřizovatelem by přestalo být ministerstvo zdravotnictví jako organizací složka státu, a stalo by se jím hlavní město Praha. Jinými slovy, státní příspěvkové organizace, kterými uvedené nemocnice jsou, by se staly příspěvkovými organizacemi hlavního města Prahy ve smyslu předpisů upravujících rozpočtová pravidla územně samosprávných celků (zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů). Dle této právní normy může územně samosprávný celek ve své pravomoci k plnění svých úkolů, zejména k hospodárnému využívání svého majetku a k zabezpečení veřejně prospěšných činností zřizovat příspěvkové organizace, jako právnické osoby, které zpravidla ve své činnosti nevytvářejí zisk a hospodaří se svěřeným majetkem. K takovému kroku by však bylo nutno přijmout právní předpisy, které by takový transfer umožnily a které by musely uvalit na hlavní město Prahu povinnost pokračovat v poskytování zdravotních služeb v převedených zdravotnických zařízeních. Kvalita poskytovanych zdravotních služeb by pak byla zajištěna, a to povinností poskytovatele zdravotních služeb (kterým by se stala příspěvková organizace hlavního města Prahy) získat k poskytování zdravotních služeb oprávnění ve smyslu ustanovení § 15 a násl. zákona o zdravotních službách, která stanoví podmínky udělení oprávnění vztahující se jednak k osobě poskytovatele, a jednak další požadavky, např. na věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení, personální zajištění poskytovaných zdravotních služeb apod.

Dalším možným, avšak dle mého názoru méně pravděpodobným scénářem je převedení zdravotnických zařízení na hlavní město Prahu na základě **darovací smlouvy**. Darovací smlouvou dárce něco bezplatně přenechává nebo slibuje obdarovanému a ten dar nebo slib přijímá. Určujícím znakem darovací smlouvy je tedy bezúplatnost. Vzhledem k tomu, že dle ustanovení § 55 odst. 1 zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, ve znění pozdějších předpisů, státní příspěvkové organizace vystupují v právních vztazích týkajících se majetku, jenž je jim svěřen, vlastním jménem, byla by oprávněna k uzavření darovací smlouvy samotná zdravotnická zařízení, pokud si zřizovatel (ministerstvo zdravotnictví) zcela nebo zčásti nevyhradil ve zřizovací listině schvalování smluv o převodu movitých věcí. Nicméně je třeba mít na paměti, že i na státní příspěvkové

organizace se vztahují povinnosti týkající se nakládání s majetkem státu ve smyslu výše uvedeného zákona, který např. v ustanovení § 22 odst. 2 stanoví, že bezúplatně lze věc převést pouze ve veřejném zájmu.

Poslední možností převodu zdravotnických zařízení ze státu na hlavní město Prahu, který zmíním, je uzavření **smlouvy o prodeji podniku**, již upravuje zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů, v ustanoveních § 476 a násl. Smlouvou o prodeji podniku se prodávající zavazuje odevzdat kupujícímu podnik a převést na něj vlastnické právo k podniku a kupující se zavazuje převzít závazky prodávajícího související s podnikem a zaplatit kupní cenu. Převod podniku tedy musí být úplatný. Předmětem smlouvy o prodeji podniku nejsou jednotlivé věci, ale podnik jako soubor hmotných, osobních a nehmotných složek podnikání, tj. věci, práv, závazků a dalších hodnot, které se k podniku vážou. Je však problematické jednoznačně určit, že zdravotnické zařízení (nikoli ve smyslu definice uvedené v ustanovení § 4 odst. 1 zákona o zdravotních službách, spíše ve smyslu věci hromadné) je možno pro účely obchodněprávních předpisů považovat za podnik. Ačkoli Vrchní soud stanovil, že zdravotnické zařízení (nemocnici) v majetku příspěvkové organizace kraje lze považovat za podnik, je možné argumentovat proti tomuto závěru skutečností, že podnik je hromadná věc určená k podnikání, což provoz zdravotnického zařízení příspěvkovou organizací, popř. státní příspěvkovou organizací není a ani nemůže být, když (státní) příspěvková organizace, která zdravotnické zařízení provozuje, je zřízena k zabezpečení veřejně prospěšných činností a jde o organizaci neziskovou, zatímco podnikání je definováno jako soustavná samostatná činnost prováděná určitou osobou vlastním jménem a na vlastní odpovědnost za účelem dosažení zisku.

Ačkoli není jisté, zda k převodu Nemocnice Na Homolce, Nemocnice Na Bulovce, Thomayerovy nemocnice a Ústavu pro matku a dítě v Podolí, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, na hlavní město Prahu skutečně dojde, či jaké jsou skutečné záměry, které tento převod iniciují, může k převodu dojít některou z výše uvedených možností, z nichž nejpravděpodobnější se jeví zejména změna zřizovatele. Aby však taková změna mohla být realizována, je potřeba přijmout právní normu, která takové počínání umožní. Důležité je, aby bylo zachováno zajištění poskytování zdravotních služeb alespoň na takové úrovni, na jaké je v těchto zdravotnických zařízeních poskytováno dnes.